

Panorama People

Люди «Панорамы»

“THE POORER
HEALTH OF
POORER PEOPLE.” –
DAME MARGARET
WHITEHEAD

By Stephanie Brickman



«ЧЕМ БЕДНЕЕ
ЧЕЛОВЕК, ТЕМ ХУЖЕ
ЕГО ЗДОРОВЬЕ» –
ДЕЙМ МАРГАРЕТ
УАЙТХЕД

Стефани Брикман

Panorama meets Dame Margaret Whitehead, W.H. Duncan Professor of Public Health at the University of Liverpool and Head of the World Health Organization Collaborating Centre for Policy Research on the Social Determinants of Health. She reflects on health inequality and a quarter of a century of collaboration with WHO /Europe.

You started out as a biologist; how did you end up working in public health?

When I left university I went into medical research, first in cancer research in London, then in embryology in Edinburgh, at the MRC [Medical Research Council] Clinical and Population Cytogenetics Unit (now the MRC Human Genetics Unit). It was the 1970s, a very active political time, and I got involved with various movements. Women's Aid was just being set up to provide places of refuge for women experiencing domestic violence, and I was also working in the Citizen's Advice Bureau, which provided advice on anything from welfare benefits to housing to health issues. That really opened my eyes. I saw people living in very difficult circumstances – poor housing, losing their jobs and living in poverty, and struggling with bureaucracy, the whole system – trying to fight for their rights. They came to us for advice and sometimes we were able to mediate on their behalf and I found that very rewarding. This period of my life got me interested in society and how it works rather than looking down a microscope at how cells work.

«Панорама» встретила с дейм Маргарет Уайтхед, профессором общественного здравоохранения Университета Ливерпуля, главой сотрудничающего центра Всемирной организации здравоохранения по стратегическим исследованиям в области социальных детерминант здоровья. Она размышляет о неравенствах в здоровье и четверти века сотрудничества с ЕРБ/ВОЗ.

Вы начинали как биолог, почему вы в итоге посвятили себя общественному здравоохранению?

После университета я стала заниматься медицинскими исследованиями. Сначала исследованиями рака в Лондоне, а затем эмбриологией в Эдинбурге, в отделе клинической и популяционной цитогенетики (теперь отдел генетики человека) Совета по медицинским исследованиям. Шли 1970-е годы. Это было время большой политической активности, и я стала участником различных движений. Я стала сотрудничать с недавно созданной организацией «Помощь женщинам», предоставлявшей убежище женщинам, ставшим жертвами домашнего насилия, а также работала в Бюро консультирования граждан, где предоставлялись консультации по множеству вопросов, в частности по вопросам социальной помощи, обеспечения жильем и охраны здоровья. Эта работа действительно открыла мне глаза на многие проблемы. Я столкнулась с людьми, чья жизненная ситуация была очень тяжелой – плохие жилищные условия, потеря работы, бедность, необходимость

The interest continued when I went to work at the Scottish Health Education Unit as a researcher. As the name suggests, they were interested in public health but they were also active in strategy development and advocacy. So again I was arguing the case for people's health and rights. That's where I really made the transition to public health because of my growing awareness that there were some very complex, and often unfair, things going on in society and we needed to do something about it.

It's 25 years since your first WHO publication – how would you characterize your collaboration?

It has been a quarter of a century of very fruitful and very friendly collaboration with WHO and I've really enjoyed it. It all started in 1989 when Dr Anna Ritsitakis invited me to Copenhagen. Anna had just been made the focal point for equity in Europe and had read the book that I had just published called *The health divide*, which had caused a lot of controversy in Britain. She asked me to look at all the equity-related publications and activities that WHO/Europe had been involved in and really reflect on what had been done, and try to distil some understanding out of it. We had lots of discussions and published *The concepts and principles of equity and health*. She also introduced me to Göran Dahlgren, who had also been working at WHO, and together we did the paper *Policies and strategies to promote social equity in health* followed by other health equity publications. So it started with reflecting on what WHO Europe had done and from there we went on to collaborate on policy and strategy development in order to do something about inequalities in health.

