



World Health
Organization

REGIONAL OFFICE FOR Europe

ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Εξίσωση προς τα άνω (Μέρος Α')

Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Μετάφρασης
Χριστιάνα Κούτα και Νίκος Μίτλεττον

Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μετάφραση (με αλφαβητική σειρά)

Παναγιώτα Ελληνα, *MSc/MSN Προηγμένη
Νοσηλευτική & Φροντίδα Υγείας στην
Κοινότητα, 2012-2014*

Χριστιάνα Κούτα, *Επ. Καθηγήτρια Κοινωνικής
και Διαπολιτισμικής Νοσηλευτικής*

Νίκος Μίτλεττον, *Επ. Καθηγητής Μεθοδολογίας
της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας & Βιοστατιστικής*



Λευκωσία, Κύπρος, 2013

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title **Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up. Part 1.**

Εκδόθηκε στην Αγγλική γλώσσα από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Π.Ο.Υ με τον τίτλο **Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up. Part 1.**

©World Health Organization 2006

©Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2006

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

Οι μεταφραστές φέρουν αποκλειστική ευθύνη για την ακρίβεια της μετάφρασης.

© School of Health Sciences,
Cyprus University of Technology, 2012.

© Σχολή Επιστημών Υγείας,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, 2012.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	v
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	vi
A ΜΕΡΟΣ – Έννοιες.....	1
Ποια η διαφορά μεταξύ της διακύμανσης στην υγεία και της κοινωνικής αδικίας στην υγεία; 1	
Δικαιοσύνη και ανθρώπινα δικαιώματα	2
Η ανισότητα και η αδικία είναι συνώνυμα.....	3
Τι αποτελεί λοιπόν ισότητα στην υγεία;.....	4
Διαδεδομένες ανισότητες σε όλη την Ευρώπη	4
Ένα αγεφύρωτο χάσμα στην υγεία.....	4
Το φαινόμενο της κοινωνικής διαβάθμισης.....	6
Κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας	7
Τι είναι δικαιοσύνη στην παροχή φροντίδας υγείας;	10
Διαφορετικοί στόχοι της ισότητας στην υγεία και της ισότητας στη φροντίδα υγείας.....	11
ΜΕΡΟΣ Β – Δέκα αρχές για ανάληψη πολιτικής δράσης.....	12
1. Οι πολιτικές υγείας πρέπει να στοχεύουν στην εξίσωση προς τα άνω – level up) και όχι προς τα κάτω.....	12
2. Οι τρεις βασικές προσεγγίσεις στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι αλληλοεξαρτώμενες.	12
3. Ο διπλός στόχος της βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και της μείωσης των ανισοτήτων υγείας.....	14
4. Δράσεις για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στην υγεία.	15
5. Το ενδεχόμενο κάποιες δράσεις να είναι επιζήμιες πρέπει να αξιολογείται	15

6. Επιλογή κατάλληλων εργαλείων μέτρησης και επιτήρησης.	16
7. Φωνή σε όσους δεν έχουν φωνή.....	17
8. Διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία ξεχωριστά στους άνδρες και στις γυναίκες.	17
9. Συσχέτιση των διαφορών στην υγεία μεταξύ εθνοτικών ομάδων, ή σε σχέση με το γεωγραφικό χώρο, με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο	18
10. Οικοδόμηση συστημάτων υγείας βασισμένα στις αρχές της δικαιοσύνης.	19
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	19
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	21
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	25

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

(όπως εμφανίζονται στο πρωτότυπο στην Αγγλική γλώσσα)

Η παρούσα έκθεση ετοιμάστηκε σε στενή συνεργασία με τα ανωτέρα στελέχη του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για Επένδυση στην Υγεία και Ανάπτυξη, το οποίο εδρεύει στην Βενετία, όπως επίσης και μετά από διαβούλευση με την Ομάδα Εμπειρογνομόνων για την Φτώχεια, για τις Ανισότητες και για άλλους συναφείς Κοινωνικούς και Οικονομικούς Προσδιοριστικούς Παράγοντες της Υγείας.

Με στόχο τη συλλογή απόψεων, προσχέδια αυτού του έργου, όπως και του συνοδευτικού εγγράφου σε σχέση με τις Στρατηγικές, είχαν παρουσιαστεί σε διάφορες συνεδριάσεις του προσωπικού του Π.Ο.Υ, όπως και στο πλαίσιο Ευρωπαϊκών διαβουλεύσεων που διεξήχθησαν στα γραφεία της Βενετίας.

Είχαν επίσης υποβληθεί για αξιολόγηση από ανώνυμους κριτές. Έχουν τύχει σειρά αναθεωρήσεων στη βάση των σχολίων που λήφθηκαν από τους κριτές, αλλά ασφαλώς μόνο οι συγγραφείς φέρουν αποκλειστική ευθύνη για την τελική μορφή του κειμένου και τυχόν λάθη που ενδέχεται να περιέχει. Είμαστε ευγνώμονες στον Jerome M.Rose για το συντακτικό έλεγχο του κειμένου και στους Antonella Biasiotto και Cristina Comunian για την διοικητική υποστήριξη.

Margaret Whitehead

Göran Dahlgren

WHO Collaborating Centre for

Policy Research on Social Determinants of Health

University of Liverpool

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το 1990, το Ευρωπαϊκό Περιφερειακό Γραφείο του Π.Ο.Υ δημοσίευσε δύο τεχνικές εκθέσεις – η πρώτη είχε θέμα τις «Έννοιες και αρχές της ισότητας και της υγείας» (Whitehead, 1990), ενώ ακολούθησε το συνοδευτικό έγγραφο με θέμα τις Πολιτικές και τις Στρατηγικές (Dahlgren & Whitehead, 1992). Στόχος και των δύο εγγράφων ήταν να αποσαφηνίσουν τις έννοιες της ισότητας, στο πλαίσιο της υγείας, και τη σημασία της στο πλαίσιο χάραξης πολιτικών σε αυτό τον τομέα. Αυτά τα έγγραφα ετοιμάστηκαν σε μη τεχνική γλώσσα αφού προορίζονταν για τεχνοκράτες και υπηρεσιακούς αξιωματούχους της πολιτικής υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν η ευαισθητοποίηση και η παρακίνηση για δημόσια συζήτηση μεταξύ ενός διευρυμένου κοινού. Τα έγγραφα διοχετεύτηκαν σε όλη την Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική και Αυστραλασία, μεταφράστηκαν σε 20 γλώσσες και ενσωματώθηκαν στο διδακτικό υλικό ενός ευρύ φάσματος επιστημονικών πεδίων.

Ποιός ο λόγος λοιπόν να επαναληφθεί ένα παρόμοιο εγχείρημα και τώρα; Κατ' αρχάς, το Ευρωπαϊκό πλαίσιο έχει αλλάξει από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, και από πολλές απόψεις, ο κοινωνικός διαχωρισμός εντός και μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών έχει διευρυνθεί. Για να είναι αποτελεσματική η αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, είναι σημαντικό οι ιθύνοντες χάραξης πολιτικών υγείας και οι επαγγελματίες υγείας να έχουν πλήρη κατανόηση της νέας γνώσης αναφορικά με τους κυριότερους προσδιοριστικούς παράγοντες, καθώς επίσης και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να αντιμετωπιστούν στο πλαίσιο του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Επίσης, η **εννοιολογική κατανόηση** των τεκμηριωμένων ενδείξεων, ειδικότερα σε σχέση με την κοινωνική αιτιότητα πολλών ανισοτήτων στην υγεία, έχει βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Τρίτον, έχουν πλέον αναπτυχθεί και έχουν τύχει εφαρμογής πιο ευαίσθητοι και αξιόπιστοι δείκτες αξιολόγησης των ανισοτήτων στην υγεία. Τέλος, το υπόβαθρο γνώσης σε σχέση με τους τρόπους αντιμετώπισης των ανισοτήτων έχει βελτιωθεί σημαντικά, ιδίως όσον αφορά: στις σχετικές δράσεις που απαιτούνται (πολιτικές και προγραμματισμός), στην εστίαση που πρέπει να έχουν αυτές οι δράσεις (εξίσωση προς τα άνω και προσέγγιση των ευάλωτων ομάδων) και στις **αρχές** που πρέπει να εφαρμόζονται στο σχεδιασμό, εφαρμογή και αξιολόγηση των εν λόγω δράσεων (π.χ. ενεργός συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων από το σημείο εκκίνησης).

Το Ευρωπαϊκό Περιφερειακό Γραφείο του Π.Ο.Υ ήταν στην πρώτη γραμμή προάσπισης των πολιτικών προαγωγής της ισότητας στον τομέα της υγείας. Το 2003 επιβεβαιώθηκε η δέσμευση αυτή με την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Γραφείου για Επένδυση στην Υγεία και Ανάπτυξη (το γραφείο του Π.Ο.Υ στη Βενετία), του οποίου η δράση επικεντρώνεται ειδικά στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και στους τρόπους με τους οποίους τα συστήματα υγείας μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτούς τους παράγοντες. Ο Δρ. Danzon, Περιφερειακός Διευθυντής

της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του Π.Ο.Υ, έχει διακηρύξει τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία ως μια από τις έξι καθοριστικές προτεραιότητες της δράσης του Π.Ο.Υ στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο Π.Ο.Υ επιβεβαιώνει τη δέσμευσή του να αναλάβει δράση σε αυτό τον τομέα με τη σύσταση της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας (*Commission on Social Determinants of Health*). Επομένως, η ισότητα στον τομέα της υγείας και η κοινωνική δικαιοσύνη παραμένουν σταθερά οι προτεραιότητες των δραστηριοτήτων του Π.Ο.Υ σε παγκόσμιο και περιφερειακό επίπεδο. Ο Π.Ο.Υ βρίσκεται στον πυρήνα της δράσης για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.

