
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΗ ΛΑΤΙΝΙΚΗ
ΑΜΕΡΙΚΗ**

ΠΑΠΑΠΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΟΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΣΤΗ ΛΑΤΙΝΙΚΗ
ΑΜΕΡΙΚΗ**

Παπαπάνος Κωνσταντίνος , Α.Μ.:ΔΥ/1237

Επιβλέπων: Οικονόμου Κλεομένης / Καθηγητής ΤΕΙ Αθήνας

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, Έτος 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

M.Sc. in Health Management

Health Conditions In Latin America

Papapanos Konstantinos

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management
Piraeus, Greece, Year 2015

Στην οικογένεια μου

Ευχαριστίες

Επιθυμώ να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου και τους συμφοιτητές μου για τις συμβουλές τους και ιδιαίτερα τον καθηγητή κύριο Οικονόμου για τη στήριξή του και τις οδηγίες του για την εκπόνηση αυτής της διπλωματικής εργασίας. Κυρίως όμως θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για τη στήριξή της όλο αυτό το διάστημα φοίτησής μου στο ΠΜΣ "Διοίκηση της Υγείας".

Υγειονομικές συνθήκες στη Λατινική Αμερική

Σημαντικοί όροι: Λατινική, Αμερική, σύστημα, δείκτες, υγεία

Περίληψη

Η παρούσα εργασία ασχολείται με τις υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν στη Λατινική Αμερική και με τα δεδομένα που τις έχουν επηρεάσει. Η μελετώμενη περιφέρεια εμφανίζει μεγάλη ανομοιομορφία ανά χώρα αλλά και ανά περιοχή μέσα σε κάθε χώρα.

Παρατηρείται υψηλό προσδόκιμο ζωής συγκριτικά με άλλες περιφέρειες που αγγίζει τα 74 έτη ενώ οι μητρικοί και βρεφικοί θάνατοι έχουν μειωθεί αισθητά την τελευταία πεντηκονταετία κυρίως λόγω της οικονομικής ανάπτυξης των λατινικών χωρών (η οποία ωστόσο παραμένει σε χαμηλότερα επίπεδα από τα επιθυμητά) και της εξέλιξης της ιατρικής. Τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από καταταμήσεις και πολυπλοκότητες θέτοντας δύσκολη την πρόσβαση σε αυτά.

Η πρόσβαση σε πόσιμο νερό βρίσκεται σε ενθαρρυντικά επίπεδα, ωστόσο τα ποσοστά καλής υγιεινής είναι σε χαμηλά ακόμη επίπεδα, αν και αρκετά υψηλότερα από τον παγκόσμιο μέσο όρο. Παρατηρείται επίσης μείωση των μεταδιδόμενων ασθενειών λόγω της κάλυψης του πληθυσμού με εμβολιασμούς, με μερικές από αυτές όμως (δάγκειος πυρετός, AIDS, μαλάρια) να παραμένουν σε υψηλά επίπεδα σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Ο αριθμός του επαγγελματικού προσωπικού είναι σχετικά χαμηλός σε σχέση με περιοχές όπως η Βόρειος Αμερική και το ίδιο ισχύει και για το ποσοστό του ΑΕΠ που αφιερώνεται στην υγεία.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας αναλύονται 3 αντιπροσωπευτικές χώρες της Λατινικής Αμερικής αναφορικά με τις υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές, η Χιλή, η Κολομβία και η Βολιβία, από την ανάλυση των οποίων μπορούν να βγουν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με την παρούσα κατάσταση στην γενικότερη περιφέρεια αλλά και με τις τεράστιες διαφορές που υπάρχουν ανάμεσά τους.

Health conditions in Latin America

Keywords: Latin, America, system, indicators, health

Abstract

The present paper issues the level of health conditions in Latin America and the circumstances under these conditions exist. The Latin region shows enormous differences among its countries and between the regions in each country.

A high life expectancy of nearly 74 years is observed comparing with other regions while maternal and infant deaths have declined remarkably over the last fifty years due to economic development of Latin American countries (although it remains lower than desired) and the evolution of medicine . Health systems are characterized by partitions and complexities posing difficult access.

Access to drinking water seems to be in encouraging levels, however good hygiene rates are still in low levels, although significantly higher than the world average rate. There is also a reduction of the percent concerning communicable diseases due to coverage of the population with vaccination, some of them though (dengue, AIDS, malaria) remain at high levels when compared with developed countries such as U.S.A and European areas. The number of professional staff is relatively low compared with regions such as North America and the same situation is on concerning the proportion of GDP spent on health.

At the third part of the paper, Chile, Colombia and Bolivia which are 3 representative countries of the Latin America region, are studied about the health conditions prevailing in them. The analysis of these representative countries can give the reader useful conclusions about the present situation in the wider region, but also about the vast differences that exist between these countries, proving that Latin America is characterized by high amounts of inequity.

Εισαγωγικό σημείωμα

Η Λατινική Αμερική είναι το νότιο τμήμα της Αμερικανικής ηπείρου, δηλαδή όλες οι χώρες που βρίσκονται νότια του Μεξικό. Γενικά η Λατινική Αμερική από ιστορικής, κοινωνικής, πολιτικής και πολιτιστικής άποψης, ακόμα και οικονομικής, χαρακτηρίζεται ως μία ενότητα και ταυτόχρονα ως μια πολυμορφία. Ο χαρακτηρισμός απεικονίζει ένα πολιτειακό υποσύστημα που αντιμετωπίζει σχεδόν τα ίδια προβλήματα με κοινά τόσο πολιτιστικά όσο και οικονομικά χαρακτηριστικά. Οι χώρες της λατινοαμερικανικής περιφέρειας φέρονται να είναι ενσωματωμένες -παρά τη θέλησή τους στην κυριαρχούμενη από τις ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες- παγκόσμια οικονομία, δίνοντας την εικόνα μιας περιφέρειας αντί ενός συνόλου διαφορετικών κρατών, το καθένα με τις δικές του ιδιαιτερότητες.

Κατά τις δεκαετίες του 60 και του 70 οι προσπάθειες για εκσυγχρονισμό έγιναν μέσω ενός πολύ γραφειοκρατικού αυταρχισμού ο οποίος οδήγησε στην «χαμένη» δεκαετία του 80, η οποία βρήκε την πλειονότητα των χωρών της Λατινικής Αμερικής χρεωμένες και σε κατάσταση στασιμότητας σε όλους τους τομείς. Από το τέλος της δεκαετίας του 80 και στις αρχές της επόμενης δεκαετίας ξεκίνησε η περίοδος της δημοκρατικοποίησης για όλες τις χώρες.

Όλα τα παραπάνω αδιαμφισβήτητα επηρέασαν τους τομείς υγείας της κάθε χώρας, συνεπώς και τις δομές πάνω στις οποίες βασίστηκαν τα συστήματα υγείας τους, τα οποία με τη σειρά τους διαμορφώνουν σε συνδυασμό με τις πολιτικές υγείας, τις υγειονομικές συνθήκες που επικρατούν στη κάθε χώρα ξεχωριστά.

Σκοπός της εργασίας αυτής της εργασίας είναι να παρέχει μια γενικότερη εικόνα των υγειονομικών συνθηκών που επικρατούν στη Λατινική Αμερική μέσα από στατιστικά στοιχεία και δείκτες που θα βοηθήσουν στην ενημέρωση τόσο για την παρούσα κατάσταση σε επιδημιολογικό επίπεδο όσον αφορά κρούσματα ασθενειών, εξάπλωση επιδημιών και θανάτους από ελλιπή ιατροφαρμακευτική φροντίδα κ.λπ., όσο και σε επίπεδο συστημάτων υγείας και κατά πόσο αυτά βρίσκονται σε θέση να συνεισφέρουν στη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών γενικότερα στην ήπειρο.

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Εισαγωγικό Σημείωμα

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Χαρτών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Ιστορική Επισκόπηση Λατινικής Αμερικής

1.1.	Εισαγωγή	1
1.2.	Προκολομβιανοί Πολιτισμοί	1
1.2.1.	Μάγιας	1
1.2.2.	Αζτέκοι	2
1.2.3.	Ίνκας	3
1.3.	Αποικιοκρατία	4
1.4.	Τέλος αποικιοκρατίας (Απο-αποικιοποίηση)	7
1.5.	Εξέλιξη και ανάπτυξη κατά τον 19ο και 20ό αιώνα	8
1.6.	21ος αιώνας και μέλλον	11
1.7.	Ανακεφαλαίωση	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Υγειονομικές Συνθήκες και Συστήματα Υγείας Στη Λατινική Αμερική

2.1.	Εισαγωγή	13
2.2.	Οικονομική Κατάσταση	13
2.3.	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	14
2.4.	Κοινωνικά Χαρακτηριστικά	20
2.5.	Περιβαλλοντικές Συνθήκες	22
2.6.	Τα Συστήματα Υγείας	26
2.6.1.	Προγράμματα Παροχής Υπηρεσιών (HBPs)	29
2.6.2.	Φαρμακευτικός κλάδος	34

2.6.3.	Εργατικό Δυναμικό Συστημάτων Υγείας	36
2.6.4.	Έρευνα και Ανάπτυξη	37
2.7.	Επιδημιολογικά Δεδομένα	41
2.8.	Ανακεφαλαίωση	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ανάλυση Υγειονομικών Συνθηκών Και Συστημάτων Υγείας

Τριών Χωρών Της Λατινικής Αμερικής

3.1.	Εισαγωγή	47
3.2.	Χιλή	47
3.2.1.	Προφίλ Χιλής	47
3.2.2.	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	48
3.2.3.	Υγειονομικά Χαρακτηριστικά	50
3.2.4.	Το Σύστημα Υγείας	55
3.2.4.1.	Το πρόγραμμα GES (Explicit Health Guarantees)	58
3.3.	Κολομβία	59
3.3.1.	Προφίλ Κολομβίας	59
3.3.2.	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	60
3.3.3.	Υγειονομικά Χαρακτηριστικά	62
3.3.4.	Το Σύστημα Υγείας	66
3.4.	Βολιβία	71
3.4.1.	Προφίλ Βολιβίας	71
3.4.2.	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	71
3.4.3.	Υγειονομικά Χαρακτηριστικά	73
3.4.4.	Το σύστημα Υγείας	79
3.5.	Σύγκριση των τριών περιπτώσεων	82
3.6.	Ανακεφαλαίωση	86
	Συμπεράσματα	89
	Βιβλιογραφία	91

