

Η Ανισοτιμία στην Υγεία

Inequality In Health

Author: Έλενα Γαβριήλ

Ειδικό Εκπαιδευτικό Προσωπικό, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, RGN, Πτυχίο Νοσηλευτικής, Δίπλωμα Νοσηλευτικής Διοίκησης, MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Υποψήφια Διδάκτωρ

Περίληψη

Εισαγωγή: οι ανισοτιμίες στην υγεία είναι σύνθετες και αρκετά περίπλοκες, αφού επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες.

Σκοπός: η ανάλυση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που καθορίζουν την κοινωνική θέση και συμβάλουν στην ανισοτιμία της υγείας, καθώς και η εξέταση των διάφορων πολιτικών που υπάρχουν για καταπολέμηση τους.

Μέθοδος: Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν, αφορούσαν δημοσιευμένες μελέτες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, ακολουθώντας τις βάσεις των δεδομένων MEDLINE, CINAHL και IATROTEK κυρίως από το 2000 και μετά. Η ανεύρεση τους έγινε με τις λέξεις κλειδιά: ανισοτιμία της υγείας, κοινωνικοί παράγοντες και πολιτικές αντιμετώπισης, με όλους τους δυνατούς συνδυασμούς.

Αποτελέσματα: στη βιβλιογραφία η ανάλυση των ανισοτιμιών της υγείας πραγματοποιείται με βάση τις θεωρητικές προσεγγίσεις της δομικής ερμηνείας, της συμπεριφορικής ερμηνείας και τη ψυχοκοινωνική προσέγγιση της υγείας. Οι πολιτικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν την ύπαρξη ενός ενιαίου συντονιστή δράσεων, τη συνεργασία κρατών με την κοινωνία των πολιτών, καθώς και τη προώθηση του κοινωνικού κεφαλαίου.

Συμπεράσματα: η ανισοτιμία όχι μόνο υπάρχει, αλλά αυξάνεται και διαφοροποιείται σε όλες τις κοινωνίες, ενώ παρατηρείται οι επιπτώσεις στην υγεία να είναι περισσότερο επιβλαβείς στις χαμηλότερες θέσεις της κοινωνικοοικονομικής διαστρωμάτωσης με αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Abstract

Background: Inequities of health are complicate and they are influenced by many factors.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the factors contributing to the inequity of health in relation to social position and present various policies against it

Method: Documentation was reached using articles from related studies published in English and Greek language from the following electronic data bases MEDLINE, CINAHL and IATROTEK, particularly from 2000 onwards. The following keywords were used: inequity of health, social position, social determinants, political action, in all possible combinations.

Results: In bibliography analyses of inequities, is based on the concepts of structural interpretation, the interpretation of behavioral and psycho-social approach to health. The existence of a coordinator of actions, the cooperation between countries with civil society and the promotion of social capital, are tools for coping inequality.

Conclusion: The main conclusions is that inequality not only exists, but is increasing and varies in all societies, and health effects are more harmful at lower positions of the socio-economic stratification with increased morbidity and mortality.

Λέξεις κλειδιά: ανισοτιμία της υγείας, κοινωνική θέση, κοινωνικοί παράγοντες, πολιτικές αντιμετώπισης, inequity of health, social position, social determinants, political action.

Εισαγωγή

Το θέμα της ανισοτιμίας στην υγεία, αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα που απασχολεί τα κράτη και τους διεθνείς οργανισμούς. Παρά τη βελτίωση του επιπέδου υγείας στη σύγχρονη εποχή πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι αυτή, απλά διαφοροποιείται και προδιαγράφει μια αυξητική τάση (Kelly et al, 2007). Ο όρος ανισοτιμία, αναφέρεται στην βιβλιογραφία, ως «οι αδικίες και οι αποφεύξιμες διαφορές στην υγεία μεταξύ κοινωνικών ομάδων» (Kelly et al, 2007). Η υγειονομική ανισοτιμία, συνδέεται με διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία και την ποιότητα ζωής ομάδων πληθυσμού και την διαφοροποιούν ανάλογα.

Σ' ολόκληρο τον κόσμο, τα άτομα που είναι ευάλωτα και κοινωνικά μειονεκτούν, έχουν μειωμένη πρόσβαση σε υγειονομικούς πόρους, αρρωστούν και πεθαίνουν πιο νωρίς από τα άτομα που έχουν καλύτερη κοινωνική θέση (Irwin et al, 2006). Η κοινωνική θέση, εντοπίζεται να είναι ανάμεσα στους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στις αναπτυσσόμενες χώρες (Wilkinson, 2005). Επηρεάζει την πρόσβαση που έχουν τα άτομα σε υλικούς πόρους, τις συνθήκες ζωής τους και τις σχέσεις τους. Η κοινωνική θέση καθορίζεται και αλληλεπιδρά με διάφορους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες όπως το εισόδημα, το επάγγελμα, την εκπαίδευση, την κατοικία και το περιβάλλον, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν μεταβλητές όπως το φύλο, η φυλή, καθώς και η γεωγραφική περιοχή (Kelly et al, 2007, Μάντη, 2000).