At that time in particular, the WHO Regional Office for Europe was very important for people in public health in the UK. We had a government that was unsympathetic to working on inequalities in health. *The Black report*, published in 1980, had been rejected by the incoming conservative government and my report, *The health divide*, had had similar treatment in 1987. The work WHO was doing at that time was a lifeline. When the government, at national level, was trying to discourage work in this area, we were able to use the legitimacy that WHO Europe was giving to the subject to validate what we were doing. I was very impressed during that period with how WHO kept the flame alive.

в попытке защитить свои права бороться с бюрократическими препонами или с системой в целом. Они приходили к нам за советом, и иногда нам удавалось им помочь, что приносило мне огромное удовлетворение. Этот период моей жизни заставил меня заинтересоваться в большей степени проблемами общества, и тем, как оно работает, вместо того, чтобы наблюдать в микроскоп за работой клеток.

Интерес к проблеме общества не ослаб и во время моей работы в качестве исследователя в Шотландском отделе образования по вопросам здоровья. Как показывает название отдела, сферой наших интересов было общественное здравоохранение, но мы также активно занимались разработкой стратегий и адвокацией. То есть вновь моя деятельность была связана с защитой здоровья и прав людей. Именно тогда я полностью перешла в область общественно-го здравоохранения. Это было вызвано моим растущим осознанием того, что в обществе происходили комплексные и часто несправедливые вещи, и что мы должны были как-то реагировать на них.

С вашей первой публикации под эгидой ВОЗ прошло 25 лет. Как бы вы охарактеризовали это сотрудничество?

Это были 25 лет очень плодотворного и дружеского сотрудничества, которое доставляло мне истинное удовольствие. Все началось в 1989 г., когда д-р Анна Ритситакис (Anna Ritsitakis) пригласила меня в Копенгаген. Анна тогда только была назначена координатором по вопросам социальной справедливости в Европейском регионе. Прочитав мою тогда только опубликованную книгу «Разрыв по показателям здоровья», которая вызвала большую полемику в Великобритании, она попросила меня провести обзор всех публикаций и мероприятий с участием ЕРБ ВОЗ, связанных с вопросами социальной справедливости, высказать свое мнение о проделанной ВОЗ работе и как-то осмыслить ее. После активных обсуждений и дискуссий мы опубликовали «Концепции и принципы социальной справедливости и здоровья». Анна также представила меня Гёрану Дальгрёну (Göran Dahlgren), который тогда тоже работал в ВОЗ, и вместе мы написали работу «Меры политики и стратегии по поддержке социальной справедливости в здоровье», за которой последовали другие публикации по этой теме. То есть сотрудничество началось с обзора проделанной ВОЗ

My department became a WHO Collaborating Centre for policy research on social determinants of health in 2005, and the collaboration has continued. It has been 25 exciting years and the commitment and enthusiasm of colleagues at WHO has made it a very pleasing collaboration. WHO's strategic role needs to be recognized because so much of the work is subtle – bringing people together, creating awareness or influencing debate.

How important are targets and indicators when it comes to health inequality?

WHO/Europe issued the Health for All strategy in 1985. Of the many targets, the first was an equity target – target number one!

At the time, there was a section of the scientific community that really ridiculed that target and said that, because it was impossible to measure it, it was meaningless. Göran Dahlgren and I wrote a piece in the *Lancet* about target-setting for health inequality, in which we pointed out that there were various types of targets and this was an example of a symbolic one. It didn't matter that it couldn't be measured because it was symbolic of WHO saying: "This is an important topic; this is our number one target." That was powerful in itself and measurement didn't matter.

Sometimes measurable targets are weakened because they focus on a very restricted view of the issue that you're trying to advance, because that's the only part that can be measured.

You have been quoted as saying: "It is pointless having a career in social medicine if you are not absolutely passionate about the subject." What makes you passionate about social medicine?

There are so many things that society can do, which have an enormous impact on health and how people live. So, on the one hand, it's very positive that there are population-wide actions that can be taken, but on the negative side, we see the injustice and unfairness. That unfairness is underlined when we realize that it's within the power of society to do something about it, that we as a society are creating the conditions that lead to much poorer health.

работы и продолжилось совместной деятельностью по разработке политики и стратегий с целью как-то повлиять на проблему неравенств в здоровье.