Κατάλογος Διαγραμμάτων

2.1. Εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής στην Λατινική Αμερική (1950-2010)	15
2.2 Εξέλιξη δεικτών βρεφικής θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο (1960-2006)	17
2.3 Εξέλιξη δεικτών θνησιμότητας μέχρι την ηλικία των 5 ετών στη Λατινική Αμερική σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο (1960-2006)	18
2.4 Εξέλιξη των δεικτών μητρικής θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο (1950-2010)	19
2.5 Εξέλιξη ποσοστού κάλυψης σε πόσιμο νερό παγκοσμίως (1990-2010)	23
2.6 Εξέλιξη ποσοστών κάλυψης σε υγιεινή παγκοσμίως (1990-2010)	24
2.7 Κάλυψη σε νερό - υγιεινή σε επιλεγμένες λατινοαμερικανικές χώρες (2004)	25
3.1 Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στη Χιλή	50
3.2 Ποσοστά κάλυψης σε πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής στη Χιλή (1990-2013)	53
3.3 Ποσοστά έκθεσης ενηλίκων σε βασικούς κινδύνους υγείας (2008)	54
3.4 Το σύστημα υγείας της Χιλής	59
3.5 Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στην Κολομβία	63
3.6 Ποσοστά έκθεσης ενηλίκων σε βασικούς κινδύνους υγείας (2008)	65
3.7 Ποσοστά κάλυψης σε πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής στην Κολομβία (1990-2013)	66
3.8 Το Κολομβιανό σύστημα Υγείας	69
3.9 Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στη Βολιβία	75
3.10 Ποσοστά κάλυψης σε πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής στη Βολιβία (1990-2013)	77
3.11 Ποσοστά έκθεσης ενηλίκων σε βασικούς κινδύνους υγείας (2008)	78

Κατάλογος Πινάκων

2.1 Προγράμματα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και τα κίνητρα για την υλοποίησή τους	31
2.2 Στόχοι προγραμμάτων HBP σε επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και τρόποι χρηματοδότησης	32
2.3 Βασικοί δείκτες χωρών της Λατινικής Αμερικής	38
2.4 Νομοθετικά και κυβερνητικά υπόβαθρα για διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τα συστήματα υγείας σε χώρες της Λατινικής Αμερικής	39
2.5 Κατανομή ΑΕΠ σε χώρες της Λατινικής Αμερικής (2009)	40
3.1 Βασικοί δημογραφικοί δείκτες της Χιλής	49
3.2 Δείκτες προσδόκιμου ζωής της Χιλής (2013)	50
3.3 Βασικοί υγειονομικοί δείκτες της Χιλής (1999-2013)	52
3.4 Κυριότερες αιτίες θανάτου στη Χιλή (2000-2012)	55
3.5 Πιθανότητα θανάτου ανά ηλικιακή ομάδα στην Χιλή (2012)	56
3.6 Βασικοί δημογραφικοί δείκτες της Κολομβίας	62
3.7 Δείκτες προσδόκιμου ζωής στην Κολομβία (2013)	63
3.8 Βασικοί υγειονομικοί δείκτες στην Κολομβία (1999-2013)	64
3.9 Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Κολομβία (2000-2012)	67
3.10 Βασικοί δημογραφικοί δείκτες της Βολιβίας	74
3.11 Δείκτες προσδόκιμου ζωής στη Βολιβία (2013)	75
3.12 Βασικοί υγειονομικοί δείκτες της Βολιβίας (1999-2013)	76
3.13 Κυριότερες αιτίες θανάτου στη Βολιβία (2000-2012)	80
3.14 Πιθανότητα θανάτου ανά ηλικιακή ομάδα στη Βολιβία (2012)	81

3.15 Επίπεδα θνησιμότητας λόγω οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου πριν και μετά
την εφαρμογή του GES

86

Κατάλογος Χαρτών

3.1 Πληρότητα εργατικού δυναμικού, υπηρεσιών και κρεβατιών στην Κολομβία 70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ιστορική Επισκόπηση Λατινικής Αμερικής

1.1. Εισαγωγή

Η ιστορία των πολιτισμών που αναπτύχθηκαν στην περιοχή που ονομάζουμε Λατινική Αμερική ανά τους αιώνες είναι συνυφασμένη με τη μετανάστευση, τόσο σε προϊστορικές περιόδους όσο και σε μεταγενέστερες εποχές μέχρι και τον 20ό αιώνα. Οι πληθυσμοί που κατοικούν τις λατινοαμερικανικές περιοχές αποτελούν ένα κράμα διαφορετικών εθνικοτήτων οι οποίες ενώθηκαν υπό το φάσμα της κοινής θρησκείας και γλώσσας (Ισπανικά και Πορτογαλικά) ως αποτέλεσμα της ευρωπαϊκής δράσης στην περιοχή από τα μέσα του 15ου αιώνα έως και τον 19ο.

1.2. Προκολομβιανοί Πολιτισμοί

Η Λατινική Αμερική πριν γίνει γνωστή στον δυτικό κόσμο από τον Amerigo Vespucci κατά τον 15ο αιώνα π.Χ. αποτελούσε για εκατοντάδες χρόνια πατρίδα για σπουδαίους πολιτισμούς οι οποίοι άνθισαν στην περιοχή αυτή. Αν και αναπτύχθηκαν εκατοντάδες ανά τα χρόνια, 3 πολιτισμοί ήταν αυτοί οι οποίοι άφησαν ανεξίτηλη τη σφραγίδα τους και την κληρονομιά τους: οι Μάγια, οι Αζτέκοι, και οι Ίνκας.

1.2.1 Μάγιας

Ο πολιτισμός των Μάγια έχει τις αρχές του κάπου στο 2.000 π.Χ στην περιοχή Yucatan. Οι πόλεις του συγκεκριμένου πολιτισμού ήταν κατά κύριο λόγο μικρές και ενωμένες με κοινούς κανόνες και κοινή γλώσσα ανάμεσα στους κατοίκους. Τη διοίκηση των πόλεων αναλάμβαναν οι ιερείς καθώς η θεοκρατία ήταν κάτι παραπάνω από έντονη. Η τροφή ερχόταν αποκλειστικά από το έδαφος, μέσω της καλλιέργειας και οι παραγόμενες ποσότητες ήταν άφθονες με αποτέλεσμα την επιτυχή αυτάρκεια μέσος πολίτης της περιοχής ήταν υποχρεωμένος να καταβάλει φόρους από το εισόδημά του.

Λόγω της έλλειψης υδάτινων πόρων στην περιοχή, οι κάτοικοι αναγκάστηκαν να εξελιχθούν και να δημιουργήσουν υδρευτικό σύστημα, ενώ μέσω της δημιουργίας κανό είχαν τη δυνατότητα μετακίνησης μέσω των ποταμιών της περιοχής αλλά και

εξερεύνησης μέσω θαλάσσης. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως ο ίδιος ο Κολόμβος το 1502 βρήκε στις ακτές της σημερινής Ονδούρας προσαραγμένο ένα κανό των Μάγια. Έρευνες έχουν δείξει πως υπήρχε η τεχνολογία και η δυνατότητα κατά συνέπεια για μεταφορά ταυτόχρονα 40 ατόμων με το ίδιο κανό.

Η διαρκής ανάπτυξη και εξέλιξη των Μάγια είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του πληθυσμού και την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των πόλεων. Μέχρι το 800 μ.Χ στις πόλεις που είχαν δημιουργηθεί στην περιοχή υπολογίζεται ότι κατοικούσαν περίπου 3.000.000 Μάγια. Οι πόλεις αυτές λειτουργούσαν σαν κράτη, έχοντας η καθεμία την αυτονομία της, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συχνά πολεμικές συγκρούσεις, κατάσταση που θυμίζει τις ελληνικές πόλεις-κράτη της αρχαιότητας.

Ανάπτυξη υπήρξε επίσης και στον τομέα των κατασκευών, κάτι το οποίο καταμαρτυρούν τα εκπληκτικά μνημεία και οι ναοί που δημιουργήθηκαν εκείνη την εποχή. Παράλληλα υπήρχε ανάπτυξη και στον τομέα των επιστημών, μέσω της δημιουργίας επιστημονικών κέντρων όπως ήταν το Copan, όπου αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα οι επιστήμες των μαθηματικών και της αστρονομίας.

Κατά την περίοδο ανάμεσα στον 7ο και τον 9ο αιώνα μ.Χ στους Μάγια εισχώρησαν φυλές προσφιλείς σε μιλιταριστικές πολιτικές με αποτέλεσμα την δημιουργία σύγχυσης και την έλλειψη σαφούς προσανατολισμού πάνω στα πολιτικά και οικονομικά θέματα του πολιτισμού. Παράλληλα, η σταδιακή ανάπτυξη επαφών με τον πολιτισμό των Τολτέκων είχε ως αποτέλεσμα την εκφύλιση των Μάγια, κάτι το οποίο οδήγησε στην κατάρρευση του πολιτισμού μέχρι την Ισπανική επιδρομή.

1.2.2. Αζτέκοι

Με την κατάρρευση του πολιτισμού των Tula¹, οι οποίοι κατοικούσαν στην κοιλάδα του Μεξικό, μια νέα ομάδα πληθυσμού έκανε την εμφάνισή της στην περιοχή, οι Αζτέκοι. Ξεκινώντας σαν μισθοφόροι στρατιώτες, η συγκεκριμένη φυλή επιβίωσε για χρόνια μέσω των διάφορων στρατιωτικών επιχειρήσεων στις οποίες έπαιρναν μέρος για λογαριασμό άλλων φυλών που κατοικούσαν επίσης στην περιοχή.

Με την είσοδο στον 15ο αιώνα μ.Χ οι Αζτέκοι άρχισαν να οργανώνονται και να δημιουργούν συμμαχίες με άλλες φυλές της περιοχής με αποτέλεσμα τη σταδιακή συγκέντρωση δύναμης και τη δημιουργία αυτονομίας και ανεξαρτησίας. Το σύστημα

1 Αυτοκρατορία με μεγάλη στρατιωτική ισχύ που άκμασε στις αρχές του 12ου αιώνα μ.Χ.