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να προσεγγίσει την έννοια της ανισοτιμίας της υγείας, μέσα από μια κριτική θεώρηση, όπως αυτή εκφράζεται και αλληλεπιδρά στον τομέα της κοινωνιολογίας της υγείας σήμερα. Με τη χρήση θεωρητικών προσεγγίσεων, αναλύονται οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που καθορίζουν την κοινωνική θέση ενός ατόμου και ο τρόπος που επιδρούν στο επίπεδο υγείας του. Παράλληλα γίνεται προσπάθεια ανάλυσης των πολιτικών, που ενδέχεται να είναι κατάλληλες για την καταπολέμηση της

ανισοτιμίας της υγείας που παρατηρούνται μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Τέλος, διεξάγονται κάποια συμπεράσματα.

Μέθοδος

Τα άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν, αφορούσαν δημοσιευμένες μελέτες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, ακολουθώντας τις βάσεις των δεδομένων MEDLINE, CINAHL και IATROTEK κυρίως από το 2000 και μετά. Η ανεύρεση τους έγινε με τις λέξεις κλειδιά: ανισοτιμία της υγείας, κοινωνικοί παράγοντες και πολιτικές αντιμετώπισης, με όλους τους δυνατούς συνδυασμούς. Σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι παράγοντες που καθορίζουν την κοινωνική θέση και συμβάλουν στην ανισοτιμία της υγείας, καθώς και η εξέταση των διάφορων πολιτικών που υπάρχουν για καταπολέμηση τους.

Κοινωνικο-Οικονομικοί Παράγοντες που Καθορίζουν την Κοινωνική Θέση και Επιδρούν στην Υγεία του Ατόμου

Διάφορες έρευνες, τεκμηριώνουν την σύνδεση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με την ανισοτιμία στην υγεία, ενώ έχουν καταγραφεί αρκετές θεωρητικές προσεγγίσεις που εξηγούν την ανισοτιμία μέσω της κοινωνικής θέσης του ατόμου (Whitehall II, 2004, Wilkinson, 2005, Marmot, 2006, Υφαντόπουλος, 2006). Σύμφωνα με τη "θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας", οι υγειονομικές ανισότητες είναι αποτέλεσμα των ανισοτήτων που παρατηρούνται στη κατανομή του εισοδήματος και την έλλειψη υλικών πόρων (Σαρρής, 2001). Η προσέγγιση αυτή, όπως επισημάνεται από τον Μάντη (2000), υποστηρίζει ότι η κοινωνική τάξη προσδιορίζει το επίπεδο υγείας των ατόμων. Έτσι παράγοντες όπως το εισόδημα, η εργασία και οι συνθήκες της, η εκπαίδευση, η κατοικία και η μόλυνση του περιβάλλοντος, ως στοιχεία της κοινωνικής τάξης, επηρεάζουν το επίπεδο υγείας (Whitehead, 2000).

Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός της κοινωνικής τάξης (Μάντη, 2000). Ένας από τους ορισμούς, αναφέρει ότι η κοινωνική τάξη είναι «το τμήμα του πληθυσμού, που διαιρείται σύμφωνα

με ομοειδή επαγγέλματα, μοιράζεται όμοιους πόρους, επίπεδο και τρόπο ζωής» (Socialist Health Association, 1980). Ανάλογα με αυτά τα χαρακτηριστικά, κάποια άτομα τοποθετούνται στη κοινωνική ιεραρχία ευνοϊκότερα από άλλα, ενώ οι σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις, είναι σχέσεις ανισότητας (Μάντη, 2000).