В то время в особенности деятельность Европейского регионального бюро ВОЗ была очень важна для людей, работавших в сфере общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве. Наше тогдашнее правительство не поддерживало работу в области неравенств в здоровье. Доклад Блэка, опубликованный в 1980 г. был отвергнут пришедшим к власти правительством консерваторов, такую же реакцию в 1987 г. вызвал и мой доклад «Разрыв по показателям здоровья». Работа, которую вела тогда ВОЗ, была для нас спасением. В то время, как правительство на национальном уровне не поддерживало нашу работу в этой области, ЕРБ ВОЗ своей деятельностью придавало этому вопросу легитимность, подтверждавшую важность того, что мы делали. ВОЗ делала все, чтобы это пламя не гасло. И это произвело на меня очень большое впечатление.

В 2005 г. мой отдел стал сотрудничающим центром ВОЗ по стратегическим исследованиям в области социальных детерминант здоровья, и наша совместная работа продолжилась. Это были 25 интереснейших лет, а энтузиазм коллег из ВОЗ и их преданность своему делу приносили удовлетворение. Важно признать стратегическую роль ВОЗ, так как многое из того, что делается Организацией зачастую остается без внимания, например работа по объединению людей, повышению осведомленности или оказание влияния на ход дебатов и дискуссий.

Когда мы говорим о неравенствах в здоровье, насколько важны целевые ориентиры и индикаторы?

В 1985 г. ЕРБ ВОЗ разработало стратегию «Здоровье для всех». Из множества ее целевых ориентиров первым, повторяю первым (!), был целевой ориентир, касающийся вопросов социальной справедливости и здоровья.

В то время часть научного сообщества просто смеялась над этим целевым ориентиром, говоря, что, так как его невозможно измерить, в нем нет никакого смысла. Мы с Гёраном Дальгреном написали статью в журнал «Ланцет» об установлении целевого ориентира в отношении несправедливости в здоровье. В этой статье мы указали на то, что существуют раз-

I have always liked the former UK Chief Medical Officer Sir Donald Acheson's definition of public health: "Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society." I think that emphasizes that public health is about the organized efforts of society. Doing something about the issue is both a science and an art. There's clearly scope for evidence and an evidence base, but to actually use that evidence to advocate for the sort of actions that would improve the situation is an art as well. So I've always liked the thought of the dual science and art aspects of public health, and that you're doing something through the organized efforts of society; you're doing something to improve the situation and to tackle the unfairness.

So how would you sum up equity in health? And why should we care about it?

I do not think that it is a law of nature that some people, some groups, suffer much poorer health than others in a particular society. There is nothing fixed about the fact that poorer children, for example, have poorer health than more advantaged children. It's not biologically fixed and we can do something about the poorer health of poorer people.

So when Göran Dahlgren and I talk about the converse, about social inequalities in health, we really mean not random variations but systematic differences in health between different social groups in the population. Because they are systematic and socially produced, they're not biologically fixed. They are produced by policies and processes in society and are potentially modifiable, which is the key thing. It's unfair that they exist because we can do something about them.

Sometimes health equity is defined as the absence of these systematic differences in health. But to me that is only a partial vision – it's a deficit model focusing on the absence of inequalities in health. To me, health equity is a much more positive concept so that's why we define it in terms of an ideal, where everyone could obtain their full health potential and that no one should be disadvantaged in obtaining this potential because of their social position or other socially determined circumstances.

личные типы целевых ориентиров, и этот был примером так называемого символического. Тот факт, что его нельзя было измерить, не имел значения, так как символическим было уже то, что ВОЗ говорила: «Это важная тема; это наш целевой ориентир номер один». Это само по себе было мощным сигналом, и измеримость не имела значения.

Иногда измеримые целевые ориентиры ослабляются тем, что они представляют очень ограниченный взгляд на проблему, к которой мы пытаемся привлечь внимание, отражая только ту ее часть, которая поддается измерению.

Вы как-то сказали: «Не имеет смысла заниматься социальной медициной без страстной увлеченности этим вопросом». Чем обусловлена ваша страстная увлеченность социальной медициной?

Общество может оказывать огромное воздействие на здоровье и качество жизни людей. У этого воздействия есть как позитивная, так и негативная сторона: с одной стороны, могут быть предприняты действия на популяционном уровне, но в то же время в обществе наблюдаются несправедливость и дискриминация. Несправедливость еще более очевидна тогда, когда мы осознаем, что общество в силах на нее повлиять, что мы как общество сами создаем условия, которые способствуют более низким показателям здоровья.