Είναι στα πλαίσια αυτής της Παγκόσμιας και Ευρωπαϊκής προσπάθειας καθοδήγησης και ανάπτυξης χρήσιμων εργαλείων για να μπορέσουν οι διάφορες χώρες να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία που το Γραφείο του Π.Ο.Υ στη Βενετία προσκάλεσε την Margaret Whitehead και τον Göran Dahlgren να ετοιμάσουν την παρούσα έκθεση σε σχέση με τις βασικές έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση αυτών των ανισοτήτων. Το έγγραφο αυτό αποτελεί το αποτέλεσμα ενός μεγάλου κύκλου διαβουλεύσεων, συμπεριλαμβανομένου και συζητήσεων επί των προσχεδίων του κειμένου σε συναντήσεις του διοργάνωσε ο Π.Ο.Υ και σε διεθνή φόρα. Για τη διαμόρφωση της τελικής μορφής του κειμένου συνέβαλαν σημαντικά δύο διαβουλεύσεις σε Ευρωπαϊκό επίπεδο με θέμα την ανάδειξη της δεσπόζουσας θέσης που πρέπει να καταλάβουν οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας και η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Στις διαβουλεύσεις αυτές συμμετείχαν Υπουργεία Υγείας, διακυβερνητικοί φορείς χάραξης πολιτικών υγείας, πανεπιστήμια και κοινωνίες πολιτών από 30 μέλη κράτη (Εδιμβούργο, 2006 και Λονδίνο 2007). Συμβολή στη δημιουργία αυτού του εγγράφου είχαν επίσης και οι Τεχνικές Μονάδες του Ευρωπαϊκού Περιφερειακού Γραφείου (*WHO Regional Office for Europe technical units*) και το Γραφείο Χωρών (*WHO Country Offices*) του Π.Ο.Υ. Τέλος, το έγγραφο έχει διαμορφωθεί στη βάση προτάσεων από ένα ευρύ κύκλο εμπειρογνομώνων και τεχνοκρατών, οι οποίοι εργάζονται σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο.

Η προσδοκία μας είναι ότι, σε συνδυασμό με την έκδοση «Ευρωπαϊκές στρατηγικές για αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία: Εξίσωση προς τα άνω - Μέρος Β'» (Dahlgren & Whitehead, 2007), θα ενισχύσουμε τους φορείς χάραξης πολιτικής στις προσπάθειές τους για αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία σε μια Ευρώπη η οποία αλλάζει με ραγδαίους ρυθμούς.

Erio Ziglio

Διευθυντής

Ευρωπαϊκό Γραφείο για Επένδυση στην Υγεία και Ανάπτυξη του Π.Ο.Υ

A ΜΕΡΟΣ – Έννοιες

Ποια η διαφορά μεταξύ της διακύμανσης στην υγεία και της κοινωνικής αδικίας στην υγεία;

Η κοινωνική αδικία στην υγεία αποτελεί το κεντρικό θέμα του παρόντος κειμένου. Η αδικία αναφέρεται στις συστηματικές διαφορές στην κατάσταση υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Αλλά τι ακριβώς σημαίνει αυτό; Σε κάθε χώρα παρατηρούνται διαφορές στην υγεία ανάμεσα στο πληθυσμό. Είναι φυσικό ότι η υγεία διαφοροποιείται ως αποτέλεσμα γενετικών παραγόντων και της ιδιαίτερης κράσης του κάθε ατόμου, όπως και κάθε άλλου σωματικού/βιολογικού χαρακτηριστικού. Ο επιπολασμός της νοσηρότητας διαφέρει επίσης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, με τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα να έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας από ότι οι νεότεροι, λόγω της φυσικής διεργασίας γήρανσης. Βιολογικά, οι γυναίκες στις χώρες του βιομηχανοποιημένου κόσμου παρουσιάζουν πλεονέκτημα ως προς την επιβίωση έναντι των ανδρών σε όλα τα στάδια της ζωής. Τέλος, ακόμα και ο παράγοντας τύχη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή όλων μας, αφού προσδιορίζει ποιοι από εμάς θα αποφύγουν την έκθεση σε κάποιο συγκεκριμένο μολυσματικό παράγοντα ή κάποιο άλλο βλαπτικό παράγοντα και ποιοι θα υποκύψουν.

Τρία διακριτικά χαρακτηριστικά, όταν παρουσιάζονται σε συνδυασμό, είναι η ειδοποιός διαφορά μεταξύ αυτού που θα εκλαμβάναμε ως απλή διακύμανση στην υγεία και της κοινωνικής ανισότητας στην υγεία. Όταν οι παρατηρούμενες διαφορές είναι *συστηματικές, προϊόν κοινωνικών διεργασιών (και ως εκ τούτου τροποποιήσιμες) και άδικες*.

Το πρώτο χαρακτηριστικό αναφέρεται στο συστηματικό μοτίβο των διαφορών στην υγεία. Αυτές οι διαφορές δεν κατανέμονται τυχαία, αλλά παρουσιάζουν ένα σταθερό πρότυπο. Ένα από τα πιο ενδεικτικά παραδείγματα είναι οι συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού. Τόσο η θνησιμότητα όσο και η νοσηρότητα, όπως θα αποτυπωθεί και στις επόμενες ενότητες, αυξάνονται όσο μειώνεται η κοινωνική θέση του ατόμου. Αυτό το κοινωνικό πρότυπο της νόσου είναι παγκόσμιο, αν και ο βαθμός και η έκτασή του διαφέρουν από χώρα σε χώρα.

Το δεύτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι ότι πρόκειται για διαφορές στην υγεία οι οποίες έχουν ρίζες σε κοινωνικές διεργασίες και δεν πρόκειται απλά για διαφορές οι οποίες καθορίζονται βιολογικά. Κανένας Νόμος της Φύσης, για παράδειγμα, δεν θεσπίζει ότι τα παιδιά φτωχών οικογενειών πρέπει να πεθαίνουν με διπλάσιο ρυθμό σε σχέση με τα παιδιά που γεννήθηκαν σε πλούσιες οικογένειες (Blane et al., 1993). Επομένως, μια τέτοια ανισότητα στην υγεία δεν είναι ούτε δεδομένη, ούτε

αναπόφευκτη. Θεωρητικά τουλάχιστον, εάν τέτοιες πληθυσμιακές διαφορές σε μια χώρα είναι προϊόν κοινωνικών διεργασιών, τότε αυτές οι διαφορές πρέπει να υπόκεινται σε τροποποίηση μέσα από συντονισμένες προσπάθειες της εν λόγω χώρας.

Το τρίτο χαρακτηριστικό γνώρισμα των κοινωνικών ανισοτήτων είναι ότι αποτελούν διαφορές οι οποίες θεωρούνται ευρέως ως αθέμιτες, επειδή δημιουργούνται και συντηρούνται από αυτό που οι Evans & Peters (2001) έχουν αποκαλέσει «Άδικη Κοινωνική Διάρθρωση» (Unjust Social Arrangements), και οι οποίες προσβάλλουν βασικές έννοιες δικαιοσύνης. Φυσικά, αυτό εξαρτάται και από την έννοια που αποδίδεται από διαφορετικές κοινωνίες στην *αδικία*. Αν και οι αντιλήψεις για το τι θεωρείται άδικο ενδέχεται να διαφέρουν ως ένα ορισμένο βαθμό από τόπο σε τόπο, εντούτοις, υπάρχει κοινό υπόβαθρο. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι (αν όχι και όλοι) στις Ευρωπαϊκές χώρες συμφωνούν στην άποψη ότι όλα τα παιδιά, ανεξάρτητα από την κοινωνική τους θέση, θα πρέπει να έχουν τις ίδιες πιθανότητες επιβίωσης. Γενικότερα, θα θεωρείτο άδικο αν η πιθανότητα επιβίωσης ήταν πολύ μικρότερη για τα παιδιά κάποιων κοινωνικοοικονομικών ομάδων σε σχέση με άλλα παιδιά. Αυτό αποτελεί ένα και μόνο παράδειγμα μιας ευρύτερης ανησυχίας, σε ολόκληρη την Ευρώπη, που συνδέει άμεσα την ισότητα στην υγεία με τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Δικαιοσύνη και ανθρώπινα δικαιώματα

Τόσο η προκατάληψη όσο και οι διακρίσεις που οδηγούν σε διαφορές μεταξύ κοινωνικών ομάδων ως προς την πρόσβαση σε πόρους και τις ίσες ευκαιρίες στην υγεία είναι άδικες. Προκύπτει άμεσα από την εξέχουσα θέση που κατέχει η υγεία στο πλαίσιο των *ανθρωπίνων δικαιωμάτων*: Ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας στην κοινωνία όπου ζει (WHO, 1946). Η υγεία αποτελεί αναντικατάστατη προϋπόθεση για την επίτευξη άλλων στόχων στη ζωή, όπως καλύτερη εκπαίδευση και καλύτερη απασχόληση. Επομένως, η υγεία είναι ένα μέσο προαγωγής της ελευθερίας των ατόμων και των κοινωνιών (Sen, 2000).

Συνεπώς, είναι σημαντικό για μια κοινωνία να οργανώνει τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία δίκαια, έτσι ώστε η πρόσβαση σε αυτούς τους πόρους να είναι ανοικτή σε όλους. Η παρουσία σαφών κοινωνικών διαφορών στην υγεία, αλλά και στους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (όπως διαφαίνεται και στις επόμενες ενότητες), έρχεται σε αντίθεση με τις κοινώς αποδεκτές αξίες της ισότητας και της δικαιοσύνης (Daniels, Kennedy & Kawachi, 2000).

Στην Ευρώπη του σήμερα, η αναζήτηση ποιες κοινωνικές διαφορές στην υγεία είναι *δίκαιες* και ποιες *άδικες* είναι περιττή. Ουσιαστικά, όλες οι συστηματικές διαφορές

στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων που παρατηρούνται στο εσωτερικό μιας χώρας μπορεί να θεωρηθούν καταχρηστικές, και ως εκ τούτου να χαρακτηριστούν ως *ανισότητες στην υγεία*. Δεν υπάρχει βιολογική αιτία για την ύπαρξη τους ενώ είναι σαφές ότι ακόμη και συστηματικές διαφορές στον τρόπο ζωής μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων διαμορφώνονται σε ένα μεγάλο βαθμό από δομικά χαρακτηριστικά της κοινωνίας. Συνοψίζοντας εν συντομία, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, άμεσα ή έμμεσα, δημιουργούνται από κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως και από δομικά καθορισμένες διαφορές στο τρόπο ζωής. Όλοι οι καθοριστικοί παράγοντες των κοινωνικών ανισοτήτων υπόκεινται σε αλλαγή.

Η επιλογή της Διεθνούς Σύμβασης για Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα να αποτυπώσει την υγεία στο πλαίσιο στο οποίο ζει ο κάθε άνθρωπος (Kälin et al., 2004) δεν ήταν τυχαία. Για σκοπούς ανάληψης δράσης, η κατάσταση υγείας των πληθυσμιακών ομάδων οι οποίες βρίσκονται σε καλύτερη θέση από άλλες μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως πρακτικός δείκτης του *επιπέδου* υγείας που είναι εφικτό σε κάθε δεδομένη κοινωνία, καθώς επίσης και ως πρότυπο το οποίο πρέπει να θέτουν ως στόχο οι πολιτικές που απευθύνονται στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία.