Η συσχέτιση της κοινωνικής τάξης με τις ανισότητες στην υγεία αποτελεί ένα πάζλ για τους κοινωνιολόγους (Nettleton, 2006). Σύμφωνα με τη Commission on Social Determinants of Health (2007), οι διαφορές στην υγεία μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής τάξης, είναι εμφανές από χώρα σε χώρα. Στις Σκανδιναβικές χώρες όπου υπάρχουν μικρές διαφορές μεταξύ κοινωνικών δομών και διανομής εισοδήματος, εντοπίζονται μικρές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας (Wilkinson, 2005). Αντίθετα, σε χώρες όπως η Βρετανία, υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στην κοινωνικο-επαγγελματική τάξη και τους δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας κατά τη γέννηση, που συνεχίζεται στην ενήλικη ζωή και τρίτη ηλικία (Arber & Ginn, 1991 as cited by Nettleton, 2006). Διαπιστώνεται ότι, η αρρώστια εκδηλώνεται συχνότερα σε άτομα που βρίσκονται προς τις κατώτερες κοινωνικο-επαγγελματικές θέσεις, ενώ όσο πιο χαμηλά βρίσκεται το άτομο στη θέση αυτή, τόσο επιδεινούμενη είναι η σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία καθώς και ποιότητα ζωής του (Whitehead, 2000, Σαρρής κ συν, 2002). Επιπρόσθετα σε χώρες όπως η Ινδία, η έλλειψη καθαρού νερού, αποχετεύσεων, οδικού φωτισμού και ασφαλοστρωμένων δρόμων στις φτωχογειτονίες, έχει μεγάλη αρνητική επίδραση στην υγεία των ανθρώπων που ζουν σ' αυτές (Vagero, 2007).

Η βρεφική θνησιμότητα στις χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές τάξεις, παρουσιάζεται 2-3 φορές ψηλότερη από ότι στις ανώτερες (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Γενικά οι δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των διαφόρων τάξεων, παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές σε όλες τις ηλικίες και στα δυο φύλα, με τις χαμηλότερες κατηγορίες να έχουν αυξημένους δείκτες νοσηρότητας (Μάντη, 2000, Marmot, 2006). Στην Βρετανία, η

διαφορά στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ ανώτερης και κατώτερης τάξης, κυμαίνεται μεταξύ 5.5 - 9.5 χρόνια σε διάρκεια είκοσι χρόνων (1972-1992) (Marmot, 2006). Η διαφορά αυτή παρατηρείται επίσης και μεταξύ γεωγραφικών περιοχών στην ίδια χώρα (Whitehead, 2000), με τις χαμηλότερες τάξεις να ζουν συνήθως σε υποβαθμισμένες μη ασφαλισμένες περιοχές με άσχημες συνθήκες και αυξημένη βία (Wilkinson, 2005, Marmot, 2006).

Επιπρόσθετα με τα πιο πάνω, οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις αναζητούν ιατρική βοήθεια λιγότερο συχνά, εκτός αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά, σε αντίθεση με τις μεσαίες και ανώτερες, που αναζητούν ιατρική βοήθεια ακόμα και σε ελαφρά συμπτώματα (Τσελέπη, 2000). Διαπιστώνεται ότι τόσο οι μεσαίες, όσο και οι ανώτερες τάξεις, γνωρίζουν περισσότερο για την σημασία των συμπτωμάτων και της θεραπείας (Τσελέπη, 2000), ενώ διαφαίνεται ότι οι ανώτερες τάξεις χρησιμοποιούν συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα τις υπηρεσίες πρόληψης και τον ιδιωτικό τομέα (Σαρρής κ συν, 2002). Έτσι, αυτοί που έχουν περισσότερη ανάγκη φροντίδας, έχουν λιγότερες πιθανότητες να ικανοποιηθούν με επάρκεια και ποιότητα τις ανάγκες τους αυτές (Σαρρής, 2001). Άρα υπάρχει ανισοτιμία τόσο στο επίπεδο υγείας, όσο και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσον αφορά τις κατώτερες κατηγορίες (Whitehead, 2000).

Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η κοινωνική τάξη σχετίζεται άμεσα με το επάγγελμα, αλλά και το εργασιακό περιβάλλον και κουλτούρα. Άτομα σε κατώτερη κοινωνική τάξη, ασχολούνται με χειρωνακτικές εργασίες και εκτίθενται συστηματικά σε παράγοντες κινδύνου εργατικών ατυχημάτων και σε επαγγελματικές παθήσεις που προέρχονται από την έκθεση σε επικίνδυνα χημικά και σκόνη (Σαρρής κ συν, 2002). Εντοπίζεται έτσι αυξημένος δείκτης θνησιμότητας για όλες τις αιτίες θανάτου, μεγαλύτερος από τον μέσο όρο (Σαρρής, 2001). Παράλληλα, το άγχος, το αυταρχικό περιβάλλον σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας, μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα ψυχο-σωματικής υγείας και να οδηγήσουν μέχρι και σε αλκοολισμό (Σαρρής κ συν, 2002).

Όσον αφορά το εισόδημα, μελέτες έχουν εντοπίσει αυξημένη θνησιμότητα, όσο αυτό μειώνεται (Deaton, 2003, Marmot, 2006). Αντίθετα, όταν υπάρχει ισοτιμία στον τρόπο διανομής του, προσθέτει 5-10 έτη στο μέσο προσδόκιμο ζωής μιας χώρας (Σαρρής κ συν, 2002, Marmot, 2006). Διαπιστώνεται επίσης ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ανισοτιμίας στο εισόδημα και φυλετικών διακρίσεων (Kennedy & Kawachi, 1997 στον Wilkinson, 2005).