διοίκησης ήταν κατεξοχήν ολιγαρχικό, με τους ευγενείς να συγκεντρώνουν την πολιτική δύναμη και να δημιουργούν για αυτούς ξεχωριστά δικαιώματα που θα τους διαφοροποιούσαν από τον κοινό λαό. Οι πόλεις είχαν υιοθετήσει το σύστημα *calpulli*, δηλαδή διαχωρίζονταν σε "μεγάλα σπίτια", τις οικογένειες των ευγενών. Υπήρχε επίσης η δουλεία για ένα μικρό διάστημα σαν μέσο καταπίεσης τυχόν εξεγέρσεων κατά των ευγενών της περιοχής.

Η θρησκεία αποτελούσε αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής των Αζτέκων, οι οποίοι θεωρούσαν ότι έπρεπε να νικούν σε καθημερινή βάση τις δυνάμεις του κακού ούτως ώστε να συνεχίσει να υπάρχει ο κόσμος και για αυτό το λόγο ήταν συνήθως πρακτική οι ανθρωποθυσίες. Παράλληλα ήταν πολυθεϊστές και έκαναν πολέμους, με χιλιάδες θύματα για τα θρησκευτικά τους πιστεύω. Αν και ο πολιτισμός των Αζτέκων δεν ήταν μια μεγαλοπρεπής αυτοκρατορία σαν τη Βυζαντινή ή την αυτοκρατορία των Ίνκας, άφησε ανεξίτηλη τη σφραγίδα του στην περιοχή μέσω της πολιτιστικής του κληρονομιάς.

1.2.3. Ίνκας

Η εμφάνιση των Ίνκας άρχισε τον 14ο αιώνα μ.Χ όταν και μετανάστευσαν από την περιοχή Cuzco στις Άνδεις και συγκεκριμένα στην περιοχή του σημερινού Περού. Η σταδιακή ανάπτυξή τους και η εξάπλωσή τους ήταν αποτέλεσμα μιας άκρως προσεκτικής επεκτατικής πολιτικής στρατιωτικού χαρακτήρα στις γύρω περιοχές. Η οργάνωση ήταν το κύριο όπλο του συγκεκριμένου πολιτισμού, ο οποίος λειτουργούσε υπό το καθεστώς της απόλυτης μοναρχίας.

Η σταδιακή εξάπλωση των Ίνκας και η κατάκτηση πολλών εδαφών και πληθυσμών είχε ως επόμενο την ανάγκη για δημιουργία δρόμων και γεφυρών ανά την επικράτεια της αυτοκρατορίας με στόχο την ανά πάσα στιγμή εύκολη πρόσβαση του στρατού σε περιοχές που θα επιχειρούσαν κάποιου είδους εξέγερση. Έτσι με αυτό τον τρόπο υπήρξε ανάπτυξη στον κατασκευαστικό τομέα και κατά συνέπεια και στον εμπορικό και οικονομικό, καθώς η δημιουργία δρόμων διευκόλυνε το εμπόριο. Η παντοδυναμία των Ίνκας στην ευρύτερη περιοχή των Άνδεων ήταν αδιαμφισβήτητη. Μέχρι την Ισπανική επιδρομή που έγινε από τον Francisco Pizarro το 1532 η αυτοκρατορία τους αποτελούνταν από 12 εκατομμύρια άτομα.

Εκτός από την οργάνωση σε στρατιωτικά θέματα οι Ίνκας αναπτύχθηκαν και σε πολιτιστικό και επιστημονικό επίπεδο. Αρχικά υιοθέτησαν στοιχεία από παλαιότερους πολιτισμούς οι οποίοι διέμεναν στην περιοχή πριν από αυτούς και σταδιακά άρχισαν να αναπτύσσουν τέχνες αλλά και επιστήμες όπως η ιατρική και η οδοντιατρική.

Η εξάπλωση και απόλυτη κυριαρχία των Ίνκας άρχισε να κλυδωνίζεται από το 1527. Κύριος λόγος ήταν αρχικά το ξέσπασμα εμφυλίου πολέμου λόγω του θανάτου του βασιλιά Huayína Capac. Η αντίρρηση για το συνεχιστή του θρόνου και η εμφύλια μάχη ήταν κάτι το πρωτόγνωρο για τους Ίνκας οι οποίοι ήταν εξοικειωμένοι με την μοναρχία. Ο εμφύλιος που διεξήχθη ήταν εξαντλητικός με αποτέλεσμα την αποδυνάμωση της αυτοκρατορίας και την κατάρρευσή της μέχρι το 1532 οπότε και άρχισε η Ισπανική επιδρομή.

1.3. Αποικιοκρατία

Η ανακάλυψη του λεγόμενου "Νέου Κόσμου"² από τους Ισπανούς και τους Πορτογάλους κατακτητές άλλαξε άρδην τα τεκταινόμενα στην περιοχή, όχι μόνο σε θρησκευτικό, πολιτισμικό και οικονομικό επίπεδο, αλλά και σε δημογραφικό.

Με κεντρικά πρόσωπα τους Hernándo Cortés και Francisco Pizarro οι Ισπανοί και Πορτογάλοι κατακτητές αντίστοιχα, επιχείρησαν να αφανίσουν μέσω στρατιωτικών συγκρούσεων τους πολιτισμούς των Αζτέκων και των Ίνκας. Στην προσπάθειά τους αυτή καθοριστικό ρόλο διαδραμάτισαν εκτός από τα όπλα και άλλοι παράγοντες μεταξύ των οποίων οι δυτικές ασθένειες όπως η ευλογιά και η ιλαρά που οι κατακτητές έφεραν μαζί τους στο Νέο Κόσμο και οι οποίες κυριολεκτικά εξαφάνισαν το μεγαλύτερο μέρος των ντόπιων πληθυσμών καθώς οι συγκεκριμένοι λαοί δεν είχαν ανεπτυγμένα αντισώματα για την καταπολέμηση τέτοιου είδους ασθενειών. Το μεγαλύτερο μέρος όσων επέζησαν να αναγκάστηκε να δουλέψει στις φυτείες και τα ορυχεία των κατακτητών.

Οι αποικίες χωρίστηκαν ανάμεσα σε Ισπανούς και Πορτογάλους με τους μεν να αποικίζουν τις περιοχές στα δυτικά και τους δε εκείνες στα ανατολικά. Οι αλλαγές που βίωσαν οι ιθαγενείς ήταν αν μη τι άλλο ριζοσπαστικές. Τις παραδοσιακές θρησκείες των πολιτισμών που αναπτύχθηκαν τους τελευταίους αιώνες αντικατέστησε ο

2 Η διαδεδομένη προσφώνηση που έδιναν οι Ευρωπαίοι της εποχής στην άγνωστη για τότε Νότια Αμερική

Ρωμαιοκαθολικισμός που ασπάζονταν οι Ισπανοί και Πορτογάλοι κατακτητές, ενώ τις παραδοσιακές γλώσσες αντικατέστησαν η ισπανική και η πορτογαλική γλώσσα. Παράλληλα, υπήρξε αλλαγή και στον τρόπο ζωής καθώς η είσοδος νέων προϊόντων, αγνώστων μέχρι τότε έκανε την εμφάνισή της, με αποτέλεσμα να αλλάξουν και οι διατροφικές συνήθειες των ντόπιων λαών της περιοχής οι οποίοι μέχρι τότε τρέφονταν κυρίως με πατάτες και καλαμπόκι. Έτσι σταδιακά εισήλθε στην καθημερινότητά τους μια ποικιλία τροφίμων αγνώστων μέχρι τότε όπως σιτηρά, ελιές, σταφύλια, χοιρινό κρέας και κρέας κοτόπουλου.

Ωστόσο οι μεταβολές αυτές στον τρόπο ζωής των ιθαγενών, αν και συνοδεύτηκαν από την τεχνολογική εξέλιξη που έφεραν μαζί τους οι Ευρωπαίοι και τις προοπτικές ανάπτυξης εμπορικού διαύλου με τη Γηραιά ήπειρο, δε συνέβαλαν στην ορθοπόδηση των εναπομεινάντων γηγενών αλλά στην σχεδόν καθολική τους εξαφάνιση από το παγκόσμιο χάρτη. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως μέχρι την ανακάλυψη της Λατινικής Αμερικής από τους Ευρωπαίους ο γηγενής πληθυσμός της ηπείρου κυμαίνονταν σε 54.000.000 κατοίκους.

Μετά την έναρξη της αποικιοκρατίας και κατά τη διάρκειά της οι ντόπιοι κάτοικοι της περιοχής εξοντώθηκαν στο μεγαλύτερο σύνολο τους το οποίο υπολογίζεται στα επίπεδα του 90% μέχρι και τον 17ο αιώνα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως μέχρι την ανακάλυψη της Λατινικής Αμερικής από τους Ευρωπαίους ο γηγενής πληθυσμός της ηπείρου κυμαίνονταν σε 54.000.000 κατοίκους. Μετά την έναρξη της αποικιοκρατίας και κατά τη διάρκειά της οι ντόπιοι κάτοικοι της περιοχής εξοντώθηκαν στο μεγαλύτερο σύνολο τους με το ποσοστό της αφάνισης να υπολογίζεται στο 90% μέχρι και τον 17ο αιώνα.

Η εξαφάνιση ενός τόσο μεγάλου ποσοστού κατοίκων είχε εκτός από ιστορικές και πολιτισμικές συνέπειες, και οικονομικές. Η έλλειψη εργατικού δυναμικού για τις φυτείες και τα ορυχεία αποτέλεσε πονοκέφαλο για τους δυτικούς, οι οποίοι προχώρησαν στην επίλυση του προβλήματος μέσω της βίαιης μετακίνησης εκατομμυρίων αφρικανικού πληθυσμού στη Λατινική Αμερική με στόχο να εργαστούν με τη μορφή δουλείας. Οι βίαιες αυτές μετακινήσεις ιθαγενών Αφρικανών είχε ως αποτέλεσμα την εξάλειψη περίπου 2.000.000 ανθρώπων. Υπολογίζεται δε, πως από τον 16ο μέχρι τον 19ο αιώνα οπότε και απαγορεύτηκε η δουλεία, μεταφέρθηκαν από την Αφρική στη Λατινική Αμερική περί τα 10.000.000 Αφρικανών. Στο κράμα που

αποτελεί σήμερα τον πληθυσμό της Νότιας Αμερικής ήρθαν να προστεθούν κατά το 19ο αιώνα κατώτερης οικονομικής κατάστασης μετανάστες όπως Ιταλοί, Γερμανοί και Έλληνες, ενώ τον 20ό αιώνα μετανάστες κυρίως ασιατικής καταγωγής όπως Ιάπωνες και Ινδοί.

