

Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία

Η προστασία της υγείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει κάθε άτομο.¹ Επειδή όμως οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανομημένοι σε κάθε πληθυσμό.² Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν.

Απ' όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν:³

- α. Η κοινωνική θέση, δηλαδή η σχέση προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία.
- β. Οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, έτσι όπως αυτές κα-

θορίζονται από την κοινωνική θέση.

- γ. Οι κοινωνικές αξίες, που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την αρρώστια.

Η σύγχρονη προβληματική για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία θεμελιώθηκε με την έκθεση "Black Report" του Βρετανικού Υπουργείου Εργασίας, η οποία δημοσιεύτηκε το 1980.⁴ Σύμφωνα με την έκθεση, η θνησιμότητα του 1971 για τις ηλικίες 15–64 ετών ήταν διπλάσια στα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων απ' ό,τι στα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης.

Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες μελέτες. Έρευνα που χώρισε τους βρετανούς πολίτες σε τέσσερις κοινωνικές κατηγορίες, διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα το 1991 ήταν τουλάχιστον τριπλάσια στη χαμηλότερη κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη, ενώ την ίδια χρονιά, στη βόρεια Αγγλία διαπιστώθηκε ότι το πιο φτωχό 10% του πληθυσμού εμφάνιζε τετραπλάσια θνησιμότητα από το πιο πλούσιο 10%.⁵

Ανάλογες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία διαπιστώθηκαν και σε άλλες χώρες. Παρόλα αυτά, χώρες

με μεγάλη κοινωνική συνοχή και ισχυρή κοινωνική πολιτική παρουσιάζουν πολύ μικρότερες διαφορές. Συγκρίνοντας τη βρεφική θνησιμότητα σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, είναι εμφανείς οι μειωμένες κοινωνικές ανισότητες στη Σουηδία σε σύγκριση με την Αγγλία και Ουαλία.⁶ Στη Νορβηγία, πιο έντονες κοινωνικές διαφοροποιήσεις εμφανίζονται στους δείκτες θνησιμότητας από ατυχήματα, στη Δανία από ατυχήματα και νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, στη Φινλανδία από ατυχήματα, νοσήματα του αναπνευστικού, κακοήθη νεοπλασμάτα και καρδιοπάθειες, στη Μεγάλη Βρετανία από κακοήθη νεοπλασμάτα και νοσήματα του αναπνευστικού.⁷

Πάντως, σε κάθε περίπτωση, οι αιτίες θανάτου που παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα σε κάθε χώρα, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα στη Μ. Βρετανία, η βία στις ΗΠΑ και τα κακοήθη νεοπλασμάτα στη Γαλλία, εμφανίζουν και τις μεγαλύτερες κοινωνικές διαφοροποιήσεις. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι πιο εκτεθειμένα στις ιδιαίτερες παθογόνες επιδράσεις που ασκεί το κοινωνικό περιβάλλον κάθε χώρας.⁷⁻⁹

Στις πρώην κομμουνιστικές χώρες Τσεχία και Εσθονία, οι κοινωνικές ανισότητες ήταν μεγαλύτερες απ' ό,τι στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες, ενώ ειδικά στην Ουγγαρία ο κίνδυνος πρόωρου θανάτου στους χειρώνακτες ήταν κατά 165% μεγαλύτερος απ' ό,τι στους μη χειρώνακτες. Στις ΗΠΑ, οι διαφορές είναι ανάλογες με αυτές της δυτικής Ευρώπης, ενώ περιθωριακά στρώματα, όπως οι μαύροι στο Χάρλεμ της Νέας Υόρκης, έχουν μεγαλύτερη θνησιμότητα απ' ό,τι οι αγρότες στο Μπανγκλαντές.

Οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις επιδρούν και στην περιγεννητική και βρεφική θνησιμότητα. Στην Ισπανία διαπιστώθηκε ότι η περιγεννητική και βρεφική θνησιμότητα στις χρονικές περιόδους 1975-1978 και 1983-1986 μειωνόταν όσο αυξανόταν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.¹⁰ Παρατηρήθηκε, όμως, ότι η σχέση αυτή ήταν λιγότερο ισχυρή στη χρονική περίοδο 1983-1986 απ' ό,τι την περίοδο 1975-1978. Στη Βραζιλία, τέλος, που είναι η χώρα με τις μεγαλύτερες κοινωνικές ανισότητες, η βρεφική θνησιμότητα παρουσίαζε διαφορές ανάμεσα σε περιοχές της ίδιας πόλης, που κυμαίνονταν από 12-99 θανάτους βρεφών ανά 1.000 γεννήσεις ζώντων.¹⁰

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καταγράφονται και στους δείκτες νοσηρότητας. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι πιο

έντονες σε ό,τι αφορά τη νοσηρότητα απ' ό,τι τη θνησιμότητα.¹¹ Σε περιοχές όπου οι βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα λοιμώδη νοσήματα, ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία είναι εμφανής. Οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και, κατά κανόνα, από ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν σαφή επίδραση στη διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων.¹

Με την αλλαγή, όμως, του νοσολογικού φάσματος και την αύξηση της συχνότητας των χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων, η ανάλυση του φαινομένου γίνεται πιο σύνθετη. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της σύγχρονης νοσηρότητας, και ιδίως των καρδιαγγειακών νοσημάτων και των καρκίνων, απαιτεί πιο προσεκτικές προσεγγίσεις και ερμηνείες.¹

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα σε 16 ευρωπαϊκές χώρες, τα άτομα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερη θνησιμότητα, αλλά και χειρότερο επίπεδο υγείας απ' ό,τι τα άτομα από τα ανώτερα στρώματα. Στη δυτική Ευρώπη, ο κίνδυνος νόσησης είναι 1,5-2,5 φορές μεγαλύτερος στο χαμηλότερο (από κοινωνικοοικονομική άποψη) ήμισυ του πληθυσμού σε σύγκριση με το ανώτερο ήμισυ. Το ίδιο συμβαίνει και στην Τσεχία, την Εσθονία και την Ουγγαρία. Οι διαφορές αυτές εμφανίζονται ακόμα και σε χώρες με ιδιαίτερα ισχυρή κοινωνική πολιτική, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες. Η Σουηδία παρουσιάζει σχετικά μεγάλες ανισότητες, όταν η κοινωνική ταξινόμηση γίνεται με βάση την εκπαίδευση ή το επάγγελμα, ενώ όταν η ταξινόμηση γίνεται με βάση το εισόδημα, οι ανισότητες είναι σχετικά μικρές. Το φαινόμενο αυτό είναι πολύ πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασκούμενες κοινωνικές πολιτικές μπορεί να επιδρούν σε μία μόνο διάσταση των κοινωνικών ανισοτήτων, αφήνοντας τις άλλες ανεπηρέαστες.

Οι κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία έχουν μελετηθεί και στη χώρα μας. Μειωμένη θνησιμότητα έχει καταγραφεί στις ανώτερες τάξεις και στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ αυξημένη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα.^{12,13} Στις περιοχές αυτές ήταν αυξημένη και η παιδική θνησιμότητα. Η Θράκη, η οποία παρουσίαζε το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο, είχε κατά το παρελθόν και τους υψηλότερους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας.¹⁴⁻¹⁶

Αναφορικά με την κατά αιτίες θνησιμότητα, η θνησιμότητα από λευχαιμία και από λέμφωμα στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 1958–1982 ήταν μεγαλύτερη στον αγροτικό πληθυσμό απ' ό,τι στον αστικό.¹⁷ Κοινωνικές διαφορές έχουν επίσης διαπιστωθεί ως προς ορισμένες συγγενείς διαμαρτίες, την υπερλιπιδαιμία, τον πρωτοπαθή καρκίνο του ήπατος και τον καρκίνο του παγκρέατος.¹

Τα αποτελέσματα άλλων μελετών δείχνουν ότι στις γυναίκες υπάρχει θετική συσχέτιση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και καρκίνου του πνεύμονα.¹

Τα αντισώματα για τον ιό της ηπατίτιδας Α βρέθηκαν αυξημένα σε παιδιά οικογενειών με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, ενώ το 86,6% των παιδιών από οικογένειες υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου είχαν «καλή» στοματική υγεία, σε σύγκριση με το 21,8% των παιδιών από οικογένειες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.¹

Σε ό,τι αφορά τη θνησιμότητα κατά επαγγελματική κατηγορία και γεωγραφική περιοχή, οι σχετικοί δείκτες αναδεικνύουν σημαντικές ανισότητες. Σε πρόσφατη μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, διαπιστώθηκε ότι ο αγροτικός πληθυσμός παρουσίαζε το 1992 δείκτη θνησιμότητας 740 ανά 100.000 άτομα, ενώ ο αστικός πληθυσμός 755 και ο ημιαστικός 720.