Επιπρόσθετα από τα πιο πάνω, τα άτομα θεωρούν τους εαυτούς τους φτωχούς όταν λόγω μειωμένου εισοδήματος δεν μπορούν να κάνουν πράγματα που αναμένονται από την κοινωνία: δυνατότητα διακοπών, αγορά δώρου για φίλους, εξόδους αναψυχής, κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (Marmot, 2006). Με άλλα λόγια υπάρχουν περιορισμοί για πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία και άρα μειωμένη δυνατότητα του ατόμου για έλεγχο της ζωή του (Wilkinson, 2005).

Όσο περισσότερο περιορισμένος είναι ο βαθμός ελευθερίας και αυτονομίας του ατόμου στο κοινωνικό περιβάλλον, τόσο χειρότερο είναι το επίπεδο υγείας του (Wilkinson, 2005). Χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση, σημαίνει λιγότερες ευκαιρίες, λιγότερη ενδυνάμωση και μειωμένη ασφάλεια (Marmot, 2006).

Πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι, οι διαφορές στο επίπεδο υγείας στις αναπτυγμένες χώρες (σε αντίθεση με τις αναπτυσσόμενες), δεν σχετίζονται πλέον απόλυτα με το επίπεδο διαβίωσης και εισοδήματος (Wilkinson, 2005). Εντοπίζεται ότι, αύξηση του εισοδήματος πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο και μετά, επιδρά πολύ λιγότερο στο προσδόκιμο ζωής (Marmot, 2006). Έτσι σε έρευνες που έγιναν στην Ισπανία και Η ΠΑ, η θνησιμότητα αυξάνεται όχι σε περιοχές με χαμηλό εισόδημα, άλλα με ψηλό (Regidor et al, 2003, στον Wilkinson, 2005). Η εμφάνιση του παραδόξου αυτού, υποδεικνύει την ύπαρξη άλλων μεταβλητών που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ατόμων και κυρίως με κοινωνικο-πολιτιστικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η ποιότητα κατοικίας, ο πολιτισμός, η βιο-ιατρική τεχνολογία, η μόρφωση, η κουλτούρα κ.α. (Σαρρής κ συν, 2002, Deaton, 2003).

Το επίπεδο εκπαίδευσης είναι μια μεταβλητή που σχετίζεται με το εισόδημα, το επάγγελμα, το φύλο, την ηλικία και το χώρο διαμονής (Deaton, 2003, Kelly et al, 2007). Έτσι τα παιδιά μιας οικογένειας με ψηλό εισόδημα, θα έχουν καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης, και στη συνέχεια αυτό θα επηρεάσει το εισόδημα τους όταν ενηλικιωθούν (Kelly et al, 2007). Το επίπεδο εκπαίδευσης επηρεάζει το επίπεδο θνησιμότητας, αφού άτομα με πανεπιστημιακή εκπαίδευση, παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, από εκείνους με χαμηλότερα ακαδημαϊκά προσόντα (Marmot, 2006). Το φύλο επίσης, επηρεάζει το επίπεδο σπουδών, αλλά και το εισόδημα αφού γυναίκες και άντρες με ίδια εκπαίδευση, έχουν διαφορετικό εισόδημα (Nettleton, 2006). Οι μειωμένοι πόροι και εκπαίδευση των γυναικών σε κάποιες χώρες, αντανακλά τη δυσμενή κοινωνική θέση που έχουν (Nettleton, 2006).

Η εκπαίδευση και η κοινωνική τάξη μπορούν να επηρεάσουν τη συμπεριφορά και τις αντιλήψεις των ατόμων, που αφορούν την υγεία (Deaton, 2003). Αυτή η προσέγγιση αφορά τη "θεωρία της συμπεριφορικής και πολιτισμικής ερμηνείας", που θεωρεί ότι διαφορετικές συμπεριφορές επηρεάζονται από τις διαφορετικές αξίες, στάσεις και τρόπους ζωής που εκδηλώνονται σε κάθε κοινωνική τάξη (Σαρρής κ συν, 2002). Έτσι τα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων, ενδίδουν σε πιο ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, κακή διατροφή, έλλειψη άσκησης, σε σχέση με αυτούς της ανώτερης (Μάντη, 2000). Επιπρόσθετα, αντιλαμβάνονται διαφορετικά την υγεία, ως η κατάσταση απουσίας συμπτωμάτων μιας νόσου και όχι σαν μια πολυπαραγοντική θετική έννοια, ενώ τη νόσο ως επίδραση εξωτερικών παραγόντων (Σαρρής κ συν, 2002). Η αιτία αυτής της συμπεριφοράς, πιστεύεται ότι συνδέεται όχι με άγνοια, άλλα με αρνητικές στάσεις του ατόμου, χαμηλές προσδοκίες και φόβο αποτυχίας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής (Σαρρής, 2001). Η πιο πάνω προσέγγιση όμως, ενέχει τον κίνδυνο στερεότυπων προκαταλήψεων.