Ήδη από την έναρξη της αποικιοκρατίας οι Ευρωπαίοι κατακτητές φρόντισαν να κατανείμουν τα κοινωνικά στρώματα ανάλογα με τα δικά τους πιστεύω, στα οποία το ρατσιστικό στοιχείο ήταν αρκετά έντονο. Έτσι παρατηρούμε πως στην ελίτ ανήκε μια μικρή ομάδα λευκών οι οποίοι κατάγονταν εξ' ολοκλήρου από την Ευρώπη. Στη συνέχεια τους ακολουθούσαν οι μιγάδες, δηλαδή παιδιά από γάμους λευκών με ιθαγενείς. Στην τελευταία κατηγορία η οποία αρχικά αποτελούσε τη συντριπτική πλειοψηφία της κοινωνίας ανήκαν οι ιθαγενείς.

Εκτός από τη φυλετική διαφοροποίηση των κοινωνικών ομάδων, υπήρχαν και άλλες τρεις κατηγορίες κοινωνικής διαστρωμάτωσης, ο διαχωρισμός με βάση το επάγγελμα, από το οποίο προέκυπταν και διαφορετικά προνόμια για τον καθένα και μία διάκριση μεταξύ των λευκών οι οποίοι είχαν γεννηθεί στην Ευρώπη με τους λευκούς οι οποίοι είχαν γεννηθεί στα αποικιοκρατούμενα εδάφη. Οι τελευταίοι ονομάζονταν "Κρεολοί" και θεωρούνταν κατώτεροι από τους γεννημένους στην Ευρώπη λευκούς. Τέλος, υπήρχε σαφής διάκριση μεταξύ των φύλων, καθώς οι άντρες είχαν περισσότερα προνόμια και λάμβαναν τις αποφάσεις.

Η κατάσταση αυτή διήρκεσε στις περισσότερες περιοχές της Λατινικής Αμερικής όχι όμως σε όλες. Στη δυτική πλευρά την οποία είχαν κατακτήσει Πορτογάλοι, τα γεγονότα είχαν διαμορφωθεί διαφορετικά. Εκεί λόγω της πλήρους έλλειψης ορυχείων η εξουσία στράφηκε εξολοκλήρου στην παραγωγή ζάχαρης και ξυλείας (αργότερα και καφέ). Για την επίτευξη μεγάλων ποσοτήτων παραγωγής κρίθηκε σκόπιμη η μεταφορά εκατομμυρίων Αφρικανών για να δουλέψουν στις παραγωγές με τη μορφή δουλείας. Η μαζική είσοδος Αφρικανών είχε ως αποτέλεσμα την δημογραφική τους ανάπτυξη σε ταχείς ρυθμούς με αποτέλεσμα τον 19ο αιώνα να αποτελούν το ήμισυ του συνολικού πληθυσμού. Στη συγκεκριμένη περιοχή η οποία σήμερα ονομάζεται Βραζιλία, η κοινωνική διαστρωμάτωση ήταν φυλετική (λευκοί, μιγάδες και μαύροι) αλλά και επαγγελματική μεταξύ των λευκών (γαιοκτήμονες που γεννήθηκαν στις αποικίες, έμποροι που γεννήθηκαν στην Πορτογαλία).

Οι συγκεκριμένες τάσεις που επέβαλαν οι Ευρωπαίοι μεταβλήθηκαν όπως ήταν φυσικό με την πάροδο του χρόνου λόγω δημογραφικών και οικονομικών εξελίξεων. Σταδιακά και μπαίνοντας στον 19ο αιώνα οι γεννημένοι στη Λατινική Αμερική λευκοί (κρεολοί) άρχισαν να πληθαίνουν και σύντομα αποτέλεσαν ένα σημαντικότατο τμήμα του συνολικού πληθυσμού. Ταυτόχρονα οι λευκοί Ευρωπαίοι άρχισαν να μειώνονται σε επίπεδα συνολικού ποσοστού, κάτι το οποίο κατέστησε δυσκολότερο για τους ίδιους να ελέγχουν την κοινωνία σύμφωνα με τα δικά τους συμφέροντα. Σε επίπεδο οικονομικό, παρατηρήθηκε το φαινόμενο με την πάροδο των ετών μεγάλες εκτάσεις γης να κληροδοτούνται σε κρεολούς. Οι εκτάσεις αυτές (haciendas) κατέστησαν τους ιδιοκτήτες τους πανίσχυρους και ανεξάρτητους οικονομικά, δίνοντας τους έτσι σταδιακά δύναμη και εξουσία η οποία έγινε αργότερα το εργαλείο για την αρχή της ανεξαρτητοποίησης των περιοχών αυτών από τη σφαίρα κυριαρχίας των ιβηρικών χωρών.

1.4. Τέλος αποικιοκρατίας (Απο-αποικιοποίηση)

Στις αρχές του 18ου αιώνα οπότε και στην εξουσία της Ισπανίας ανέβηκε η οικογένεια των Βουρβόνων, άρχισε μια σειρά μέτρων με σκοπό τη συγκέντρωση όλης της εξουσίας στη βασιλεία, καθώς με την οικονομική τους ανέλιξη οι κρεολοί είχαν αρχίσει να καταλαμβάνουν πόστα σε νευραλγικούς τομείς όπως τα δικαστήρια, με αποτέλεσμα να διατηρούν μέρος της εξουσίας και να τη χρησιμοποιούν προς όφελός τους. Έτσι απολύθηκε μεγάλο μέρος κρεολών από θέσεις ευθύνης με σκοπό την αποδυνάμωσή τους και την ισχυροποίηση της ισπανικής κυβέρνησης.

Κάτι τέτοιο όμως δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Οι κρεολοί με τον παραγκωνισμό τους έλαβαν θέσεις σε άλλους νευραλγικούς τομείς όπως διοικητικές θέσεις σε πόλεις και στον στρατό. Η διαρκής διαμάχη μεταξύ της ισπανικής διοίκησης και των κρεολών οδήγησε στην επιθυμία των δευτέρων για διάσπαση από τους πρώτους και ανεξαρτητοποίηση, κάτι το οποίο άρχισε να μπαίνει σε εφαρμογή μόλις ωρίμασαν οι συνθήκες στην άλλη μεριά του Ατλαντικού ωκεανού.

Το τέλος του 18^{ου} αιώνα βρίσκει Ισπανία και Πορτογαλία αποδυναμωμένες, Βρετανία και Γαλλία να έχουν πάρει τη θέση τους και τη δυσαρέσκεια ανάμεσα στους πληθυσμούς να αυξάνεται απέναντι στην κυριαρχία και τους περιορισμούς της ισπανικής κυβέρνησης. Η Αιτή ήταν το πρώτο λατινοαμερικανικό κράτος που κατάφερε

να κερδίσει την ανεξαρτησία του το 1804, κάτι το οποίο ενέπνευσε και άλλα κινήματα ανεξαρτησίας στην υπόλοιπη ήπειρο. Η εισβολή του Ναπολέοντα το 1808 στην Ισπανία αποτέλεσε σημείο καμπής καθώς δημιουργήθηκαν στρατιωτικά κινήματα που ζητούσαν ανεξαρτησία, εφοδιαζόμενα σε πολεμοφόδια από το νεοσύστατο τότε κράτος της Αϊτής και από τις Η.Π.Α. Ο πόλεμος σύντομα ξέσπασε και ενώ η Ισπανία είχε καταφέρει αρχικά να καταπνίξει την επανάσταση, μέχρι το 1825 όλες οι χώρες είχαν επιτύχει τελικώς να κερδίσουν την ανεξαρτησία τους εκτός της Κούβας και του Πουέρτο Ρίκο, με τη Βραζιλία να επιτυγχάνει την αυτονομία της εφαρμόζοντας συνταγματική μοναρχία.

1.5. Εξέλιξη και ανάπτυξη κατά τον 19ο και 20ό αιώνα

Οι απελευθερωμένες περιοχές της Λατινικής Αμερικής επέλεξαν να εφαρμόσουν δυτικές μορφές διακυβέρνησης για την ανόρθωση, αναδιοργάνωση και ανάπτυξή τους (τα συστήματα κυρίως κατά τις πρώτες δεκαετίες του 19ου αιώνα ήταν ολιγαρχικά και περιοριστικά και άντεξαν μέχρι την εμφάνιση των δικτατοριών του 20^{ου} αιώνα). Στην ουσία η κοινωνία δεν μπορούσε να εκφραστεί μέσα από πολιτικά κόμματα και μόνο μία προνομιούχος τάξη έπαιρνε μέρος στα πολιτικά δρώμενα, με αποτέλεσμα ο λαός να μην μπορεί να πάρει μέρος στη διαμόρφωση του «καινούριου». Αυτό οδήγησε στο συμπέρασμα πως η μετά-ολιγαρχική εποχή δεν μπόρεσε να εξυπηρετήσει άμεσα τα συμφέροντα και τις ανάγκες των ευρύτερων λαϊκών στρωμάτων.

Όταν εξερράγη ο Α Παγκόσμιος Πόλεμος, όλες οι χώρες της Λατινικής Αμερικής παρέμειναν ουδέτερες μέχρι την είσοδο σε αυτόν των ΗΠΑ το 1917. Τότε ακολούθησαν επτά χώρες που κήρυξαν τον πόλεμο κατά της Γερμανίας οι οποίες και ήταν: η Αϊτή, η Βραζιλία, η Γουατεμάλα, η Κόστα-Ρίκα, η Κούβα, η Ονδούρα και ο Παναμάς. Η Αργεντινή, το Μεξικό και η Χιλή συνέχισαν την ουδετερότητα.

Με την έκρηξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου το 1939, οι εκπρόσωποι 21 χωρών της Λατινικής Αμερικής συνήλθαν στις 23 Σεπτεμβρίου στον Παναμά (Διάσκεψη του Παναμά) και εξέδωσαν την "Διακήρυξη Ουδετερότητας", εκλέγοντας και μόνιμη «Επιτροπή Ουδετερότητας» με έδρα το Ρίο ντε Τζανέιρο. Η πτώση όμως του γαλλικού μετώπου και των Κάτω Χωρών θεωρήθηκε μεγάλη απειλή όπου τα ίδια μέλη της προηγούμενης Διάσκεψης συνήλθαν επειγόντως στις 21 Ιουνίου του 1940 στην Αβάνα όπου και αποφάσισαν τελικά την διατήρηση της ουδετερότητας.