Η ανισότητα και η αδικία είναι συνώνυμα

Προηγούμενα κείμενα από τους ίδιους συγγραφείς υιοθέτησαν την φράση *αδικίες στην υγεία* (inequities in health), ενώ παράλληλα εξηγούσαν ότι σε ορισμένες χώρες, και κυρίως στο Ηνωμένο Βασίλειο, χρησιμοποιείται και η φράση *ανισότητες στην υγεία* (inequalities in health) με την ίδια έννοια. Στα χρόνια που μεσολάβησαν όλο και περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες υιοθέτησαν την Βρετανική ορολογία, όπως άλλωστε αποτυπώνεται και στον τίτλο της Συνόδου Κορυφής της Ε.Ε το 2005 για την Αντιμετώπιση των Ανισοτήτων στην Υγεία. Για λόγους συνέπειας με άλλα έγγραφα του Π.Ο.Υ, η φράση *Κοινωνικές Αδικίες στην Υγεία* (social inequities in health) έχει προτιμηθεί και στο παρόν έγγραφο (όπως εμφανίζεται στην πρωτότυπη μορφή του στην Αγγλική γλώσσα). Οι συγγραφείς θα ήθελαν να τονίσουν ότι στο χώρο της Δημόσιας Υγείας η εναλλακτική φράση *Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία* υποδηλώνει ακριβώς την ίδια έννοια αφού και πάλι αναφέρεται σε διαφορές στην υγεία οι οποίες είναι *αθέμιτες* και *άδικες*. Πράγματι, σε ορισμένες Ευρωπαϊκές γλώσσες υπάρχει μόνο μία λέξη για να αποδοθούν και οι δύο αυτοί όροι (inequity και inequality), επομένως δεν γίνεται καμία διάκριση στη μετάφραση τους.

Τι αποτελεί λοιπόν ισότητα στην υγεία;

Αν η ανισότητα στην υγεία είναι αθέμιτη και άδικη, τότε ποιο είναι το αντίθετο; *Ισότητα στην υγεία*; Αυτή η έννοια είναι στενά συνυφασμένη με το κεντρικό νήμα των *ανθρωπίνων δικαιωμάτων* που διέρχεται μέσα από όλες τις διακηρύξεις του Π.Ο.Υ, από την ίδρυσή του – τη δεκαετία του 1940 – μέχρι και τα ψηφίσματα του 21^ο αιώνα. Το καταστατικό του Π.Ο.Υ (WHO, 1946) αναγνώρισε από το 1946 ότι «τα υψηλότερα πρότυπα υγείας πρέπει να εφικτά από όλους, χωρίς διάκριση για λόγους φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής θέσης».

Απηχώντας αυτά τα συναισθήματα σχεδόν 60 χρόνια αργότερα, η ισότητα στην υγεία συνεπάγεται ότι ιδανικά ο καθένας θα έπρεπε να μπορούσε να επιτύχει το μέγιστο δυνατό στην υγεία και ότι κανένας δεν πρέπει να βρίσκεται σε μειονεκτική θέση που αναχαιτίζει το δυναμικό του λόγω της κοινωνικής του θέσης ή άλλων κοινωνικά καθορισμένων περιστάσεων.

Αυτό αναφέρεται σε *όλους* ανεξαιρέτως και όχι μόνο σε συγκεκριμένες μειονεκτικές ομάδες που αποτελούν ένα τμήμα του πληθυσμού. Επομένως, οι προσπάθειες προαγωγής της κοινωνικής ισότητας στην υγεία έχουν ως στόχο τη δημιουργία ευκαιριών και την άρση εμποδίων για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής υγείας από *όλα τα μέλη του πληθυσμού*. Περιλαμβάνουν την δίκαιη κατανομή των απαραίτητων για την υγεία πόρων, τη δίκαιη πρόσβαση στις διαθέσιμες ευκαιρίες και την ισότητα στη παρεχόμενη φροντίδα σε όλους όταν την χρειάζονται.

Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα των προσπαθειών αυτών πρέπει να είναι η σταδιακή εξομάλυνση των συστηματικών διαφορών στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ο απώτερος στόχος είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων αυτών, *εξισώνοντας προς τα άνω* την υγεία όλων με αυτή των πιο ευνοημένων ομάδων.

Διαδεδομένες ανισότητες σε όλη την Ευρώπη

Ένα αγεφύρωτο χάσμα στην υγεία

Εντός των χωρών της Ευρώπης υπάρχουν πολλά παραδείγματα συστηματικών διαφορών στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, οι πλέον μειονεκτικές ομάδες έχουν τη χειρότερη κατάσταση υγείας και τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Αυτό εκδηλώνεται με μεγάλες διαφορές στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των ατόμων στους απέναντι πόλους της κοινωνικής κλίμακας. Στη Σκωτία, για παράδειγμα, ένα παιδί που θα γεννηθεί στην

πιο μειονεκτική γειτονία της Γλασκώβης αναμένεται να ζήσει μέχρι και 10 χρόνια λιγότερα από ένα παιδί που μεγαλώνει στην πιο εύπορη γειτονιά (Acheson et al., 1998). Στην Εσθονία, το χάσμα στη θνησιμότητα μεταξύ των ομάδων με τα υψηλότερα και χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης διευρύνθηκε τρομερά κατά τη μεταβατική περίοδο μετά το τέλος της Σοβιετικής κυριαρχίας (1989-2000). Το 2000, ένας άνδρας απόφοιτος πανεπιστημίου 25 ετών μπορούσε να αναμένει να ζήσει 13 χρόνια περισσότερο από κάποιον άνδρα ίδιας ηλικίας με το κατώτατο επίπεδο εκπαίδευσης (Leinsalu, Vagero & Kunst, 2003).

Ανάλογα ενδεικτικά παραδείγματα υπάρχουν από τις Βόρειες μέχρι και τις Νότιες περιοχές της Περιφέρειας. Στην Ολλανδία, για παράδειγμα, μεταξύ ανδρών με χαμηλό και υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης υπάρχει μια διαφορά της τάξεως των 5 ετών σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής και μια διαφορά της τάξεως των 13 ετών σε σχέση με στο προσδόκιμο υγιούς ζωής χωρίς ανικανότητα (Van se Water, Boshuizen & Pelenboom, 1996). Επίσης, οι γυναίκες στη Φιλανδία με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν 8 χρόνια λιγότερα ως προς το προσδόκιμο ζωής χωρίς ανικανότητα σε σχέση με γυναίκες με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Valkonen et al., 1994). Επιπλέον, στο Νότο, μελέτες στο Τορίνο της Ιταλίας έχουν δείξει ότι ενώ οι δείκτες θνησιμότητας έχουν σημειώσει πτώση σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες κατά την περίοδο των τελευταίων 30 χρόνων, η μείωση ήταν εμφανώς μικρότερη σε άνδρες και γυναίκες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και μεταξύ των ανδρών με χειρότερες συνθήκες διαβίωσης (Marinacci et al., 2004).

Στη Γαλλία, δύο παραδείγματα είναι εκπληκτικά. Μεταξύ ενός ανειδίκευτου 35χρονου άνδρα με χειρωνακτική εργασία και ενός επαγγελματία με γραφειακή εργασία (cadre supérieur) της ίδιας ηλικίας, η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής είναι περίπου 9 έτη. Επιπλέον, αν συγκρίνουμε το ποσοστό πρόωρης θνησιμότητας (πριν την ηλικία των 54 ετών), στους ανειδίκευτους χειρωνακτες εργάτες είναι τέσσερις φορές υψηλότερο ως προς το διαβήτη σε σχέση με τους επαγγελματίες, ενώ αυτή η διαφορά γίνεται έως και δέκα φορές μεγαλύτερη ως προς άλλες παθήσεις όπως η κίρρωση του ήπατος και η αλκοολική ψύχωση (Mersine, 1999 ; Jouglu et al., 2000).

Στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, η κατάσταση σε σχέση με την υγεία αποτελεί πηγή μεγάλης ανησυχίας. Η Ρωσική Ομοσπονδία έχει γίνει μάρτυρας μιας δραματικής, και πραγματικά άνευ προηγουμένου, επιδείνωσης στο προσδόκιμο ζωής μετά από την οικονομική και πολιτική κρίση της δεκαετίας του 1990. Η επιδείνωση αυτή δεν επηρέασε όλες τις ομάδες του πληθυσμού στον ίδιο βαθμό. Το μεγαλύτερο πλήγμα δέχτηκαν οι λιγότερο μορφωμένες ομάδες του πληθυσμού. Μάλιστα, μεταξύ του 1990 και του 1994, η πιθανότητα επιβίωσης στους άνδρες με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης ήταν πολύ μικρότερη από ότι στις προηγούμενες δεκαετίες του 1970 και 1980. Ωστόσο, σε άτομα με πανεπιστημιακή εκπαίδευση οι

δείκτες θνησιμότητας ήταν σε παρόμοια επίπεδα με αυτά του γενικού πληθυσμού σε χώρες της Δύσης (Shkolnikov, Field & Andreev).

Το φαινόμενο της κοινωνικής διαβάθμισης

Συνήθως, παρατηρείται μια κλιμακωτή, αν όχι ακόμα και γραμμική, φθίνουσα τάση στην κατάσταση υγείας όσο χαμηλότερη η κοινωνική θέση του ατόμου – δεν πρόκειται απλά για την περίπτωση όπου η κακή κατάσταση υγείας περιορίζεται σε μια μεμονωμένη κοινωνική ομάδα στα άκρα της κλίμακας ενώ όλες οι υπόλοιπες ομάδες χαίρουν σχετικά καλά επίπεδα υγείας – αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως *κοινωνική διαβάθμιση (social gradient)* (Marnot, 2004). Η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της Φλωρεντίας, του Λιβόρνο και του Τορίνου παρακολουθείται επί σειρά ετών και τα ευρήματα δείχνουν σαφώς ότι η θνησιμότητα αυξάνεται με γραμμικό τρόπο σε σχέση με το βαθμό του κοινωνικού μειονεκτήματος. Αυτό ισχύει τόσο όταν το κοινωνικό μειονέκτημα μετράται με βάση χαρακτηριστικά των ιδίων των ατόμων, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η κοινωνική τάξη, όσο και αν μετράται με δείκτες του επιπέδου στέρισης της περιοχής όπου ζουν (Costa, Spadea & Dirindin, 2002).