"Η ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της υγείας", σχετίζεται με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και προτείνει ότι η διάκριση που βασίζεται στην κοινωνική θέση, μπορεί να προκαλέσει νευρο- ενδοκρινικές διαταραχές που επηρεάζουν την υγεία (Karasek, 1996; Evans & Stoddart, 2003; Goldberg et al., 2003; Siegrist & Marmot, 2004 στους Kelly et al, 2007). Σύμφωνα με τον Wilkinson (2005), η κοινωνική θέση έχει άμεση επίδραση στο πως βλέπουν οι άνθρωποι τους άλλους, είτε ότι αξίζουν, είτε είναι επιτυχημένοι και διακεκριμένοι, είτε κατώτεροι και αποτυχημένοι. Ο ίδιος αναφέρει επίσης ότι χαμηλή κοινωνικο-οικονομική στάθμη μπορεί να σημαίνει ανασφάλεια, θυμό, ντροπή, έλλειψη φίλων και άγχος. Οι καταστάσεις αυτές, σχετίζονται με την αύξηση επιπέδων κορτιζόνης στο αίμα και επιδρούν αρνητικά στην υγεία.

Επιπρόσθετα με τα πιο πάνω, τα άτομα αυτά κυριαρχούνται από χρόνιο άγχος, αφού πολλές φορές οι προσδοκίες και οι ανάγκες τους απέχουν πολύ από την πραγματικότητα, ενώ δυσκολεύονται να προσαρμοστούν και στις απαιτήσεις της ζωής (Σαρρής κ συν, 2002, Deaton, 2003). Παράλληλα, υπάρχει δυσκολία στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων και του άγχους, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η συμπεριφορά της υγείας τους με την εμφάνιση σύγχρονων νοσημάτων όπως π.χ. καρδιοπάθειες (Lynch, 2000, Σαρρής κ συν, 2002). Με την έννοια αυτή, οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες εξηγούνται από πολλούς παράγοντες, ως αλληλοεξαρτώμενες συνιστώσες, ενώ διαπερνούν την κοινωνική ιεραρχία, χωρίς να εκδηλώνονται με το ίδιο μέγεθος σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές θέσεις (Σαρρής, 2001).

Πολιτικές Καταπολέμησης των Ανισοτιμιών Υγείας

Η ανισοτιμία στην υγεία που υπάρχει παγκόσμια σήμερα, είναι αποτέλεσμα ανθρώπινων χειρισμών, άρα οι αιτίες είναι κοινωνικές και κοινωνικές πρέπει να είναι και οι λύσεις (Braun, 2007). Παράλληλα οι λύσεις που πρέπει να αναζητηθούν για

τα κατώτερα στρώματα των αναπτυσσόμενων χωρών, δεν μπορεί να είναι οι ίδιες με αυτές που είναι αναγκαίες για τα κατώτερα στρώματα αναπτυγμένων χωρών. Θα πρέπει να λαμβάνουν επίσης υπόψη τις ανάγκες των διαφορετικών ομάδων, καθώς και την κοινωνική τους δομή (Kelly et al., 2007).

Κατ' αρχή σημαντικό βήμα για αποτελεσματική δράση, είναι η δημιουργία ενός ενιαίου συντονιστή των δράσεων με σκοπό την ισότητα και ανισοτιμία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), επισήμανε την ανάγκη για καταπολέμηση των ανισοτιμιών υγείας και τον Μάρτιο του 2005 συνέστησε τη δημιουργία της Επιτροπής Κοινωνικών Προσδιοριστών Υγείας (Commission on the Social Determinants of Health (CSDH) (Braun, 2007). Η επιτροπή με την συνεργασία ειδικών, ήδη έχει εκδώσει έκθεση που αποτελεί πρότυπο για τα κράτη και τους ιθύνοντες για την πολιτική αντιμετώπισης των ανισοτιμιών υγείας θέση (Irwin et al, 2006). Παράλληλα, συνεργάζεται με άλλους διεθνείς οργανισμούς όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, τα Ηνωμένα Έθνη, διεθνείς χρηματοδοτικούς οργανισμούς, επιχειρήσεις, πανεπιστήμια και φορείς σε τοπικό επίπεδο, για τη δημιουργία μιας παγκόσμιας πλατφόρμας για συλλογή δεδομένων, ώστε να κατανοηθεί με ποιο τρόπο μπορούν αυτοί οι οργανισμοί να επηρεάσουν την ισοτιμία στην υγεία σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Επιπρόσθετα η ενεργός συμμετοχή των οργανισμών αυτών, θα βοηθήσει να υπάρξει κοινή "agenda", μελέτη συγκεκριμένων περιπτώσεων αλλαγής και ενδυνάμωση του κοινωνικού διαλόγου με τους πολίτες (Commission on Social Determinants of Health, 2007).