Δύο όμως σημαντικά γεγονότα άσκησαν μεγάλη επίδραση, αφενός η έκδηλη πίεση των Η.Π.Α κατά των συμπαθούντων τους εθνικοσοσιαλιστών και αφετέρου η δημιουργία της "Παναμερικανικής Οικονομικής και Συμβουλευτικής Επιτροπής" στην Ουάσιγκτον υπό τον Νέλσωνα Ροκφέλλερ, που ήταν ο συντονιστής των εργασιών της Διάσκεψης του Παναμά. Κατόπιν αυτών των εξελίξεων η Γουατεμάλα, η Ονδούρα, η Κόστα-Ρίκα, ο Παναμάς, το Μεξικό, η Κούβα, το Περού, η Ουρουγουάη και η Βραζιλία κήρυξαν τον πόλεμο κατά του Άξονα. Οι άλλες χώρες απλά διατήρησαν στενή συνεργασία με τις ΗΠΑ.

Οι δύο παγκόσμιοι πόλεμοι και η ύφεση των Η.Π.Α οδήγησαν τις χώρες της Λατινικής Αμερικής στο να προτιμήσουν την εσωτερική ανάπτυξη, πράγμα που τις οδήγησε να υιοθετήσουν πολιτικές υποκατάστασης των εισαγωγών μέσω της εκβιομηχάνισης, ενώ πολλές έδωσαν έμφαση στις εξαγωγές. Η Βραζιλία ξεκίνησε να πουλάει αυτοκίνητα σε άλλες χώρες ενώ μερικά κράτη κατασκεύασαν εργοστάσια συναρμολόγησης εισαγόμενων κομματιών κάτι το οποίο οδήγησε άλλες χώρες να εκμεταλλευτούν τα χαμηλά εργατικά τους κόστη. Η Κολομβία ξεκίνησε να εξαγει λουλούδια και οπιούχα προϊόντα καταλαμβάνοντας την δεύτερη και πρώτη αντίστοιχα θέση παγκοσμίως. Η οικονομική πρόοδος που απεγνωσμένα χρειάζονταν οι χώρες της Λατινικής Αμερικής για να συναγωνιστούν τις οικονομίες της Ευρώπης και των Η.Π.Α ξεκίνησε τη δεκαετία του 1960 με τις οργανώσεις Latin American Free Trade Association και Central American Common Market. Επιπλέον, μεγάλες χώρες όπως η Αργεντινή προσπάθησαν να εφαρμόσουν μεταρρυθμίσεις για να μειώσουν το χάσμα της διανομής του πλούτου ανάμεσα σε πλούσιους και φτωχούς, το οποίο είναι ένα θέμα που ταλανίζει τις οικονομίες της Κεντρικής και Νότιας Αμερικής μέχρι σήμερα και αποτελεί εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη με σταθερούς ρυθμούς.

Η πρόοδος στη δημόσια υγεία προκάλεσε μια πληθυσμιακή έκρηξη δημιουργώντας δυσκολίες στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών. Εδραιώθηκαν συστήματα εκπαίδευσης και κοινωνικών ασφαλίσεων, ωστόσο αυτές οι αλλαγές ευνόησαν κυρίως τις μεσαίες τάξεις και όχι τους φτωχούς, με αποτέλεσμα η ανισοκατανομή του πλούτου να ενταθεί ενώ ο αυξανόμενος πληθωρισμός και άλλοι παράγοντες έκαναν τις χώρες απρόθυμες να αναπτύξουν προγράμματα κοινωνικής ανάπτυξης για να ενισχύσουν τους φτωχούς.

Παρά τις προσπάθειες για αναπτυξιακές μεταρρυθμίσεις σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, οι οικονομίες των λατινοαμερικανικών χωρών παρέμειναν ιδιαίτερα

αδύναμες τα επόμενα χρόνια. Με την είσοδο στη δεκαετία του 70' τα πολιτεύματα των λατινοαμερικανικών χωρών χαρακτηρίζονταν από αυταρχικά, απολυταρχικά καθεστώτα όπου τις αποφάσεις έπαιρναν λίγοι. Παράλληλα η διεθνής οικονομική κατάσταση ήταν ιδιαίτερα δεινή λόγω της πετρελαϊκής κρίσης που έλαβε χώρα το 1973 και ακολούθως το 1979, δημιουργώντας προβλήματα στις ήδη ασθενείς οικονομίες της Λατινικής Αμερικής καθώς οι τιμές των εξαγόμενων προϊόντων μειώθηκαν αισθητά. Η ανάγκη για δανεισμούς κεφαλαίων είχε αρχίσει να γίνεται επιτακτική με αποτέλεσμα τεράστιος αριθμός κεφαλαίων από τη Δύση να αντλείται με τη μορφή δανεισμού.

Η έλλειψη σημαντικής εξέλιξης όμως κατά τις αρχές της δεκαετίας του 80 σε εμπορικό επίπεδο δεν επέτρεψε την άνοδο των τιμών των εξαγόμενων προϊόντων, με φυσικό επακόλουθο την αύξηση των χρεών των λατινοαμερικανικών οικονομιών και εν τέλει την ασφυξία αρκετών από αυτές. Την αρχή έκανε το Μεξικό το 1982 οπότε και κήρυξε πτώχευση. Τα επόμενα χρόνια επικράτησε μια κατάσταση σφιγτής οικονομικής πολιτικής, ανασφάλειας και περιορισμού των ελευθεριών των πολιτών για τις χώρες της περιοχής. Η ανάμειξη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου στα δημοσιονομικά θέματα χωρών όπως η Χιλή, η Βολιβία, το Μεξικό, η Αργεντινή και το Περού επέφερε περιορισμούς στις οικονομικές κυριαρχίες των κρατών και εμβάθυνε την ύφεση στην περιοχή.

Λόγω της δυσχερούς αυτής κατάστασης, οι λαοί των κρατών άρχισαν να εκφράζουν έντονη δυσαρέσκεια κατά των απολυταρχικών καθεστώτων που τους εξουσίαζαν, καθώς και των πρακτικών που εφαρμόζαν σε οικονομικό, κοινωνικό και οργανωτικό επίπεδο. Σταδιακά στη δεκαετία του 80 και στις αρχές της δεκαετίας του 90 στις χώρες της Λατινικής Αμερικής τα δικτατορικά καθεστώτα αντικαταστήθηκαν από Δημοκρατία, με μεγάλες προσδοκίες για βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού και την επίτευξη ευμάρειας.

Ωστόσο, ο στόχος αυτός δεν επετεύχθη σε όλες τις χώρες παρά τα δημοκρατικά καθεστώτα που εφαρμόστηκαν. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο παρέμενε στο τιμόνι πολλών οικονομιών εφαρμόζοντας σκληρά μέτρα με αποτέλεσμα την παραμονή των χωρών σε αβέβαιο και εύθραυστο οικονομικό κλίμα. Σταδιακά η ιδέα της δημοκρατικής προσέγγισης άρχισε να ξεθωριάζει και η απογοήτευση άρχισε να παίρνει τη θέση της.

Η δεκαετία που ακολούθησε, αυτή του 90, ήταν καταστροφική για αρκετές χώρες με πρώτες την Αργεντινή (1998-2002) και το Μεξικό (1994). Η ανεργία αυξήθηκε

αισθητά, όπως και τα επίπεδα φτώχειας. Οι εξαρτημένες παραδοσιακά πια, λατινοαμερικανικές οικονομίες από δανεισμούς κεφαλαίων βρέθηκαν για άλλη μια φορά καταχρεωμένες και στην αναζήτηση νέων επενδύσεων από άλλα κράτη.

1.6. 21ος αιώνας και μέλλον

Με την είσοδο στον 21ο αιώνα και έχοντας νωπό το παράδειγμα της Αργεντινής, της οποίας η οικονομία συρρικνώθηκε δραματικά την τετραετία 1998-2002, οι χώρες της Λατινικής Αμερικής άρχισαν να αναθεωρούν αρκετές από τις οικονομικές πρακτικές τις οποίες είχαν εφαρμόσει κατά το παρελθόν με στόχο τη μη επανάληψη καταστροφικών λαθών και την πολυπόθητη ένταξη τους σε σταθερή, αναπτυξιακή τροχιά.

Στο πνεύμα αυτό της εξυγίανσης των οικονομιών τους και τη δημιουργία ευρωστίας και ανθεκτικότητας, οι χώρες της περιοχής έχουν προβεί σε διάφορες ενέργειες με σκοπό την τόνωση του εμπορίου τους, ανάλογα με τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που διαθέτει η καθεμία, τη γεωγραφική της θέση και τις περιφερειακές της σχέσεις. Είναι γνωστό πως οι λατινοαμερικανικές χώρες επιδιώκουν στενές εμπορικές σχέσεις μεταξύ τους προωθώντας το ελεύθερο εμπόριο και προσπαθώντας να εναρμονίσουν τις πολιτικές που διέπουν το εμπόριο μεταξύ τους, ούτως ώστε να υπάρχει καλύτερη οργάνωση και ταχύτερες διαδικασίες.

Παράλληλα παρατηρείται μια επιθυμία των χωρών της περιοχής για συνεργασία με τις Η.Π.Α και τις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης, οι οποίες αποτελούν τους συνηθέστερους προορισμούς εξαγωγής αγαθών, αλλά και τους συνηθέστερους επενδυτές. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Ισπανία η οποία παραδοσιακά συμμετάσχει σε μεγάλο μέρος των επενδύσεων στην Αργεντινή.

1.7. Ανακεφαλαίωση

Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής είναι αν μη τι άλλο χώρες με αιματηρό παρελθόν και σχετικά νέες στον παγκόσμιο χάρτη, ενώ αναπόφευκτα παρουσιάζουν ποικίλα προβλήματα σε κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά επίπεδα. Ωστόσο ο 21ος αιώνας βρίσκει τις διοικήσεις των χωρών αυτών πιο ώριμες από ποτέ και έτοιμες να αποφύγουν τα λάθη του παρελθόντος, δημιουργώντας ένα κοινό μέτωπο σε εμπορικό επίπεδο με στόχο την παράλληλη στήριξη μεταξύ τους.