Μερικές φορές, ο αντίκτυπος της *κοινωνικής διαβάθμισης* στην υγεία εκφράζεται ως αποδιδόμενο *έλλειμμα (shortfall)* – το οποίο ουσιαστικά εκφράζεται ως ο αριθμός των ζώων που θα δεν θα είχαν απολεσθεί, εάν όλες οι ομάδες στην κοινωνία απολάμβαναν το ίδιο υψηλό επίπεδο υγείας όπως και η ομάδα στην πιο πλεονεκτική θέση. Για να δώσουμε ένα παράδειγμα *ελλείμματος* – έχει εκτιμηθεί ότι εάν στις αρχές του 1990 όλοι οι εργαζόμενοι άνδρες ηλικίας 20-64 στην Αγγλία και Ουαλία είχαν τα ίδια ποσοστά θνησιμότητας με άνδρες της ίδιας ηλικίας σε επαγγελματικές και διευθυντικές θέσεις, τότε θα αποφεύγονταν πάνω από 17.000 θάνατοι ετησίως (Acheson et al., 1998). Στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές της Ισπανίας, το πλεόνασμα στη θνησιμότητα σε σχέση με τις πιο εύπορες περιοχές, έχει εκτιμηθεί ότι ακουμπά τους 35.000 θανάτους ετησίως (Bench & Yasui, 1999). Σε μια παρόμοια προσέγγιση υπολογισμού του ελλείμματος, στην Ολλανδία εκτιμήθηκε ότι η νοσηρότητα και η θνησιμότητα στον Ολλανδικό πληθυσμό θα μειωνόταν κατά μέσο όρο από 25-50%, εάν οι άνδρες με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίαζαν τα ίδια ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας με αυτά των ανδρών πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (Machenbach, 1994).

Το γεγονός ότι οι κοινωνικές ανισότητες υπάρχουν σε όλες σχεδόν τις χώρες αποτελεί και την σημαντικότερη πρόκληση ως προς την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Η όποια βελτίωση στο προσδόκιμο ζωής μιας χώρας, για παράδειγμα, συχνά παρεμποδίζεται από το μέγεθος των ανισοτήτων που ενδεχομένως υπάρχουν μεταξύ των επιμέρους πληθυσμιακών ομάδων στη χώρα αυτή.

Ωστόσο, η ανισότητα αυτή υποδεικνύει και το μέγεθος της βελτίωσης που μπορεί να επιτευχθεί αφού παρουσιάζει, για παράδειγμα, αυτό που έχουν ήδη επιτύχει οι ομάδες στην πλέον πλεονεκτική θέση, και επομένως αυτό που θα ήταν εφικτό να επιτύχουν και οι υπόλοιποι σε μια δεδομένη χώρα εκείνη τη δεδομένη χρονική στιγμή. Η ανισότητα στην υγεία των βρεφών και των παιδιών αποτελεί το πλέον κατάφορο παράδειγμα αδικίας. Στη Στοκχόλμη, η μεγάλη διαφορά στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας μεταξύ πλούσιων και φτωχών αποτελούσε πηγή πολιτικής ανησυχίας ήδη από την δεκαετία του 1930, κάτι που οδήγησε στην υιοθέτηση ενός μεταρρυθμιστικού προγράμματος στην μητρική φροντίδα υγείας. Σε συνδυασμό με ευρύτερες μεταρρυθμίσεις στην κοινωνική ασφάλιση και στις πολιτικές στέγασης με στόχο την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης όλων των οικογενειών στην πόλη της Στοκχόλμης, το πρόγραμμα είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της κοινωνικής ανισότητας στη βρεφική θνησιμότητα (Burström, 2004). Σήμερα, στη Σουηδία οι ανισότητες στη βρεφική θνησιμότητα έχουν σχεδόν εξαλειφθεί, κάτι που δεν ισχύει απαραίτητα στην περίπτωση άλλων χωρών με υψηλό εισόδημα.

Κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας

Η ανεπαρκής πρόσβαση σε ουσιώδεις υπηρεσίες υγείας είναι ένας από τους πολλούς προσδιοριστικούς παράγοντες των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Μπορεί να μην είναι ο κυριότερος παράγοντας, αλλά είναι καθοριστικής σημασίας για τις ίδιες τις υπηρεσίες υγείας – αφού όπως θα λέγαμε, πρέπει να συγυρίσει κανείς πρώτα το ίδιο του το σπίτι! Επιπλέον, η οικονομική επιβάρυνση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια όλο και αυξανόμενη αιτία φτώχειας – ιδιαίτερα για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες. Επομένως, αυτό είναι ένα ζήτημα για το οποίο οι υπηρεσίες υγείας έχουν άμεση ευθύνη (αλλά και τη δυνατότητα) να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά (Ziglio et al., 2003).

Στο πλαίσιο των *ανθρωπίνων δικαιωμάτων*, ένα από τα ουσιώδη δικαιώματα του ατόμου είναι η πρόσβαση σε αποτελεσματική φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να αποσκοπεί στην ανακούφιση της επιβάρυνσης των ατόμων όταν νοσήσουν, αλλά πρωτίστως στην προστασία και πρόληψη της νόσου και σε δεύτερο στάδιο στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας προτού το άτομο νοσήσει. Χωρίς τα οφέλη τα οποία μπορεί να παρέχει η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όπως η βελτίωση της υγείας και η ανακούφιση από την επιβάρυνση και τον πόνο, όλες οι άλλες ανθρωπίνες δραστηριότητες διακυβεύονται. Όμως, για πολλά εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, ακόμη και σε μια σχετικά εύπορη περιοχή όπως η Ευρώπη, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ανεπαρκής σε σχέση με τις ανάγκες κάποιων ομάδων, ή ακόμη και ανέφικτη για πρακτικούς λόγους. Εξάλλου, παράδειγμα σοβαρής αδικίας

αποτελεί το γεγονός ότι συχνά είναι αυτοί με την μεγαλύτερη ανάγκη οι οποίοι έχουν ανεπαρκή πρόσβαση σε φροντίδα υγείας.

Η έννοια της ανισότητας στην πρόσβαση σε φροντίδα υγείας έχει αποτυπωθεί καλύτερα στον γνωστό «Νόμο της Αντίστροφης Φροντίδας» (Inverse Care Law) (Hart, 1971), ο οποίος αναφέρει ότι: «Η προσφορά ποιοτικής ιατρικής φροντίδας τείνει να είναι αντιστρόφως ανάλογη των αναγκών για φροντίδα υγείας στον πληθυσμό που εξυπηρετεί». Ο αυτοαποκαλούμενος αυτός νόμος διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Tubor Hart μετά από επισκόπηση της κατάστασης που επικρατούσε στις περιοχές των ανθρακωρυχείων της Ουαλίας. Τόσο η χωροταξική κατανομή των υφιστάμενων δομών παροχής φροντίδας υγείας όσο και η ποιότητά τους ήταν κατά πολύ χειρότερη στις φτωχότερες πόλεις, όπου διέμεναν οι ανθρακωρύχοι και οι οποίοι υπέφεραν από επαγγελματικές νόσους, από ότι στις εύπορες πόλεις όπου τα ποσοστά νοσηρότητας ήταν χαμηλότερα.

Το πιο πάνω παράδειγμα της Ουαλίας αφορά κυρίως στη **γεωγραφική πρόσβαση**, δηλαδή, τη θέση ως προς το γεωγραφικό χώρο και συνεπώς την ουσιαστική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις διάφορες περιοχές της χώρας. Μελέτες από όλη την Ευρώπη διαπίστωσαν την ύπαρξη μεγάλων διαφορών ως προς τη γεωγραφική πρόσβαση ανάμεσα στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, στη Βόρεια Ευρώπη, και συγκεκριμένα στη Σουηδία, πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη μιας χωροταξικής συγκέντρωσης δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα στις εύπορες γειτονίες της Στοκχόλμης, ενώ παράλληλα ένα έλλειμμα σε ανάλογες υπηρεσίες σε γειτονίες χαμηλότερου εισοδήματος της ίδιας πόλης (Dahlgren, 1994).

Δυο άλλα είδη πρόσβασης είναι εξίσου σημαντικά: η **οικονομική** και η **πολιτισμική** πρόσβαση. Ποια θα ήταν η χρησιμότητα της παρουσίας υπηρεσιών φροντίδας υγείας «στο κατώφλι του σπιτιού μας», αν δεν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα να τις αξιοποιήσει κανείς; Αυτό περιγράφει την κατάσταση η οποία ισχύει στην περίπτωση πολλών από τους κατοίκους αστικών περιοχών. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα του προβλήματος της οικονομικής πρόσβασης είναι όταν άτομα που χρειάζονται επείγουσα φροντίδα, αυτή δεν τους προσφέρεται από κάποια κλινική ή κάποιο νοσοκομείο και απλά αφήνονται να πεθάνουν, επειδή αδυνατούν να καλύψουν το κόστος. Αυτό είναι μεν πολύ σπάνιο στην Ευρώπη, αλλά υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων ασθενών οι οποίοι λόγω οικονομικών προβλημάτων αναβάλουν να αναζητήσουν έγκαιρα φροντίδα σε μη επείγουσες καταστάσεις. Στο Βέλγιο, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις δαπανούν για υπηρεσίες υγείας κατά μέσο όρο 23% του διαθέσιμου εισοδήματός τους. Επίσης, το 1/3 περίπου του πληθυσμού του Βελγίου ανέφερε ότι αντιμετώπισε οικονομικές δυσκολίες στην πληρωμή της ιατρικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα το 8% των

οικογενειών ανέβαλαν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα λόγω του κόστους (Louckx, 2002).

Παρόμοια η κατάσταση και στη Γαλλία, όπου μελέτη του 1997 διαπίστωσε ότι 600.000 άνθρωποι δεν είχαν καθόλου πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλιση που να καλύπτει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης ενώ το 16% δεν είχε συμπληρωματική κάλυψη. Πολλοί από αυτούς καθυστερούσαν να αναζητήσουν έγκαιρη θεραπεία λόγω του κόστους. Επιπλέον, ενώ μεν υπήρχε σύστημα επείγουσας ανάγκης ως δίκτυ ασφαλείας το οποίο επέτρεπε στους πολύ φτωχούς πολίτες να αιτηθούν από τις τοπικές κυβερνητικές υπηρεσίες δωρεάν ιατρική περίθαλψη, αυτό λειτουργούσε με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε η όλη διαδικασία να στιγματίζει το άτομο. Το Γαλλικό σύστημα αναδιαμορφώθηκε το 2000 για να διασφαλίσει ότι πρωτίτερα αποκλεισμένες πληθυσμιακές ομάδες, θα μπορούσαν να έχουν βελτιωμένη οικονομική πρόσβαση σε φροντίδα υγείας και μάλιστα με ένα τρόπο λιγότερο στιγματιστικό.