Мне всегда нравилось определение общественного здравоохранения, которое дал бывший главный государственный врач Соединенного Королевства сэр Дональд Ачесон: «Общественное здравоохранение – это наука и практика предупреждения болезней, продления жизни и укрепления здоровья посредством организованных действий, предпринимаемых обществом». Я думаю, что это определение подчеркивает, что общественное здравоохранение – это организованные усилия со стороны общества. Работа в этой области – это одновременно и наука, и искусство. Несомненно, можно собрать соответствующие фактические данные и обеспечить доказательную базу, однако использовать эту доказательную базу на практике для стимулирования таких мероприятий, которые улучшили бы ситуацию, это уже искусство. Поэтому мне всегда нравилась мысль о том, что общественное здравоохранение – это и наука, и искусство, и что в рамках

In terms of “why should we care?” – I think it's a question of human rights and fairness. Health holds a special place in terms of human rights. Everyone has the right to enjoy the highest obtainable standard of health in their society, according to the WHO Constitution of 1946, but health is also a unique resource for achieving other objectives in life, such as better education and employment. Health is a very special aspect of human rights.

You hear arguments about income inequalities, for example. People say that there's nothing wrong with income inequalities and sometimes it's essential to have income inequalities to drive performance in a society. But my colleague Göran Dahlgren always says he's never heard anyone argue that society needs health inequalities or that there's anything good about health inequalities. And it's true!

The existence of clear social differentials in health and in its determinants goes against all the accepted, human rights-based values in our society. That's why we should promote health equity, that's why we should care.

общественного здравоохранения необходимы организованные усилия со стороны общества, чтобы как-то улучшить ситуацию и чтобы воздействовать на несправедливость.

Как бы вы в целом определили равноправие в здоровье? И почему это так важно?

Я не думаю, что в обществе некоторым людям или группам населения законами природы определено иметь гораздо более плохое здоровье, чем другим. Нет ничего непреложного в том, что у бедных детей, к примеру, показатели здоровья хуже, чем у детей, находящихся в более благоприятной социальной ситуации. Это никак не закреплено биологически, и мы не можем смириться с тем, что у того, кто беднее, хуже показатели здоровья.

Поэтому когда мы с Гёраном Дальгреном говорим о социальных неравенствах в отношении здоровья, мы в действительности имеем в виду не случайные вариации, а систематические различия в здоровье между различными социальными группами населения. Из-за того, что эти различия являются систематическими и социально обусловленными, они не являются биологически закрепленными. Они являются результатом мер политики и процессов в обществе и потенциально поддаются изменениям, что является ключевым моментом. Само их существование является несправедливым, так как мы можем на них повлиять.

Иногда равноправие в здоровье определяется отсутствием этих систематических различий в показателях здоровья. Но для меня это только частичное видение – это модель недостаточности, сосредоточенная на отсутствии неравенств в здоровье. Я думаю, что справедливость в отношении здоровья – это гораздо более позитивная концепция, и поэтому мы определяем ее, представляя идеальную ситуацию, в которой каждый может полностью реализовать свой потенциал здоровья и когда социальное положение и другие социально определяемые обстоятельства не могут препятствовать реализации этого потенциала.

Что касается того, «почему для нас это важно?» – я думаю, это вопрос прав человека и справедливости. Когда мы говорим о правах человека, здоровье занимает особое место. Согласно конституции ВОЗ

1946 г., у каждого человека есть право на обладание наивысшим достижимым в его обществе уровнем здоровья. Однако здоровье также является уникальным ресурсом для достижения людьми других целей в жизни, например улучшения образования или получения более хорошей работы. Здоровье является особым аспектом прав человека.

К примеру, мы слышим аргументы, касающиеся неравенства доходов. Можно услышать, что в неравенстве доходов нет ничего плохого и что иногда такие неравенства важны для повышения эффективности развития в обществе. Но мой коллега Гёран Дальгрэн всегда говорит, что он никогда не слышал, чтобы кто-нибудь утверждал, что обществу необходимы неравенства в здоровье или что в таких неравенствах есть что-то положительное. И это правда!

Существование четких социальных различий в отношении здоровья и его детерминант идет вразрез со всеми общепринятыми и основанными на правах человека ценностями нашего общества. Именно поэтому мы должны всячески способствовать равноправию в отношении здоровья, и именно поэтому это должно быть очень важно для нас.