Το σίγουρο είναι πως, ενδεχόμενη επίτευξη του στόχου αυτού, δηλαδή της ενίσχυσης των λατινοαμερικανικών οικονομιών, θα επιφέρει μια σειρά από ευεργετικά οφέλη στις κοινωνίες των χωρών αυτών καθώς θα μειωθούν μεταξύ άλλων τα ποσοστά φτώχειας, ανεργίας και θα βελτιωθούν οι υγειονομικές συνθήκες για τον πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Υγειονομικές Συνθήκες και Συστήματα Υγείας στη Λατινική Αμερική

2.1. Εισαγωγή

Το επίπεδο των υγειονομικών συνθηκών σε μια χώρα ή μια περιφέρεια είναι αποτέλεσμα πολυσύνθετων παραγόντων, καθένας από τους οποίους διαδραματίζει το δικό του σημαντικό ρόλο στους τελικούς δείκτες που δείχνουν το υγειονομικό επίπεδο των κατοίκων μιας περιοχής. Θα μπορούσε να ειπωθεί πως το επίπεδο των υγειονομικών συνθηκών μιας περιοχής αποτελεί τον καθρέφτη της συγκεκριμένης κοινωνίας όσον αφορά το οικονομικό, κοινωνικό, και οργανωτικό υπόβαθρο, όπως επίσης και τις εκάστοτε πολιτικές συνθήκες που επικρατούν.

Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής αποτελούν ένα παράδειγμα τεράστιας ποικιλομορφίας σε θέματα πολιτισμικά, δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά, πολιτικά και οργανωτικά. Κατά συνέπεια εμφανίζουν τεράστιες διαφορές μεταξύ τους και σε θέματα υγειονομικών συνθηκών, όπως επίσης και στα συστήματα υγείας που διαθέτει η κάθε μία. Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια εξέτασης των παραγόντων που επηρεάζουν τις υγειονομικές συνθήκες των λατινοαμερικανικών κρατών με στόχο την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο των υγειονομικών συνθηκών που επικρατούν στις χώρες της Λατινικής Αμερικής σε γενικό επίπεδο.

2.2. Οικονομική Κατάσταση

Είναι ευκόλως αντιληπτό ότι η διαμορφωθείσα κατάσταση των υγειονομικών συνθηκών στην Λατινική Αμερική σήμερα είναι συνδεδεμένη άρρηκτα με το σύστημα υγείας στο οποίο βασίζεται η κάθε χώρα. Το σύστημα υγείας με την σειρά του, βασίζει τη μορφή και την αποτελεσματικότητά του στις οικονομικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούν σε κάθε κράτος. Η σχετικά πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση του 2008-2009 είχε πρωτοφανή αντίκτυπο στην παγκόσμια οικονομία παρασέρνοντας και τις οικονομίες των χωρών της Λατινικής Αμερικής. Το 2009 η πλειονότητα των χωρών

της περιφέρειας αντιμετώπισε υφειακές καταστάσεις στην οικονομία της, κάτι το οποίο αντικατοπτρίζεται και στη μείωση του κατά κεφαλήν εισοδήματος την περίοδο εκείνη.

Από το 2010 ωστόσο, οι περισσότερες οικονομίες της περιφέρειας επανεμφάνισαν αναπτυξιακά σημάδια με καταγραφή ανόδου της τάξης του 4,8% του ΑΕΠ σε συνολικό επίπεδο. Στο ίδιο έτος καταγράφηκαν και τα χαμηλότερα επίπεδα φτώχειας (31,4%) και υπερβολικής φτώχειας (12,3%) την τελευταία 20ετία. Στο τέλος του 2011 περίπου 177.000.000 κάτοικοι της περιοχής ζούσαν κάτω από τα επίπεδα της φτώχειας, ενώ 70.000.000 υπό δραματικές συνθήκες (*Pan American Health Organization, (2007)*). Μεταξύ του 2008 και 2010 πολλές λατινοαμερικανικές χώρες εφάρμοσαν φιλολαϊκά μέτρα στηρίζοντας τις κρατικές δαπάνες, στην προσπάθεια αποφυγής της ύφεσης.

Παράλληλα παρατηρείται μια επέκταση των εμπορικών δραστηριοτήτων με οδηγό τη Βραζιλία, μια εξέλιξη που έχει άμεση επίδραση στην οικονομία και κατ' επέκταση στους υπόλοιπους παράγοντες που επηρεάζουν τις υγειονομικές συνθήκες της περιοχής θετικά.

Η θετική αυτή άνοδος των δεικτών των λατινοαμερικανικών οικονομιών βρίσκεται βέβαια ακόμη σε πρώιμα στάδια, καθώς παρά το γεγονός της μακροοικονομικής σταθεροποίησης των οικονομιών, καταγράφονται περιοχές της λατινοαμερικανικής επικράτειας που εμφανίζουν τεράστιες διαφορές από τους υπόλοιπους σε οικονομικό και όχι μόνο επίπεδο και χρήζουν ανάγκης για αναδιαμόρφωση σε κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές υποδομές.

2.3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η περιοχή της Λατινικής Αμερικής την τελευταία δετία παρουσιάζει αύξηση στον αριθμό των κατοίκων που την απαρτίζουν, ενώ ο αριθμός αυτός αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται στα επόμενα χρόνια. Μεταξύ 2005 και 2010 παρατηρήθηκε μια μείωση από 6.9% σε 6.5% αναφορικά με τους θανάτους, η οποία ωστόσο δεν συνοδεύτηκε από ανάλογη αύξηση των γεννήσεων, καθώς την ίδια στιγμή ο δείκτης γεννητικότητας έπεσε στις 2.1 μονάδες από τις 2.3.

Η δημογραφική κατάσταση βέβαια, είναι αρκετά διαφοροποιημένη από χώρα σε χώρα. Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί η Κούβα, όπου ο μέσος όρος παιδιών ανά γυναίκα είναι μόλις 1.5%, σε αντίθεση με την Βολιβία και την Γουατεμάλα όπου το

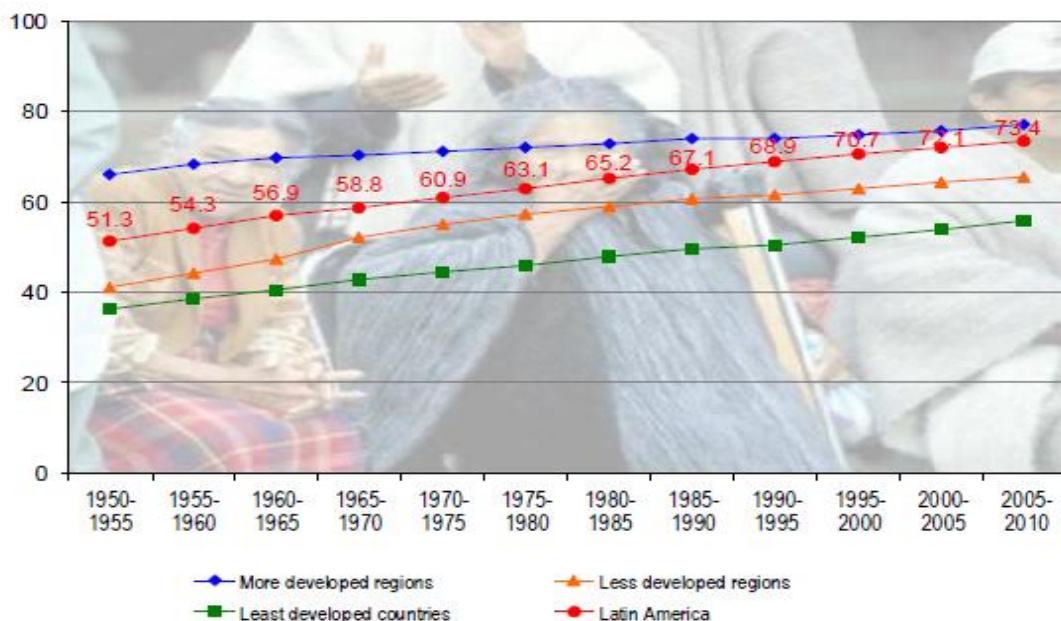
ποσοστό κυμαίνεται στο 3.3% και 4 % αντίστοιχα. Το προσδόκιμο ζωής στην Λατινική Αμερική αθροιστικά και για τα 2 φύλα έχει φτάσει για το 2010 τα 73.4 χρόνια και αναμένεται το 2050 να έχει αυξηθεί κατά 6.5 χρόνια ακόμα (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Ωστόσο η κατανομή αυτή του προσδόκιμου ζωής δεν είναι ίδια σε όλη την επικράτεια αλλά παρουσιάζονται διάφορες αυξομειώσεις ανάλογα με την περιοχή και την οικονομική της κατάσταση. Για παράδειγμα η Βολιβία και η Χιλή, αν και είναι γειτονικές χώρες παρουσιάζουν τεράστια διαφορά στο δείκτη του προσδόκιμου ζωής με την πρώτη για το 2010 να κυμαίνεται στα 66.8 έτη και τη δεύτερη στα 79.2.

Διαφορές παρατηρούνται επίσης και μέσα στις επικράτειες των χωρών με χαρακτηριστικότερη την Κολομβία όπου η θνησιμότητα στα παιδιά για το 2010 ήταν 11.3 φορές μεγαλύτερη στις φτωχές περιοχές από ότι στις πιο εύπορες. Η Λατινική Αμερική αν και το 1950 βρισκόταν σε αρκετά δυσχερή θέση αναφορικά με το προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τις περισσότερο ανεπτυγμένες περιοχές, κατόρθωσε σταδιακά να μειώσει την ψαλίδα όπως φαίνεται και στο *Διάγραμμα 2.1*.

Διάγραμμα 2.1

Εξέλιξη του προσδόκιμου ζωής στην Λατινική Αμερική (1950-2010)



Πηγή: <http://esa.un.org/unpp>

Παρά το γεγονός ότι αρκετές χώρες της λατινοαμερικανικής επικράτειας ζούνε κάτω από το όριο της φτώχειας παρατηρούμε ότι η Λατινική Αμερική έχει ένα αρκετά υψηλό ποσοστό προσδόκιμου ζωής, το οποίο σίγουρα θα ήταν αρκετά υψηλότερο εάν δεν υπήρχαν τόσες χαοτικές διαφορές ανάμεσα στις χώρες της περιφέρειας.