Μια άλλη πτυχή, και αποτύπωση, του προβλήματος της οικονομικής πρόσβασης είναι επίσης το γεγονός ότι συχνά κάποιοι άνθρωποι προκειμένου να συγκεντρώσουν τα χρήματα για να καλύψουν με δικά τους έξοδα το αντίτιμο της φροντίδας (συμπεριλαμβανομένων πρόσθετων «άτυπων» πληρωμών) εξωθούνται ως αποτέλεσμα σε χρέος. Αυτό το φαινόμενο έχει αποδοθεί με τον όρο **ιατρική παγίδα που οδηγεί στη φτώχεια** (medical poverty trap) – δηλαδή, πτώχευση η οποία προκαλείται από την αποπληρωμή των εξόδων της ιατρικής φροντίδας (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001). Τα πιο τρανταχτά παραδείγματα προέρχονται από τον αναπτυσσόμενο κόσμο, αλλά η **ιατρική παγίδα που οδηγεί στην φτώχεια** επικρατεί και στον ανεπτυγμένο κόσμο, και ειδικότερα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και πρόσφατα στην Ανατολική Ευρώπη. Η οικονομική επιβάρυνση της πρόσβασης σε ουσιώδεις υπηρεσίες υγείας και φάρμακα θα πρέπει να αποτελεί αντικείμενο συνεχούς μελέτης, δεδομένου ότι πρόκειται για σεβαστό ποσό, ακόμη και εάν δεν οδηγεί τους ανθρώπους στη φτώχεια (βλ. συνοδευτικό έγγραφο Dahlgren & Whitehead, 2007).

Ο άλλος τύπος πρόσβασης, η **πολιτισμική πρόσβαση**, αναφέρεται στην αποδοχή και στο σεβασμό. Μήπως κάποιες ομάδες αντιμετωπίζουν πολιτισμικά εμπόδια πρόσβασης στις διαθέσιμες υπηρεσίες, καθιστώντας τις ομάδες αυτές ανεπιθύμητες; Υπάρχουν μήπως απαράδεκτες ανεπάρκειες από πλευράς των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το σεβασμό και την αξιοπρέπεια που αποδίδονται σε περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως οι άστεγοι ή οι οικονομικά εξαθλιωμένοι ασθενείς; Γλωσσικά εμπόδια και πολιτισμικές πρακτικές, για παράδειγμα, ενδέχεται να αποτρέπουν μειονοτικές εθνοτικές ομάδες ή τους πρόσφατους μετανάστες σε μια χώρα από την αποδοχή προληπτικής φροντίδας ή από τα οφέλη ψυχιατρικής φροντίδας, ακόμη και όταν οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται δωρεάν. Πέραν από τα γλωσσικά εμπόδια, ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο υπάρχει στη σχέση μεταξύ των

επαγγελματιών υγείας και των λιγότερο μορφωμένων ασθενών, όπου οι επαγγελματίες υγείας συχνά στερούνται αντίληψης και κατανόησης των καθημερινών δυσκολιών στις ζωές αυτών που βιώνουν κακουχίες. Επίσης, ενδέχεται να υπάρχει ανομοιομορφία στην επιμέλεια που δίνεται σε ασθενείς με μειονεκτικό υπόβαθρο και αυτό να οδηγεί σε διαφορές στο σεβασμό και στην ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν αυτοί οι ασθενείς.

Διαφορές μπορεί ακόμη να παρατηρηθούν και στην έκβαση της θεραπείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων – για παράδειγμα, όταν η ανάκαμψη μετά από χειρουργική επέμβαση είναι πιο αργή στους φτωχότερους ασθενείς ή όταν η φαρμακευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων είναι λιγότερο αποτελεσματική για τους ασθενείς που διαβιούν σε ακατάλληλες συνθήκες στέγασης. Τέτοιες διαφορές μπορεί να προκύψουν ακόμη και όταν η θεραπεία παρασχέθηκε κατά τρόπο ισότιμο, ως αποτέλεσμα των δυσμενέστερων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών κάτω από τις οποίες διαβιούν αυτοί οι ασθενείς. Οι διαφορές στην έκβαση της θεραπείας είναι αποτέλεσμα των ανισοσκελιών στους ευρύτερους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, για τους οποίους οι υπηρεσίες υγείας έχουν μικρό έως και καθόλου έλεγχο. Για το λόγο αυτό, η ισότητα στην έκβαση της θεραπείας δεν είναι πάντοτε ένας εφικτός αγώνας για τις υπηρεσίες υγείας.

Τι είναι δικαιοσύνη στην παροχή φροντίδας υγείας;

Λαμβάνοντας υπόψη τις ενδεχόμενες ανισότητες στην πρόσβαση, τότε το αντίστροφο – η ισότητα στη φροντίδα υγείας – μπορεί να θεωρηθεί ως πολυδιάστατη έννοια, η οποία ενσωματώνει την ιδεολογία της δίκαιης διαρρύθμισης η οποία επιτρέπει σε όλους όσους έχουν τις ίδιες ανάγκες μια ισότιμη γεωγραφική, οικονομική και πολιτισμική πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες.

Η ιδέα της ρύθμισης με βάση τις διαφορετικές ανάγκες για φροντίδα υγείας που υπάρχουν στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές ομάδες είναι κρίσιμης σημασίας στον ορισμό της ισότητας στη φροντίδα υγείας. Αυτό αποτυπώνεται καλύτερα στα επίπεδα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από διαφορετικές κοινωνικοοικονομικές ομάδες, αφού η χρήση των υπηρεσιών αποτελεί ένα έμμεσο δείκτη των ευρύτερων προβλημάτων πρόσβασης. Ακόμη και αν το επίπεδο χρήσης των υπηρεσιών ήταν παρόμοιο σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, αυτό δεν θα σήμαινε κατ' ανάγκη και δίκαιη παροχή υπηρεσιών. Αντιθέτως, αυτό υποδεικνύει μια ενδεχομένως ανισοσκελή κατάσταση. Δεδομένου και του φαινομένου της κοινωνικής διαβάθμισης στους δείκτες υγείας, οι πραγματικές υποκείμενες ανάγκες φροντίδας τείνουν να είναι μεγαλύτερες στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά πληθυσμιακά στρώματα, και συνεπώς, θα αναμενόταν υψηλότερα επίπεδα στη χρήση υπηρεσιών από αυτές τις

ομάδες για να καλυφθούν οι ανάγκες τους σε σχέση με τις πιο προνομιακές ομάδες του πληθυσμού.

Σε αυτή την περίπτωση, ένας ρεαλιστικός στόχος για την επιτυχή ισότητα στην υγεία θα περιλάμβανε τον αγώνα για *ίση χρήση υπηρεσιών υγείας για όμοιες ανάγκες* (equal use for equal need). Επομένως, οι ανάγκες φροντίδας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση της προόδου σε σχέση με αυτό το στόχο. Υπάρχει βέβαια το ενδεχόμενο, ακόμα και εάν ένα τμήμα του πληθυσμού έχει ανεμπόδιστη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, να ασκήσει το δικαίωμα να επιλέξει να μην τις χρησιμοποιήσει, με αποτέλεσμα τα ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών να είναι μειωμένα σε σχέση με αυτό που θα αναμέναμε ότι θα απαιτούσαν οι ανάγκες σε αυτή την ομάδα του πληθυσμού (Whitehead, 1990). Τα προγράμματα προσυμπτωματικού-προληπτικού ελέγχου εθνικής εμβέλειας είναι ένα ενδεικτικό παράδειγμα, όπου κάποιος μπορεί να είναι απρόθυμος να χρησιμοποιήσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Σε αυτή την περίπτωση, δεν θα ήταν θεμιτό να ασκείται πίεση στους ανθρώπους να χρησιμοποιήσουν αυτές τις υπηρεσίες παρά τη βούληση τους. Εάν όμως περαιτέρω διερεύνηση αποκαλύψει ότι ο λόγος της μη χρήσης των υπηρεσιών είναι οι αδυναμίες στη γεωγραφική πρόσβαση ή κοινωνικά και οικονομικά εμπόδια, με αποτέλεσμα ακόμη και εάν αυτά τα άτομα επιθυμούσαν να αξιοποιήσουν τις υπηρεσίες δεν θα μπορούσαν, τότε αυτό θα θεωρείτο απαράδεκτο και άδικο.

Διαφορετικοί στόχοι της ισότητας στην υγεία και της ισότητας στη φροντίδα υγείας.

Σε πρακτικό επίπεδο, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι οι στόχοι για *ισότητα στην υγεία* και *ισότητα στη φροντίδα υγείας* είναι πολύ διαφορετικοί. Σε σχέση με την ισότητα στην υγεία, ο απώτερος στόχος θα ήταν η κατάργηση όλων των συστηματικών διαφορών στην κατάσταση υγείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικο-οικονομικών ομάδων, όπως αναλύεται στην ενότητα με θέμα: «Τι αποτελεί λοιπόν ισότητα στην υγεία;». Από την άλλη, ο απώτερος στόχος της *ισότητας στη φροντίδα υγείας* θα ήταν η καλύτερη αντιστοίχιση της παροχής υπηρεσιών με τα επίπεδα ανάγκης, κάτι που θα μπορούσε κάλλιστα να οδηγήσει σε μεγάλες διαφορές αναφορικά με την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων, με στόχο να ευνοηθούν οι περισσότερο μειονεκτικές πληθυσμιακές ομάδες που έχουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες.

ΜΕΡΟΣ Β – Δέκα αρχές για ανάληψη πολιτικής δράσης.

Οι έννοιες της ισότητας της υγείας συνεπάγονται μια σειρά από ρεαλιστικές αρχές δράσης στο πλαίσιο της προσπάθειας μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας. Αυτές αναφέρονται πιο κάτω ως οι 10 αρχές για γενική καθοδήγηση. Το ευρύτερο πλαίσιο σε σχέση με την ανάλυση των αιτιών των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, και η παρουσίαση συγκεκριμένων επισημάνσεων, ως προς τις διάφορες πολιτικές υγείας και στρατηγικές για την μείωση των ανισοτήτων, περιέχεται στο συνοδευτικό έγγραφο (Dohlgren & Whitehead, 2007).

1. Οι πολιτικές υγείας πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση των επιπέδων υγείας (εξίσωση προς τα άνω – level up) και όχι στην εξίσωση προς τα κάτω.