Ένα βασικό στοιχείο για εφαρμογή σωστών πολιτικών υγείας, αποτελεί η δημιουργία παγκόσμιας βάσης δεδομένων για πληροφορίες που αφορούν την υγεία. Η στατιστική αποτύπωση της υγείας με την δημιουργία των Ευρωπαϊκών δεικτών υγείας ECHI-2 (European Community Health Indicators) και του προγράμματος του Π.Ο.Υ «Διεθνείς δείκτες υγείας IOHI» (International Compendium of Health Indicators) αποτελεί βασικό βήμα για συστηματική συλλογή,

ανάλυση και διάχυση πληροφοριών με σκοπό την χάραξη κοινής στρατηγικής (ICHI, 2007). Παράλληλα, η επιτροπή CSDH, δημιούργησε ακριβείς οδηγίες για συλλογή τεκμηριωμένων πληροφοριών με αξιόπιστες μεθοδολογίες για διαστρωματικές μελέτες, ώστε να υπάρξουν σωστές μετρήσεις (Irwin et al, 2006).

Επιπρόσθετα με τα πιο πάνω, πρέπει να υπάρξει ξεκάθαρη περιγραφή της κοινωνικής διαστρωμάτωσης της κάθε χώρας ξεχωριστά και περιγραφή του τρόπου που επηρεάζεται η υγεία κάθε κοινωνικο-οικο-νομικής ομάδας (Nice, 2007 στους Kelly et al 2007). Αυτό θα βοηθήσει στο να τεθούν σωστοί στόχοι με ανάλογες στρατηγικές, αφού οι αιτίες και οι αλληλοεπιδράσεις διαφέρουν για κάθε κοινωνική θέση όπως και ο τρόπος αντίληψης και ανταπόκρισης που θα έχουν τα άτομα σε κάθε πολιτική (Kelly et al, 2007). Η συχνή αξιολόγηση των στρατηγικών, ο έλεγχος των αποτελεσμάτων και η προσαρμογή σε αλλαγές είναι αναγκαία.

Η ενδυνάμωση αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά μέτρα για ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος (Lynch, 2000). Αφορά τα άτομα, τις κοινότητες, αλλά και τα κράτη, ενώ πρέπει να στηρίζεται σε τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: υλική, ψυχολογική και πολιτική (Commission on Social Determinants of Health, 2007). Όσον αφορά την υλική διάσταση, σε κοινωνίες που επικρατούν συνθήκες απόλυτης στέρησης, οι παρεμβάσεις αρχικά πρέπει να αφορούν είδη πρώτης ανάγκης (διανομή φαγητού, φαρμάκων, καθαρό νερό, στέγη). Πρέπει επίσης να γίνει συλλογική προσπάθεια, καθώς και επιχορηγήσεις - δωρεές από διεθνείς οργανισμούς αλλά και κράτη. Το "20/20 δικαίωμα νομικής βάσης" του ψηφίσματος του ΟΗΕ πρέπει να σεβαστεί, και όλα τα κράτη να δίνουν 20% από το οικονομικό αναπτυξιακό βοήθημα σε κοινωνικές υπηρεσίες (WHO, 1998).

Πολιτικά, είναι αναγκαία η ενεργός συμμετοχή ολόκληρης της κρατικής μηχανής κάθε χώρας, αφού η υγεία δεν είναι ευθύνη μόνο του υπουργείου υγείας αλλά ολόκληρης της κυβέρνησης (Commission on Social Determinants of Health, 2007).

Πρέπει να γίνεται προσέγγιση σε συνδυασμό από πάνω (κράτος) προς τα κάτω (πολίτες) και από κάτω προς τα πάνω, που να είναι προσανατολισμένη στο κοινωνικό κεφάλαιο (Braum, 2007). Το κοινωνικό κεφάλαιο πρέπει να στηρίζεται σε αξίες, κοινωνική συνοχή, διαφάνεια στην λήψη αποφάσεων και δίκαιη κοινωνική πολιτική (Wilkinson, 2005, Braum, 2007). Έτσι τόσο το κράτος όσο και οι κεφαλαιοκράτες, έχουν υποχρέωση να ανοίξουν το δρόμο για καλύτερη εκπαίδευση, ευκαιρίες εργοδότησης, ασφάλειας και κοινωνικών παροχών για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού (Braum, 2007).