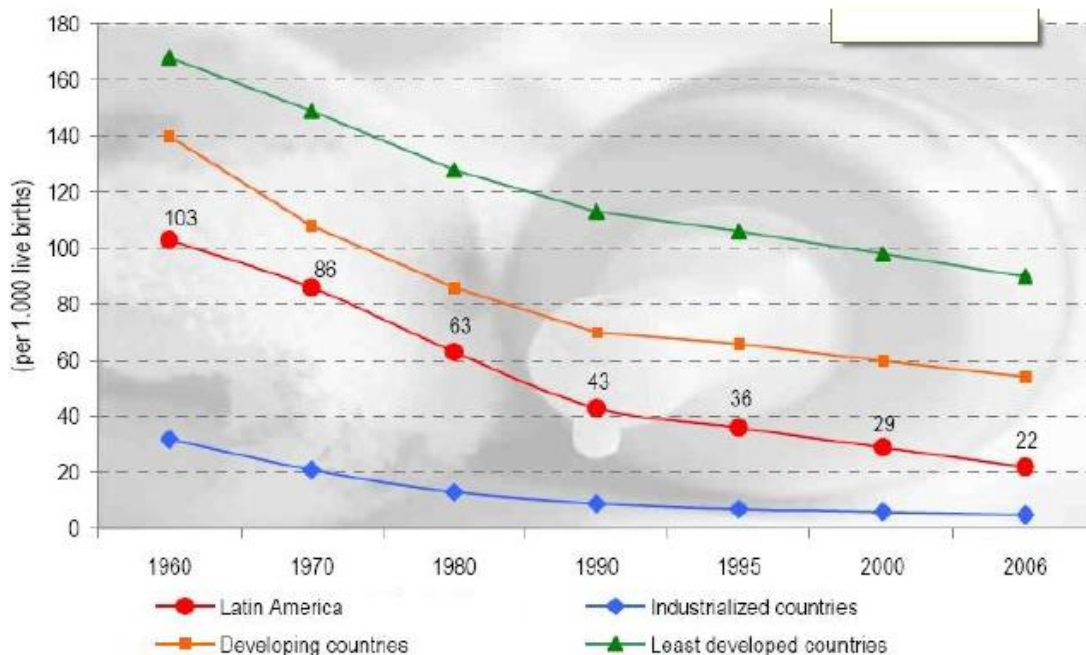
Η Λατινική Αμερική αποτελείται από περιοχές όπου ο πληθυσμός βρίσκεται κατά ένα μεγάλο μέρος του στο κατώφλι της τρίτης ηλικίας. Οι αριθμοί λένε ότι το 2020 θα ζούνε στην επικράτεια περί τα 100.000.000 ατόμων των οποίων η ηλικία θα ξεπερνάει τα 60 έτη (*Health in the Americas: Regional Outlook and Country Profiles 2012 Edition*). Παράλληλα, αναμένεται το 50% των ατόμων που έχουν γεννηθεί στις χώρες αυτές να έχουν φτάσει το 80ό ηλικιακό έτος. Αυτή η εξέλιξη θα έχει ως απότοκο μια πρωτοφανή ιδιομορφία για τα χρονικά δεδομένα, την ύπαρξη 4 γενεών ταυτόχρονα. Τα στοιχεία αυτά βεβαίως από τη μία όψη του νομίσματος δείχνουν ενθαρρυντικά καθώς η αύξηση του γηρασκόμενου πληθυσμού οφείλεται στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, το οποίο με τη σειρά του αποδίδεται στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας στις λατινικές χώρες. Από την άλλη όμως, λαμβάνοντας υπόψη τη στασιμότητα του ρυθμού αύξησης της γεννητικότητας που παρατηρείται στο σύνολο της επικράτειας μπορούμε να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα της σταδιακής απαξίωσης ενός μεγάλου μέρους του εργατικού δυναμικού το οποίο δεν θα ανανεώνεται, με αποτέλεσμα την δημιουργία οικονομικών και δημογραφικών (μεταξύ άλλων) προβλημάτων.

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα που ξεπερνούν το 80ό έτος έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έλθουν αντιμέτωπα με τη φτώχεια και να βιώσουν την κοινωνική απαξίωση η οποία έρχεται σταδιακά με το πέρας του χρόνου. Οι χώρες που βιώνουν αυτή την αλλαγή στην ηλικιακή δομή με ταχύτατο ρυθμό, θα αντιμετωπίσουν αρκετά γρήγορα διάφορα ζητήματα. Για παράδειγμα, στο Μεξικό το 2016 αναμένεται το ποσοστό ατόμων με ηλικία 60 έτη και άνω να κυμαίνεται στο 7%, με τον αριθμό αυτό να διπλασιάζεται το 2038, δηλαδή σε μόλις 22 χρόνια. Η Γαλλία είχε την ίδια αύξηση του συγκεκριμένου ποσοστού μεταξύ 1864 και 1979, χρειάστηκε δηλαδή 93 έτη περισσότερα. Αυτή η παρατηρούμενη “υγιής γήρανση” προέρχεται κατά κύριο λόγο από την κρατική μέριμνα και όχι από ιδιωτικά προγράμματα πρωτοβουλίας. Αυτό συμβαίνει κυρίως διότι ο δείκτης συνολικής εξάρτησης στη Λατινική Αμερική αγγίζει το 53.3 %, με τα περισσότερα άτομα που αντιμετωπίζουν θέματα να προέρχονται από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα (*Giedion, U. και Bitran, R. και Tristao, I. (2014)*).

Η βρεφική θνησιμότητα στην περιφέρεια έχει μειωθεί θεαματικά μεταξύ του 1960 και του 2006, καθώς από 103 θανάτους στις 1000 γεννήσεις το ποσοστό έφτασε στο 22 της Χιλής. (Διάγραμμα 2.2.) Ο μέσος αυτός όρος κρύβει πολλές αυξομειώσεις βέβαια, με την διαφορά των ποσοστών να κυμαίνεται σε ορισμένες χώρες μέχρι και στις 50 μονάδες. Η Χιλή έχει το χαμηλότερο ποσοστό νεογνικών θανάτων που δεν ξεπερνάει το 8% ενώ στην αντίθετη πλευρά η Βολιβία αγγίζει το 50 %. Όπως και στο προσδόκιμο ζωής, παρατηρείται ότι τα ποσοστά βρεφικών θανάτων για την Νότιο Αμερική πλησιάζουν σταδιακά τα ποσοστά των ανεπτυγμένων χωρών, τα οποία για το 2006 όμως κυμαίνονται κάτω από 10%. Κύριοι λόγοι που οδηγούν στους βρεφικούς θανάτους είναι η ασφυξία, η σήψη και το χαμηλό βάρος γέννησης.

Διάγραμμα 2.2.

Εξέλιξη δεικτών βρεφικής θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο (1960-2006)



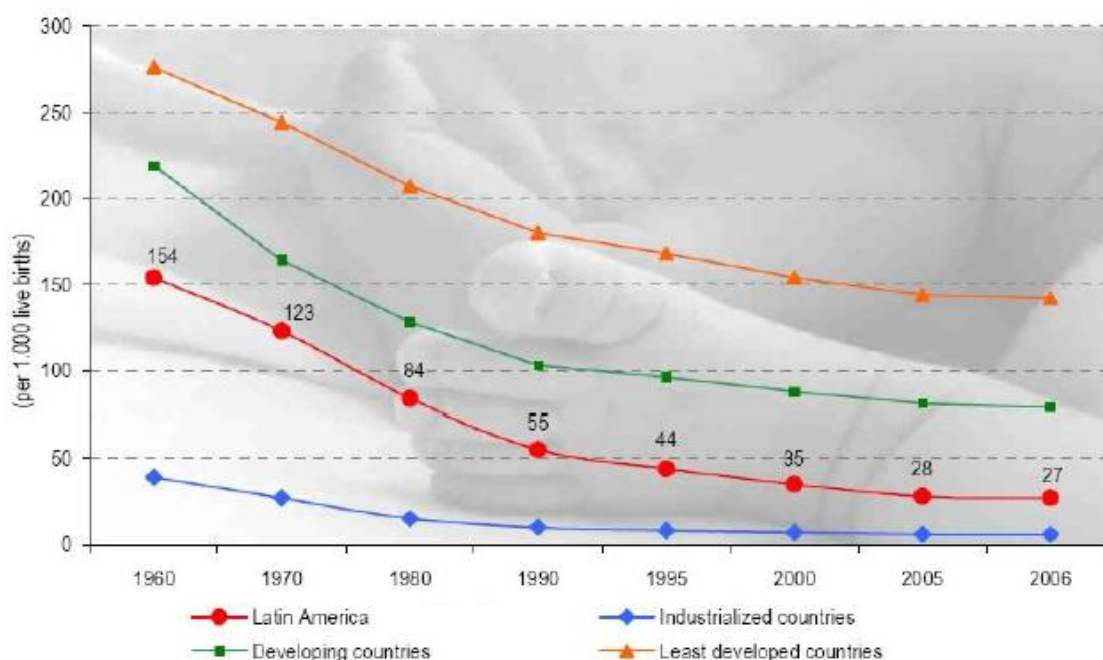
Πηγή: www.childinfo.org

Παρόμοια είναι η κατάσταση και στα ποσοστά θνησιμότητας των παιδιών κάτω των 5 ετών. Μεταξύ 1960 και 2006 το ποσοστό μειώθηκε κατακόρυφα και κυμάνθηκε στο

27 ανά 1000 γεννήσεις με το αντίστοιχο ποσοστό των περισσότερο ανεπτυγμένων χωρών να κυμαίνεται κοντά στο 10% για το 2006. Σίγουρα πάντως η διαφορά με τις αναπτυσσόμενες περιοχές είναι χαοτική και παραμένει στα ίδια επίπεδα από το 1960, όπως μπορούμε να δούμε και στο *Διάγραμμα 2.3*.

Διάγραμμα 2.3.