Ασφαλώς κανείς δεν θα αποδεχόταν ως επιλογή την υποβάθμιση του επιπέδου υγείας των υγιέστερων ατόμων στο επίπεδο των λιγότερο υγιών στην προσπάθεια να γεφυρωθεί το χάσμα στην υγεία. Για παράδειγμα, εάν δεν υπήρχε καμία βελτίωση στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας για τη μερίδα των φτωχότερων οικογενειών στην κοινωνία, οποιαδήποτε επιδείνωση στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας για τις εύπορες οικογένειες, δε θα μπορούσε να θεωρηθεί ως επιτυχία, αλλά ως τραγωδία – ακόμη και αν αυτό θα οδηγούσε σε εξομάλυνση των διαφορών μεταξύ των δύο αυτών ομάδων. Ωστόσο, όσοι αντιπαλεύονται τις πολιτικές για την ισότητα, αρέσκονται να προειδοποιούν για τον κίνδυνο αυτόν.

Ως εκ τούτου, για να καταστεί απόλυτα σαφές, η βασική αρχή που διέπει το παρόν κείμενο τονίζει emphaticά ότι ο μόνος τρόπος για να γεφυρωθεί το χάσμα υγείας με ένα δίκαιο τρόπο είναι να ανυψωθεί το επίπεδο υγείας των ομάδων του πληθυσμού που είναι σε δυσμενέστερη κατάσταση σε σχέση με τις ομάδες οι οποίες βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση. Η εξίσωση των επιπέδων προς τα κάτω δεν αποτελεί επιλογή.

2. Οι τρεις βασικές προσεγγίσεις στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι αλληλοεξαρτώμενες και πρέπει να οικοδομηθούν η μία πάνω στην άλλη.

Τα σχετικά πλεονεκτήματα των διαφόρων τρόπων αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία έχουν αποτελέσει πρόσφατα αντικείμενο συζήτησης (Mackenbach et al., 2002 ; Graham, 2004a). Ουσιαστικά, οι τρεις κύριες προσεγγίσεις

που εφαρμόζονται για τη μέτρηση και αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι: 1) Η επικέντρωση μόνο στις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες, 2) η γεφύρωση του χάσματος υγείας και 3) η μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στο σύνολο του πληθυσμού.

i. Επικέντρωση μόνο στις φτωχότερες πληθυσμιακές ομάδες.

Αυτή είναι η αποκαλούμενη στοχευόμενη προσέγγιση, η οποία αξιολογεί την πρόοδο μόνο από πλευράς της βελτίωσης της κατάστασης του επιπέδου υγείας στην ομάδα-στόχο και μόνο, χωρίς καμία αναφορά στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ως σύνολο ή την ανάλογη βελτίωση στις πιο προνομιακές ομάδες του πληθυσμού. Από αυτή την άποψη, οποιαδήποτε βελτίωση της κατάστασης της υγείας των μειονεκτικών ομάδων μπορεί να θεωρηθεί επιτυχία, ακόμα και αν το χάσμα της υγείας μεταξύ πλούσιων και φτωχών συνεχίζει να αυξάνεται.

ii. Γεφύρωση του χάσματος υγείας.

Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί ως σημείο εκκίνησης την υγεία των μειονεκτικών ομάδων, αλλά πάντα σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ο κεντρικός στόχος δράσεων στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης είναι να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ των κοινωνικών ομάδων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση σε σχέση με αυτές που βρίσκονται σε πλεονεκτική θέση - δηλαδή η σμίκρυνση στη ανισοσκελία στην κατάσταση της υγείας μεταξύ των δύο πόλων της κοινωνικής κλίμακας.

iii. Μείωση των ανισοτήτων στο σύνολο του πληθυσμού.

Η προσέγγιση αυτή αναγνωρίζει ότι η νοσηρότητα και η πρόωγη θνησιμότητα τείνουν να αυξάνονται όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου και ότι το χάσμα στην κατάσταση υγείας δεν πρόκειται απλά για ζήτημα μεταξύ πλούσιων έναντι φτωχών. Ως εκ τούτου, η προσέγγιση αυτή λαμβάνει υπόψη τον πληθυσμό ως σύνολο, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών ομάδων μεσαίου εισοδήματος, και επιδιώκει να μειώσει τις διαφορές στη υγεία μεταξύ των ομάδων υψηλού, μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος – εξισώνοντας τις ευκαιρίες για βελτίωση της υγείας σε όλο το κοινωνικοοικονομικό φάσμα.

Ο ορισμός της ισότητας της υγείας, ο οποίος υιοθετήθηκε στο παρόν έγγραφο, παροτρύνει να δούμε αυτές τις τρεις προσεγγίσεις όχι μόνο ως συμπληρωματικές η μία της άλλης, αλλά και ως αλληλοεξαρτώμενες. Θα πρέπει να οικοδομηθούν η μία πάνω στην άλλη. Η λογική σειρά των πραγμάτων τότε θα ήταν ως πρώτο ουσιαστικό βήμα να βεβαιωθούμε ότι η υγεία των μειονεκτικών ομάδων βελτιώνεται. Αυτό όμως δεν πρέπει να αποτελεί μια απομονωμένη στοχευόμενη προσέγγιση. Αντιθέτως, συνιστούμε αυτό να γίνεται στο πλαίσιο μιας ευρύτερης προσέγγισης, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει συγκεκριμένες δράσεις που στοχεύουν στην βελτίωση της υγείας

των μειονεκτικών ομάδων με τέτοιους ρυθμούς ώστε παράλληλα να εξομαλύνει τις υφιστάμενες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Το δεύτερο βήμα, η γεφύρωση του χάσματος στην υγεία, έχει τον φιλόδοξο στόχο της βελτίωσης της υγείας αυτών που ζουν στην φτώχεια με ταχύτερο ρυθμό από ότι σε σχέση με τους πιο προνομιούχους. Το τρίτο βήμα είναι η εξομάλυνση των ανισοτήτων υγείας μεταξύ όλων των κοινωνικών ομάδων και όχι μόνο μεταξύ των άκρων της κοινωνικής κλίμακας. Η τρίτη προσέγγιση δεν μπορεί να απομονωθεί από τις άλλες δυο, καθώς η σμίκρυνση των διαφορών μπορεί τεχνικά να επιτευχθεί ακόμα και μόνο με την μείωση του χάσματος στην υγεία μεταξύ των μεσαίων και ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, ενώ παράλληλα να παραμελείται η υγεία των ανθρώπων που ζουν στην φτώχεια, αφήνοντας τους έτσι σε ακόμα πιο μειονεκτική θέση. Η μόνη έγκυρη ένδειξη μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων στο σύνολο του πληθυσμού είναι όταν τα επίπεδα υγείας των πιο μειονεκτικών ομάδων βελτιώνονται ταχύτερα από ότι η υγεία των ομάδων μεσαίου και υψηλού εισοδήματος – όπως αποτυπώνεται και στην Αρχή 1 πιο πάνω.

3. Οι πληθυσμιακές πολιτικές υγείας πρέπει να έχουν διπλό στόχο - την βελτίωση της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού και παράλληλα την μείωση των ανισοτήτων υγείας.

Για κάποιους, αυτοί οι δύο στόχοι θεωρούνται αντιφατικοί, αφού πιστεύουν ότι ουσιαστικά πρόκειται για ένα συμβιβασμό – είτε βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ως σύνολο είτε ταχύτερη βελτίωση της υγείας αυτών που βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση – δηλαδή, το συνολικό όφελος στην υγεία του πληθυσμού έρχεται σε αντίφαση με τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Ένας τέτοιος συμβιβασμός είναι λανθασμένος. Ο αντικειμενικός στόχος της μείωσης των ανισοτήτων υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής για ανάπτυξη στην υγεία, και όχι μια εναλλακτική επιλογή. Σε πρακτικό επίπεδο, δεν υπάρχει εθνική στρατηγική πουθενά στην Ευρώπη ή αλλού που να έχει εγκαταλείψει τις προσπάθειες για βελτίωση της υγείας του πληθυσμού στο σύνολό του με σκοπό να επικεντρωθεί αποκλειστικά και μόνο στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία. Επίσης, αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ότι οι εθνικοί στόχοι για την υγεία του πληθυσμού ως σύνολο έχουν πολύ μικρή πιθανότητα επιτυχίας, εάν δεν δοθεί η πρέπουσα σημασία στην υγεία των λιγότερων ευνοημένων ατόμων στην κοινωνία. Κατά κανόνα αυτοί οι δύο στόχοι πάνε χέρι-χέρι.

4. Οι δράσεις πρέπει να καταπιάνονται με την αντιμετώπιση των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων των ανισοτήτων στην υγεία.

Η αρχή αυτή δεν αναφέρεται μόνο στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας (δηλαδή, τις κοινωνικές συνθήκες που επηρεάζουν άμεσα την υγεία των ανθρώπων), αλλά συμπεριλαμβάνει επίσης όλους αυτούς τους καθοριστικούς παράγοντες πίσω από τις συστηματικές διαφορές ως προς τις ευκαιρίες, το βιοτικό επίπεδο και τον τρόπο ζωής που συνεπάγονται της κοινωνικής θέσης του ατόμου (Graham, 2004b). Οι συνθήκες εργασίας αποτελούν ένα καλό ενδεικτικό παράδειγμα. Στη μετά-βιομηχανική Ευρώπη, η έκθεση σε δυσμενείς συνθήκες εργασίας έπαψε πια να είναι ο κύριος προσδιοριστικός παράγοντας της νοσηρότητας στον πληθυσμό. Ωστόσο, μελέτη από τη Σουηδία έδειξε ότι οι διαφορές στην έκθεση σε αντίξοες συνθήκες εργασίας σε όλο το εύρος του κοινωνικού φάσματος εξηγούν ένα σημαντικότατο ποσοστό των παρατηρούμενων ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών ομάδων στη χώρα αυτή (Lundberg, 1991). Η αντιμετώπιση τέτοιων κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων απαιτεί πρώτα μια βαθύτερη κατανόηση των διεργασιών που δημιουργούν και συντηρούν τις κοινωνικές ανισότητες, και κατόπιν την κατάλληλη παρέμβαση στις διεργασίες αυτές στα στάδια όπου αυτή θα ήταν πιο αποτελεσματική (βλ. συνοδευτικό έγγραφο: Dahlgren & Whitehead, 2007).