Η στήριξη της εκπαίδευσης κρίνεται αναγκαία αφού δίνει ευκαιρίες για σωστή πληροφόρηση, καλύτερη αντίληψη, επιλογή, αυτοπεποίθηση και εργοδότηση. Έτσι πρέπει να εφαρμοστεί στρατηγική που θα άρει οικονομικά, πολιτιστικά ή άλλα εμπόδια και να υπάρχουν ίσες ευκαιρίες μόρφωσης για όλους (WHO, 1998). Αυτό ισχύει περισσότερο στις γυναίκες, τα φτωχά παιδιά και άλλες μειονεκτούσες ομάδες. Επιπρόσθετα τα τελευταία χρόνια, η εμπειρία έχει δείξει ότι η πληροφόρηση, υποκίνηση και υποστήριξη ατόμων, ομάδων και κοινωνιών, μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή συμπεριφοράς και είναι καλύτερα να επικεντρωθεί συστηματικά στους τόπους διαμονής, εργασίας και διασκέδασης (WHO, 1998). Η αγωγή και προαγωγή υγείας μπορεί να συμβάλει μέγιστα για το σκοπό αυτό. Έτσι η δημιουργία και εδραίωση προγραμμάτων όπως το "Ευρωπαϊκό δίκτυο σχολείων προαγωγής υγείας", έχουν σαν στόχο την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, της αυτοπειθαρχίας, της φιλίας, την αποδοχή διαφορετικότητας και τις ορθές στάσεις ζωής (ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης και προστατευτικών μηχανισμών εναντίων του άγχους). Αυτά μπορούν να αποτελέσουν γερές βάσεις για υγιές ξεκίνημα ζωής και θετικό αύριο.

Πέραν των πιο πάνω, μια σειρά ερευνών για τις κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες της υγείας που σχετίζονται με την εργασία, εισηγούνται την δημιουργία ασφαλών χώρων εργασίας με τη θέσπιση

νόμων, υποστήριξη και εμπλοκή των υπάλληλων με μέτρα υποκίνησης, ασφάλεια εργοδότησης, καθώς παροχή διευκολύνσεων για φύλαξη εξαρτώμενων, γυμναστήρια, ευέλικτο ωράριο ή εργασία από το σπίτι, κλπ (Whitehall II, 2004).

Τέλος, η προώθηση της ισότητας της υγείας είναι σημαντικό να γίνεται μέσω του συστήματος υγείας κάθε χώρας (WHO, 1998). Έτσι πρέπει να διασφαλίζονται σε μεγάλο βαθμό η διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών. Η οργάνωση, η χρηματοδότηση και η δομή όμως του συστήματος υγείας, επηρεάζονται από τους ευρύτερους κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες της κάθε χώρας. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και υπηρεσιών πρόληψης θα συμβάλει στην μείωση των ανισοτήτων των υπηρεσιών υγείας και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας. Οι πολιτικές αυτές θα μειώσουν την ισχύ του ιατρικού μοντέλου και της ιατροκοποίησης, αφού ο ιατρικός λόγος ως λύση για προσωπικά και κοινωνικά προβλήματα, στρέφει την προσοχή από το περιβάλλον το οποίο μπορεί να νοσεί, στο ίδιο το άτομο (WHO, 1998).

Συμπεράσματα

Το θέμα των ανισοτήτων στην υγεία, αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κεφάλαια στη σημερινή κοινωνία. Σχετίζεται με την κοινωνική δομή και τον πολιτισμό μιας χώρας, αφού καθρεφτίζει την άνιση κατανομή των πόρων, τις διαφορές στις συνήθειες και συνθήκες διαβίωσης των

διάφορων κοινωνικών ομάδων. Οι μεταβλητές αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, παράγοντας ένα σύνθετο επιπλοκών που αφορούν την υγεία των ατόμων και της κοινωνίας. Η πολυδιάστατη προσέγγιση του θέματος, καθίσταται αναγκαία, για επεξήγηση και κατανόηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Η ανάλυση με διαφορετικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις, αναδιπλώνει μια σφαιρική εικόνα για την έκταση του προβλήματος. Διαπιστώνεται ότι, η ανισοτιμία όχι μόνο υπάρχει, αλλά αυξάνεται και διαφοροποιείται σε όλες τις κοινωνίες, φτωχές και πλούσιες. Οι επιπτώσεις στην υγεία από την ανισοτιμία, να είναι περισσότερο επιβλαβείς σε χαμηλότερες θέσεις της κοινωνικοοικονομικής διαστρωμάτωσης με αυξημένους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αυτή η διαπίστωση, έχει μια διαχρονική επικαιρότητα και είναι διάχυτη στο εσωτερικό πλαίσιο μιας κοινωνίας, αλλά και μεταξύ διαφόρων χωρών.