Σε ό,τι αφορά τους δείκτες θνησιμότητας κατά γεωγραφικό διαμέρισμα το 1996, η μεγαλύτερη θνησιμότητα διαπιστώθηκε στη Θράκη (970) και στη Μακεδονία (865) και ακολουθούσε η περιφέρεια πρωτεύουσας (800). Η διαχρονική εξέλιξη της θνησιμότητας σε κάθε γεωγραφικό διαμέρισμα, στο διάστημα 1990–1997, εμφανίζει πτωτικές τάσεις σε όλες σχεδόν τις περιφέρειες, με τις μικρότερες μειώσεις να σημειώνονται σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως είναι η Θράκη.

Συμπερασματικά, πρέπει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς συνεχίζει να αυξάνει.¹⁸ Η αντιστροφή αυτών των τάσεων αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής μας. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει

θέσει σε άμεση προτεραιότητα την επίτευξη ισονομίας και δικαιοσύνης στην υγεία.¹⁹

Γ. Τούντας

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

1. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Ιατρική* 1996, 69:270–276
2. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΦΡΙΣΗΡΑΣ Σ. Κοινωνία και υγεία. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1998, 15:593–599
3. SCHMAEDEL D. Soziale Normen im Bereich des Krankheits Verhaltens. In: Ritter-Roehr D (Hg) *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft*. Frankfurt a/M, 1975:29
4. TOWNSEND P, DAVINSON N, WHITEHEAD M. *Inequalities in Health (The Black Report)*. Penguin Books, London, 1982:18
5. MARMOT MG, SMITH GD, STANSFELD S, PATEL C, NORTH F, HEAD G ET AL. Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study. *Lancet* 1991, i:1378–1393
6. OSTBERG V. Social class differences in child mortality, Sweden 1981–1986. *J Epidemiol Commun Health* 1992, 46:480–484
7. LECLERC D. *Health Inequalities in European Countries*. Gower, Oxfordshire, 1989
8. ARAKI S, KATSUYUKI M. Social life factors, affecting the mortality of total Japanese population. *Soc Sci Med* 1986, 23:1163–1170
9. PALMER BL. Implications of the changing male mortality. In: *Changes in the Stochastic Planning Horizon and its Effect Upon the Elderly*. Doctoral dissertation, Massachusetts Institute of Tehnology, 1989
10. LARDELLI P, IGNACIO BLANCO J, DELGADO-RODRIGUEZ M, BUENO A, DE DIOS LUNA J, GALVEZ R. Influence of socioeconomic and health care development on infant and perinatal mortality in Spain, 1975–1986. *J Epidemiol Commun Health* 1993, 47:260–264
11. BLAXTER M. A comparison of measures of inequality. In: Fox J (ed) *Health Inequalities in European Countries*. Gower, Oxfordshire, 1989:199–230
12. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Κοινωνικές και οικονομικές παράμετροι της κατά αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1982
13. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΚΑΛΑΝΤΙΔΗ Α, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Σχέση κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων με την κατά αιτίες θνησιμότητα στην Ελλάδα. *Mat Med Gr* 1983, 11:192–196
14. PETRIDOU E, VALADIAN I, TRICHOPOULOS D, TZONOU A, KYRIOPOULOS Y, MATSANIOTIS N. Medical services and socioeconomic factors: Determinants of infant mortality in Greece. *Hygie* 1989, 8:20–23

15. ΤΣΙΜΠΟΣ Κ, ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΟΥ Α, ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. Περιφερειακές διαφοροποιήσεις της θνησιμότητας του ελληνικού πληθυσμού κατά αιτία θανάτου: 1974–1978. *Ιατρική* 1990, 58:68–74
 16. ΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Πολυκεντρικό Μοντέλο Περιφερειακής Κατανομής Πόρων Υγείας. Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, 1994
 17. PETRIDOU E, KOSMIDIS H, HAIDAS S, TONG D, REVINTHI K, FLYTZANI V ET AL. Survival from childhood leukemia on socioeconomic status in Athens. *Oncology* 1994, 51:391–395
 18. WHO. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO-Euro, Copenhagen, 1986
 19. WHO. *Global strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO (Health for All Series, No 3), Geneva, 1981
-