5. Οι προθέσεις και μόνο των πολιτικών υγείας δεν είναι αρκετές - οι δράσεις πρέπει να βρίσκονται υπό συνεχή επιτήρηση αφού υπάρχει το ενδεχόμενο κάποιες να προκαλέσουν ζημιά

Με βάση την αρχή αυτή απαιτείται η αξιολόγηση των διαφορικών επιπτώσεων που ενδεχομένως να έχει κάποια δράση σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, και όχι μόνο η αποτύπωση απλά μιας συνολικής εικόνας. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί το γεγονός ότι κάποιες από τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στα συστήματα υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών είχαν αρνητικές επιπτώσεις, αφού συντέλεσαν στην εμφάνιση της *ιατρικής παγίδας που οδηγεί στη φτώχεια* (Whitehead, Dahlgren & Evans, 2001), όπου όλο και περισσότεροι άνθρωποι εξωθούνται στη φτώχεια όταν έχουν ανάγκη για φροντίδα υγείας ως αποτέλεσμα των αυξανόμενων οικονομικών απαιτήσεων. Σε αυτή την περίπτωση το σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, το οποίο ουσιαστικά προορίζεται να λειτουργεί ως στήριγμα για τον ασθενή, μετατρέπεται με αυτό τον τρόπο σε ένα σύστημα το οποίο παράγει φτώχεια. Το φαινόμενο της ιατρικής παγίδας αναπτύχθηκε με τέτοιο ρυθμό που μόνο με επαγρύπνηση θα μπορούσε να προληφθεί έγκαιρα. Παρομοίως, συχνά κάποιες παρεμβάσεις ενώ σχεδιάζονται με στόχο να βοηθήσουν τους ανθρώπους που ζουν στη φτώχεια, εφαρμόζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να στιγματίζονται τα ίδια τα άτομα

τα οποία το πρόγραμμα προορίζεται να βοηθήσει, με αποτέλεσμα να οδηγούνται τα ίδια τα άτομα να αποφεύγουν την βοήθεια που τους προσφέρεται.

Η αρχή της εφαρμογής συστήματος αξιολόγησης και εκτίμησης των δυνητικών επιπτώσεων που ενδεχομένως να έχουν οι διάφορες πολιτικές ως προς τις ανισότητες υγείας θα πρέπει να εφαρμόζεται, τόσο για τις πολιτικές εντός όσο και εκτός του φάσματος των συστημάτων υγείας. Πράγματι, ο μεγαλύτερος κίνδυνος μπορεί να βρίσκεται στις γενικότερες μακροοικονομικές πολιτικές, οι οποίες συχνά κρύβουν αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του πληθυσμού, ακριβώς επειδή δεν αντιμετωπίζονται ως να σχετίζονται με την υγεία (βλ. συνοδευτικό έγγραφο: Dahlgren & Whitehead, 2007).

6. Η επιλογή κατάλληλων εργαλείων για τη μέτρηση της έκτασης των ανισοτήτων και αξιολόγησης της προόδου προς τους τεθέντες στόχους.

Όσο και αν αυτό ακούγεται προφανές, προκύπτει άμεσα από τις αρχές 1 έως 5 αφού οι διάφορες παρεμβάσεις που αποσκοπούν στη μείωση των ανισοτήτων μπορεί να επικεντρώνονται σε ένα μόνο από πολλούς διακριτούς στόχους, και επομένως, στην κάθε περίπτωση απαιτούνται διαφορετικοί δείκτες αξιολόγησης. Για παράδειγμα, δείκτες οι οποίοι έχουν ως στόχο την εκτίμηση των αλλαγών στα επίπεδα υγείας των φτωχότερων πληθυσμιακών ομάδων δεν είναι κατάλληλοι να παρέχουν καμία πληροφορία για την κατάσταση των φτωχότερων ομάδων σε σχέση με τις πιο προνομιούχες ομάδες του πληθυσμού. Για κάτι τέτοιο απαιτείται η αποτίμηση της προόδου τόσο στα κατώτερα όσο και στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα για να επιτρέψει πλέον μια σχετική σύγκριση αυτών των δυο εκτιμήσεων. Αντίστοιχα, εάν σκοπός ήταν να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος στο σύνολο της κοινωνίας, η σύγκριση μεταξύ των δύο μόνον άκρων της κοινωνικής κλίμακας δεν προσφέρεται για κάτι τέτοιο. Για το σκοπό αυτό, ίσως απαιτούνται οι λεγόμενοι δείκτες ελλείμματος (shortfall) - δηλαδή ο υπολογισμός της αθροιστική διαφοράς μεταξύ της πλέον προνομιακής ομάδας διαδοχικά σε σχέση με την κάθε επόμενη κοινωνική ομάδα και για κάθε συγκεκριμένο παράγοντα που αξιολογείται.

Είναι σημαντικό να αξιολογείται τόσο η *σχετική* (relative) όσο και η *απόλυτη* (absolute) αλλαγή στις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, αφού οι δύο αυτές κατηγορίες δεικτών παρέχουν διαφορετικές πληροφορίες σε σχέση με το μέγεθος και την κατεύθυνση της αλλαγής. Παράδειγμα σχετικού δείκτη είναι ο λόγος του ποσοστού θνησιμότητας των πιο μειονεκτικών ομάδων ως προς το ποσοστό θνησιμότητας των πιο προνομιακών ομάδων. Παράδειγμα απόλυτου δείκτη, σε αυτή την περίπτωση, θα ήταν η *διαφορά* των ποσοστών θνησιμότητας μεταξύ των πιο μειονεκτικών και των πιο προνομιούχων ομάδων. Ο Πίνακας 1, στο Παράρτημα, παραθέτει ένα αριθμητικό

παράδειγμα, χρησιμοποιώντας στοιχεία από τη Μεγάλη Βρετανία για τη χρονική εξέλιξη της θνησιμότητας από νόσους του κυκλοφορικού συστήματος σε περιοχές με υψηλό δείκτη κοινωνικοοικονομικής στέρησης σε σχέση τα εθνικά επίπεδα. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, βάσει του απόλυτου δείκτη οι ανισότητες στην θνησιμότητα παρουσιάζουν μείωση, ενώ με βάση τον σχετικό δείκτη παρουσιάζουν αύξηση.

7. Καταβολή συντονισμένων προσπαθειών για να ακουστεί η φωνή όσων δεν έχουν φωνή.

Με βάση την αρχή αυτή πρέπει να αναζητούνται οι απόψεις των περιθωριοποιημένων ομάδων και να επιδιώκεται η αύξηση της ουσιαστικής συμμετοχής τους (και όχι απλά να γίνονται διαβουλεύσεις με εθιμοτυπικό και μόνο χαρακτήρα). Οι πληθυσμιακές ομάδες των οποίων η φωνή εκφράζεται με ευφράδεια και όσες έχουν πιο ισχυρή αντιπροσώπευση, έχουν και περισσότερη επιρροή από ότι όλοι οι υπόλοιποι σε δυσμενέστερη θέση. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, οι ιθύνοντες, τεχνοκράτες και επαγγελματίες υγείας πρέπει να καταβάλουν καθοριστικές προσπάθειες να θέσουν σε λειτουργία κατάλληλα συστήματα διοίκησης και παροχής πληροφοριών, έτσι ώστε να καταστεί ευκολότερη η συμμετοχή των κοινών πολιτών στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την υγεία τους.

8. Στο μέτρο του εφικτού, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία πρέπει να περιγράφονται και να αναλύονται ξεχωριστά για τους άνδρες και τις γυναίκες.

Η περιγραφή και ανάλυση των στοιχείων ξεχωριστά για τα δυο φύλα είναι απαραίτητη διότι, τόσο το μέγεθος όσο και τα αίτια των παρατηρούμενων κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, είναι ενίοτε διαφορετικά ανάμεσα στα δύο φύλα. Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας όπου υπάρχουν αυτές οι διαφορές να αναγνωρίζονται και να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη στρατηγικών για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία.

Η σημασία της ανάλυσης των στοιχείων κατά φύλο και κοινωνικοοικονομική ομάδα διαφαίνεται ξεκάθαρα στο παράδειγμα του πρόσφατου Σουηδικού προγράμματος πρόληψης ατυχημάτων. Τα στοιχεία στο σύνολο του πληθυσμού φάνηκε να παρουσιάζουν σχετικά βελτιωμένη εικόνα όσον αφορά την πρόληψη των ατυχημάτων. Όταν όμως τα στοιχεία μελετήθηκαν με βάση το φύλο και την κοινωνική θέση ξεχωριστά παρατηρήθηκε πολύ διαφορετική εικόνα, τόσο ως προς τα ποσοστά όσο και ως προς τα είδη των ατυχημάτων μεταξύ κοριτσιών και αγοριών, γυναικών και ανδρών, ομάδων χαμηλού και υψηλού εισοδήματος. Ειδικότερα, η αναλυτική

διερεύνηση κατά φύλο και κοινωνική θέση αποκάλυψε ότι οι γυναίκες της εργατικής τάξης είχαν πολύ υψηλά επίπεδα ατυχημάτων τόσο στο σπίτι όσο στο χώρο εργασίας. Μόλις εντοπίστηκαν αυτές οι διαφορές κατέστη σαφές ότι υπήρχε ανάγκη προσαρμογής και διαφοροποίησης των στρατηγικών πρόληψης με βάση το φύλο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων (La Flamme, 1998). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και στην περίπτωση των πολιτικών που αφορούν την αντιμετώπιση του καπνίσματος (Giskes & Mackenbach, 2004).

Επιπρόσθετο λόγο για τον οποίο είναι σημαντικό η ανάλυση των συστηματικών διαφορών στην υγεία μεταξύ των φύλων να λαμβάνει υπόψη και την κοινωνική θέση αποτελεί και το γεγονός ότι οι αιτίες ενδέχεται να διαφέρουν στα διάφορα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού. Οι γυναίκες από τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, για παράδειγμα, μπορεί να υφίστανται διακρίσεις τόσο επειδή είναι γυναίκες όσο και λόγω της κοινωνικής τους θέσης. Οι ανισότητες υγείας οι οποίες οφείλονται σε αυτή την αποκαλούμενη «διπλή επιβάρυνση» (double burden) μπορεί να χρειάζονται διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, από αυτές που σχεδιάστηκαν για την αντιμετώπιση διαφορών μεταξύ των φύλων στην περίπτωση γυναικών από τα πιο εύπορα στρώματα του πληθυσμού. Η παρούσα τάση να μην συμπεριλαμβάνεται το φύλο στις αναλύσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, και αντίστροφα, δηλαδή να παραμελείται η κοινωνική θέση στη διερεύνηση διαφορών μεταξύ των φύλων, θα πρέπει να αντικατασταθεί από μια συνδυαστική προσέγγιση η οποία να λαμβάνει υπόψη τόσο την κοινωνική θέση όσο και το φύλο.

9. Συσχέτιση των διαφορών στην υγεία ανάμεσα σε εθνοτικές ομάδες ή σε σχέση με το γεωγραφικό χώρο με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο

Η διερεύνηση συστηματικών διαφορών στην υγεία σε σχέση με το εθνοτικό υπόβαθρο πρέπει, όπου είναι εφικτό, να γίνεται σε συνδυασμό με το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, καθώς ούτε το μέγεθος ούτε οι αιτίες των διαφορών αυτών είναι οι ίδιες σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. Ομοίως, η εθνοτική καταγωγή πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, ειδικότερα σε χώρες που επικρατούν πιο έντονα οι εθνοτικές διακρίσεις.