Από τα πιο πάνω προκύπτει ότι οι δράσεις για την αντιμετώπιση των ανισοτιμιών στην υγεία θα πρέπει να είναι πολύπλευρες και να επικεντρώνονται στο σύνολο του πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες ανάλογα με την κοινωνική δομή. Η γνώση και η τεκμηρίωση είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες για να πετύχει η δράση για την υγειονομική ισότητα. Στόχος η μείωση των διαφορών και κοινωνική συνοχή με συνεργασία κρατών, διεθνών οργανισμών και της κοινωνίας των πολιτών. Είναι αναγκαίο η δημόσια πολιτική να απευθύνεται στις αιτίες που προκαλούν κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και οι δημοσιονομική, μορφωτική και κοινωνική πολιτική, σχεδιάστούν έτσι που να μειώνουν την ανισότητα στην υγεία.

Βιβλιογραφία

- Μάντη, Π. (2000). Ανισότητες στην Υγεία, στους Τσελεπή, Π. & Μάντη, Π. (eds), Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογικές - Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, Τόμος Α, Κεφ. 5, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 115 - 143.
- Σαρρής, Μ. (2001). Ανισότητες και Διαφορές στην Υγεία, Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Κεφ. 2ον, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σαρρής, Μ., χρυσάκης, Μ. & Σούλης, Σ. (2002). Ανισότητες στην Υγεία, Μια Κριτική Προσέγγιση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19(6), 672 - 687.
- Τσελέπη, Χ. (2000). Κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες στην πρόσληψη και στην εμπειρία της αρρώστιας, Μάντη Π. & Τσελεπή, Χ. (eds.), Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας, - Κοινωνικές-πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας, Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, σελ. 55-82.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2006), «Το αγαθό υγείας», στο Υφαντόπουλος Γ. (ed.), Τα οικονομικά της υγείας: θεωρία και πολιτική - 2η έκδοση, Αθήνα, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδανός, σελ. 237 - 265.
- Braun, F. (2007). Cracking the Nut of Health Equity: Top Down and Bottom Up Pressure for Action on Social Determinants of Health, *Promotion & Education*, 14(2), 90 - 95.
- Commission on Social Determinants of Health, (2007). *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*, Interim Statement, Geneva, WHO.
- Deaton, A. (2003). Health, Income, and Inequality, National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/reporter/spring03/health.html>, [Accessed January, 2011].
- ICHI - International Compendium of Health Indicators <http://www.healthindicators.eu/ICHI/general/startmenu.aspx> [Accessed January, 2011].
- Irwin, A., Valentine, N., Brown, C., Loewenson, R., Solar, O. Koller, T. & Vega, J. (2006). The Commission on Social Determinants of Health: Tackling the Social Roots of Health Inequities, *Plos Medicine*, 3(6), 749-751. [Available at www.plosmedicine.org, Accessed January, 2011].
- Kelly, P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J. & Bergman, V. (2007). The Social Determinants of health: Developing an Evidence Base for Political Action, WHO, Commission on Social Determinants of Health, National institute for Health and Excellence, [Available at http://www.who.in1/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf., Accessed January, 2011].
- Lynch, J.W., Smith, G.D., Kaplan, G.A. & House, J.S. (2000). Income Inequality and Mortality: Importance to Health of Individual Income, Psychosocial Environment, or material conditions, *BMJ*, Vol. 320(7243), 1200.
- Marmot, M. (2007). *Health in Unequal World*, The Harverian Oration, London, Royal College of Physicians.
- Nettleton, S. (2006). *Social Inequalities and Health Status*, The Sociology of Health and Illness, 2nd Edition, UK, Polity Press, pp. 169 - 202.
- Socialist Health Association. (1980). *The Black Report*, Concepts of Health and Inequality, Chapter 1, [Available at <http://www.sochealth.co.uk/history/black1.htm> , Accessed January, 2011]
- Vagero, D. (2007). Health inequalities across the globe demand new global policies, *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 113-115.
- Whitehall II. (2004). *Work, Stress, Health - The Whitehall II study*, London, Public and Commercial Services Union.
- Whitehead, M. (2000). *The Concepts and Principles of Equity and Health*, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe,
- WHO (1998), *Health 21: An Introduction to the Health for all Policy Framework for WHO European Region*, Theakston, F., (ed), No. 5, Copenhagen.
- Wilkinson, R.G. (2005). *The Impact of Inequality - How to Make Sick Societies Healthier*, New York, Routledge.