Επίσης, αναφορικά με τις γεωγραφικές ανισότητες στην υγεία πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές μεταξύ γεωγραφικών περιοχών ως προς την κοινωνική δομή. Όταν κοινωνικοοικονομικοί στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα σε ατομικό επίπεδο, όπως το επάγγελμα ή το εισόδημα, οι προτυποποιημένοι κατά ηλικία δείκτες υγείας ανά γεωγραφική περιφέρεια μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως υποκατάστατο για την αξιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, νοουμένου ότι οι διάφορες γεωγραφικές μονάδες είναι σχετικά ομοιογενείς ως προς το κοινωνικοοικονομικό προφίλ των κατοίκων.

10. Τα συστήματα υγείας πρέπει να βασίζονται στις αρχές της δικαιοσύνης.

Οι αρχές της δικαιοσύνης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα.

- ✓ Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν πρέπει να καθοδηγούνται από το κέρδος και οι ασθενείς δεν πρέπει να τυγχάνουν εκμετάλλευσης με σκοπό το κέρδος.
- ✓ Οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται σύμφωνα με τις ανάγκες και όχι σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής. Αυτό απαιτεί ένα μοντέλο χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, το οποίο να διασφαλίζει ανά πάσα στιγμή την επιδότηση των ομάδων υψηλού κινδύνου σε σχέση με τις ομάδες χαμηλότερου κινδύνου.
- ✓ Πρέπει να προσφέρεται υψηλό επίπεδο φροντίδας σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την κοινωνική θέση, τη φυλή, το φύλο ή την ηλικία.
- ✓ Οι θεμελιώδεις αξίες και οι στόχοι κατά των ανισοτήτων υγείας του συστήματος υγείας θα πρέπει να προσδιορίζονται ρητά και τα συστήματα επιτήρησης της προόδου προς τους τεθέντες στόχους να εφαρμόζονται με αποτελεσματικό τρόπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αναφέρονται στις συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Αυτές οι ανισότητες είναι κοινωνικό προϊόν (και ως εκ τούτου τροποποιήσιμες) και αθέμιτες. Ουσιαστικά, όλες οι συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων στις Ευρωπαϊκές χώρες μπορούν να θεωρηθούν ως άδικες και αποφεύξιμες - και ως εκ τούτου μπορούν να θεωρηθούν ως ανισότητες. Αυτό το συμπέρασμα βασίζεται στις παγκόσμια αποδεκτές Αρχές των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Στην Ευρώπη του σήμερα, τα στοιχεία δείχνουν την παρουσία εκτεταμένων (και συνεχώς διευρυνόμενων) κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, τουλάχιστον σε σχετικούς όρους. Η ανάγκη ανάληψης δράσης για μείωση αυτών των ανισοτήτων και των βαθύτερων αιτιών τους, γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική και αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Αυτό απαιτεί ένα νέο τρόπο σκέψης σε σχέση με την ορθή κατεύθυνση των πολιτικών υγείας και καλεί σε επαγρύπνηση σε σχέση με την επιτήρηση της κατάστασης, εάν θέλουμε να διασφαλίσουμε ότι κανένα τμήμα του πληθυσμού δεν θα αποκλειστεί ή δεν θα επωφεληθεί ανάλογα.

Ολοένα και αυξάνονται σε αριθμό οι χώρες στην Ευρώπη που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την πρόκληση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και

επεξεργάζονται ποια πρακτικά μέτρα είναι απαραίτητο να ληφθούν για τη βελτίωση την κατάσταση. Ο στόχος της παρούσας εργασίας είναι να συμβάλει στην προώθηση μιας κοινής αντίληψης των εννοιών και αρχών, επί των οποίων οι δράσεις για αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία πρέπει να βασίζονται.

Οι στρατηγικές για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία παρουσιάζονται στο συνοδευτικό έντυπο με τίτλο «Ευρωπαϊκές στρατηγικές για αντιμετώπιση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία: Εξίσωση προς τα άνω. Μέρος 2» από τους Dahlgren και Whitehead (2007).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Acheson D et al. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health report*. London, The Stationery Office.

Benach J, Yasui Y (1999). Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:423–431.

Blane D, Davey Smith G, Bartley M (1993). Social selection: what does it contribute to social class differences in health? *Sociology of Health and Illness*, 15:1–15.

British Department of Health (2005). *Tackling health inequalities: status report on the programme for action*. London, Department of Health (<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/11/76/98/04117698.pdf>, accessed 15 May 2006).

Burström B (2004). Social differentials in the decline of infant mortality in Sweden in the twentieth century: the impact of policies and policy. In: Navarro V, ed. *The political and social contexts of health*. New York, Baywood Publishing Company Inc.

Costa G, Spadea T, Dirindin N (2002). Italy. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 229–239.

Dahlgren G (1994). Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare? [Health care markets of the future – winners and losers?]. Stockholm, Bokförlaget Natur och Kultur (in Swedish).

Dahlgren G, Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414 (2); [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf), accessed 15 May 2006).

Dahlgren G, Whitehead M (2007). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3).

Daniels N, Kennedy B, Kawachi M (2000). Justice is good for our health. In: Cohen J, Rogers J, eds. *Is inequality bad for our health?* Boston, Beacon Press.

Evans T, Peters F (2001). Ethical dimensions of health equity. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Graham H (2004a). Tackling inequalities in health in England: remedying health disadvantages, narrowing health gaps or reducing health gradients? *Journal of Social Policy*, 33(1):115–131.

Graham H (2004b). Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82:101–124.

Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696): 405–412.

Jougla E et al. (2000). Chapitre de: Les inégalités sociales de santé.[Social inequalities in health] In: de Leclerc A et al., eds. *La découverte*. Paris, Inserm (http://www.inserm.fr/fr/questionsdesante/dossiers/sante_environment/att00000579/12septembre2000.pdf, accessed 15 May 2006) (in French).

Källin W, Müller L, Wyttenbach J (2004). *The face of human rights*. Baden, Switzerland, Lars Müller Publishers.

Kunst A, Giskes K, Mackenbach J on behalf of the EU Network on Interventions to Reduce Socio-economic Inequalities in Health (2004). *Socio-economic inequalities in smoking in the European Union. Applying an equity lens to tobacco control policies*. Rotterdam, Department of Public Health, Erasmus Medical Centre.

Laflamme L (1998). *Social inequality in injury risks: knowledge accumulated and plans for the future*. Stockholm, Karolinska Institute and National Institute of Public Health (Report 1998: 33).

Lee Jong-wook (2004). *Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, Tuesday, 18 May 2004*. Geneva, World Health Organization (document number: A57/3).

Leinsalu M, Vagero D, Kunst A (2003). Estonia 1989–2000: enormous increase in mortality differences by education. *International Journal of Epidemiology*, 32(6):1081–1087.

Louckx F (2002). Patient cost sharing and access to care. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge: 188–198.

Lundberg O (1991). Causal explanations for class inequality in health – an empirical analysis. *Social Science & Medicine*, 32(4):385–393.

Mackenbach J (1994). Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ*, 309(6967):1487–1491.

Mackenbach JP et al. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach J, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge: 25–50.

Marinacci C et al. (2004). The role of individual and contextual socioeconomic circumstances on mortality: analysis of time variations in a city of north west Italy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3):199–207.

Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

Mesrine A (1999). Les differences de mortalité par milieu social restent fortes [Differences in mortality according to social class are still important]. *Données Sociales*, 228–235.

Sen A (2000). *Development as freedom*. New York, Random House, Inc.

Shkolnikov VM, Field MG, Andreev EM (2001). Russia: dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 138–155.

Valkonen T, Sihvonen A-P, Lahelma E (1994). Disability-free life expectancy by education in Finland. In: Mathers CD, McCallum J, Robine J-M, eds. *Advances in health expectancies. Proceedings of the 7th meeting of the International Network on Health Expectancy (REVES), Canberra, February 1994*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare: 160–168.

Van de Water HPA, Boshuizen HC, Perenboom RJM (1996). Health expectancy in the Netherlands 1983–1990. *European Journal of Public Health*, 6:21–28.

Whitehead M (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document number: EUR/ICP/RPD 414; http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf, accessed 16 May 2006).

Whitehead M, Dahlgren G, Evans T (2001). Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 358(9284):833–836.

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L (2001). Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press: 308–324.

WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. London, World Health Organization (http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf, accessed 16 May 2006).

WHO (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Geneva, World Health Organization (Health for all series, No. 1; <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>, accessed 16 May 2006).

WHO Regional Office for Europe (2005). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European health for all series, No. 7; <http://www.euro.who.int/document/e87861.pdf>, accessed 16 May 2006).

Ziglio E et al., eds (2003). *Health systems confront poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies Series, No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e80225.pdf>, accessed 16 May 2006).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράδειγμα της διαφοράς μεταξύ σχετικών και απόλυτων δεικτών των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Πίνακας1: Απόλυτη και σχετική μεταβολή στους προτυποποιημένους κατά ηλικία δείκτες θνησιμότητας (ανά 100 000 κατοίκους) από παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος μεταξύ των περιόδων 1995-1997 και 2001-2003 σε άτομα κάτω των 75 ετών στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές της Μεγάλης Βρετανίας

Δείκτες θνησιμότητας και σύγκρισεις	1995-1997	2001-2003	Παρατηρούμενη μεταβολή σε σχέση με τις κοινωνικές ανισότητες
Δείκτης θνησιμότητας στο 20% των τοπικών περιφερειών με τον υψηλότερο δείκτη κοινωνικοοικονομικής στέρησης (αριθμός θανάτων ανά 100 000 κατοίκους)	173	129	-----
Δείκτης θνησιμότητας στην Αγγλία ως σύνολο (αριθμός θανάτων ανά 100 000 κατοίκους)	141	103	-----
Απόλυτη σύγκριση (διαφορά) μεταξύ των πιο υποβαθμισμένων περιοχών και της χώρας ως σύνολο (σε αριθμό θανάτων ανά 100 000 κατοίκους)	173-141=32	129-103=26	Μείωση
Σχετική σύγκριση (λόγος) μεταξύ των πιο υποβαθμισμένων περιοχών και της χώρας ως σύνολο	173/141=1,22	129/103=1,25	Αύξηση

Πηγή: Προσαρμογή από στοιχεία του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας. British Department of Health (2005): 32-33