Εξέλιξη δεικτών θνησιμότητας μέχρι την ηλικία των 5 ετών στη Λατινική Αμερική σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο (1960-2006)



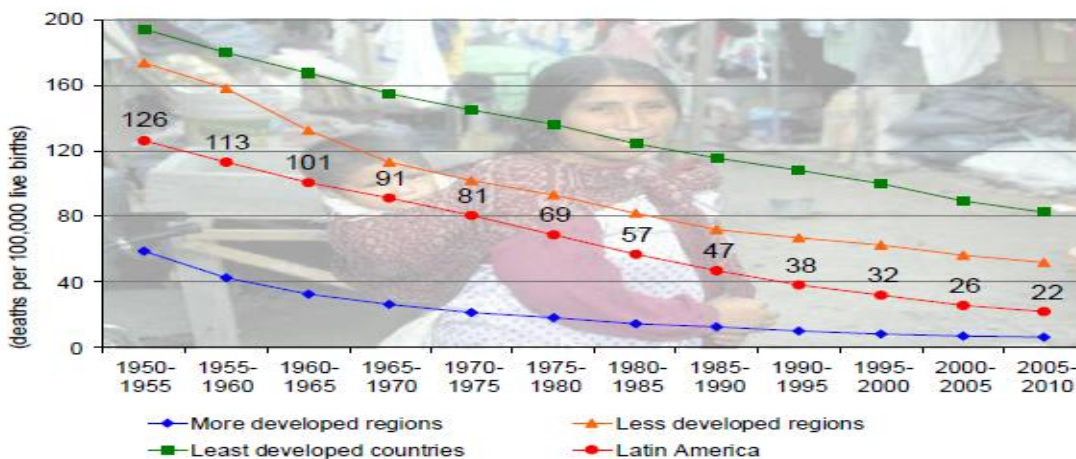
Πηγή: www.childinfo.org.

Αναφορικά με τη μητρική θνησιμότητα παρατηρούνται θετικότερες εξελίξεις από το 1950 έως το 2010, καθώς το ποσοστό ελαττώθηκε κατά 104 θανάτους ανά 100.000 μητέρες φτάνοντας το 22 ανά 100.000. Ο αριθμός είναι ακόμη αρκετά μεγάλος σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες, ωστόσο η διαφορά έχει μειωθεί αισθητά σε σχέση με την χαώδη αντίθεση που υπήρχε το 1960, όταν το ποσοστό στη Λατινική Αμερική ήταν 126 ανά 100.000 και στις περισσότερο ανεπτυγμένες περιοχές της μόλις 65/100.000 (*Διάγραμμα 2.4*).

Σύμφωνα με μελέτη του Ο.Η.Ε το 73% των περιπτώσεων θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί καθώς οφείλονται κυρίως σε δυσκολίες πρόσβασης στα συστήματα υγείας, σε ανύπαρκτη σεξουαλική εκπαίδευση και στη δυσκολία εύρεσης αντισυλληπτικών χαπιών. Οι θάνατοι προέρχονται επίσης από αιμορραγίες κατά τη διάρκεια του τοκετού, προδίδοντας έτσι την έλλειψη ενός ικανοποιητικού και υποστηρικτικού συστήματος υγείας. Αν και η στήριξη των οικογενειών έχει αναπτυχθεί με διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα που σκοπός τους είναι η καλύτερη ενημέρωση των εφήβων σχετικά με την σεξουαλική αγωγή, ο στόχος του 67% που αντιστοιχεί στο ποσοστό των ανεπτυγμένων χωρών είναι ακόμη ουτοπικός. Ετησίως ο αριθμός των απρογραμμάτιστων κυήσεων σε έφηβες πλησιάζει τις 600.000 (WHO (2012)). Σχετικά με τους προγεννητικούς ελέγχους, αν και γίνονται αρκετοί στις εγκύους, η ποιότητά τους και η αξιοπιστία τους αποτελούν τροχοπέδη για ένα υγιές αποτέλεσμα.

Διάγραμμα 2.4

Εξέλιξη των δεικτών μητρικής θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική σε σύγκριση με τον υπόλοιπο κόσμο (1950-2010)



Πηγή: <http://esa.un.org/unpp>

Η Λατινική Αμερική αποτελεί σε μέσο όρο μία από τις πιο αστικοποιημένες περιοχές της γης, με το ποσοστό των κατοίκων στις πόλεις να είναι 79.4 % για το 2010. Το φαινόμενο αυτό υποβοήθησε την άνοδο του αριθμού των φτωχών στις μεγάλες πόλεις

λόγω της έλλειψης θέσεων εργασίας, με αποτέλεσμα τα άτομα που ζούνε κάτω από το όριο της φτώχειας να κυμαίνονται το 2007 σε 127 εκατομμύρια.

Αναφορικά με τον μεταναστευτικό πληθυσμό ο οποίος προέρχεται από την Λατινική Αμερική, το 3.3% του πληθυσμού της συγκεκριμένης επικράτειας αναζητεί διαφορετική χώρα για εργασία, με τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής να αποτελούν τον νούμερο ένα προορισμό, λόγω των ευκαιριών εργασίας και της ύπαρξης μεγάλου αριθμού ισπανόφωνων ατόμων που ήδη είναι εγκατεστημένα. Το μεγαλύτερο μέρος μεταναστών που προέρχονται από τη Λατινική Αμερική και απελαύνονται πίσω στη χώρα τους αποτελείται από αναλφάβητα άτομα και άτομα που ασχολούνται με χειρωνακτικές ως επί το πλείστον εργασίες. Η απέλαση εγκυμονεί υγειονομικούς κινδύνους για τα συγκεκριμένα άτομα, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν και τους κατοίκους του τόπου προορισμού τους.

2.4. Κοινωνικά χαρακτηριστικά

Η λατινοαμερικανική περιφέρεια χαρακτηρίζεται από μεγάλο ποσοστό ανισότητας ανάμεσα στον πληθυσμό. Το 36.5% του πληθυσμού ζει σε συνθήκες φτώχειας, ενώ η ανέχεια μαστίζει το 13.3% του συνολικού πληθυσμού σύμφωνα στατιστικά στοιχεία της *ECLAC (Οικονομική Επιτροπή Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής)* για το 2009. Η εισοδηματική ανισότητα στη συγκεκριμένη περιφέρεια αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες παγκοσμίως σύμφωνα με την ίδια πηγή, με ποσοστό 56% για το 2008.

Το γεγονός όμως ότι η Λατινική Αμερική δεν επηρεάστηκε σε τόσο μεγάλο βαθμό από την χρηματοπιστωτική κρίση όπως οι υπόλοιπες χώρες, τη βοήθησε να βελτιώσει τη θέση της. Η σχετική αυτή βελτίωση έχει να κάνει κυρίως με την αύξηση των εργατικών μισθών και την προαγωγή πολιτικών πρακτικών για αποδοτικότερη ανακατανομή του πλούτου. Το 2011 έγιναν περί τα 283 εκατομμύρια προσλήψεις (60.2% του συνόλου του εργατικού δυναμικού της Λατινικής Αμερικής), με το ποσοστό των εργασιών που αφορούν κυρίως υπηρεσίες να φτάνει το 61.6%. Στον αγροτικό τομέα απασχολείται περί το 15% του εργατικού δυναμικού (*Kantar Health, (2011)*).

Η μαζική είσοδος γυναικείου εργατικού δυναμικού στην αγορά εργασίας μεταξύ 2000 και 2010 βελτίωσε το ποσοστό των εργαζόμενων γυναικών από το 47.3% σε 52.8% με τους μισθούς όμως να παραμένουν χαμηλοί στη συγκεκριμένη κατηγορία. Γενικά η ανεργία στις αποκεντρωμένες περιοχές έχει μειωθεί κατά 6.8%, αλλά η

ανεργία, η μαύρη απασχόληση και η υποαπασχόληση εξακολουθούν να υπάρχουν σε υψηλά επίπεδα στα άτομα ηλικίας 15-25 ετών.

Η μαύρη απασχόληση ποικίλει ανά χώρα και είναι ένας σημαντικότερος λόγος ύπαρξης της φτώχειας αλλά και της αναξιοκρατίας. Το 2011 ο *Διεθνής Οργανισμός Εργασίας* εκτίμησε τα άτομα που εξαναγκάστηκαν σε κάποιου είδους εργασία σε 1.3 εκατομμύρια, ενώ τα παιδιά κάτω των 15 ετών που εργάζονταν ξεπερνούσαν τα 10.7 εκατομμύρια. Αν και οι κίνδυνοι από τις εξαναγκαστικές εργασίες και τις εργασίες όπου απασχολούνται παράνομα ανήλικοι κάτω των 15 ετών είναι σίγουρα αρκετοί, δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την δημοσιοποίησή τους. Οι μελέτες επικεντρώνονται σε στοιχεία αναφορικά με κινδύνους σε εργασίες του επίσημου τομέα, κυρίως λόγω της ευκολίας εύρεσης έγκυρων πληροφοριών. Έτσι για το έτος 2009 η ασφαλιστική κάλυψη για τους εργατικούς κινδύνους των εργατών κυμάνθηκε από 12% έως 87%. Για το 2012 υπολογίζεται πως το 46% του πληθυσμού ήτοι 230 εκατομμύρια άνθρωποι δεν έχουν κάποιου είδους ασφαλιστική κάλυψη (κοινωνική ή ιδιωτική).

Η εκπαίδευση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της επιτυχίας όχι μόνο ατομικά, αλλά και σε συλλογικό επίπεδο. Η σωστή παιδεία συνδέεται άρρηκτα με την καλή υγεία σε ένα άτομο, και μαζί μπορούν να βελτιώσουν την εικόνα σε ένα ολόκληρο κράτος τόσο στον οικονομικό, όσο και στον πολιτιστικό τομέα. Στη Λατινική Αμερική έχουν γίνει πολλές κινήσεις προς αυτή την κατεύθυνση, με αποτέλεσμα να αυξηθεί το εύρος των παιδιών που λαμβάνουν εκπαίδευση κατά 7 ποσοστιαίες μονάδες μέσα σε 20 χρόνια (88% για το 1990-95% για το 2010).

Η βαρύτητα των πολιτειών της εκάστοτε χώρας πέφτει κυρίως στους εφήβους οι οποίοι παρατούν το σχολείο λίγο πριν αποφοιτήσουν, καθώς σε αυτές τις περιπτώσεις συναντούμε μεγάλο ποσοστό απρογραμματίστων κινήσεων και εφηβικών θανάτων και ασθενειών. Μελέτες που έχουν διεξαχθεί δείχνουν ότι για να καταφέρει ένας κάτοικος της Λατινικής Αμερικής να αλλάξει τις συνθήκες ζωής του θα πρέπει να έχει αποφοιτήσει τουλάχιστον από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Αυτή τη στιγμή τα άτομα που έχουν καταφέρει να πάρουν απολυτήριο λυκείου είναι μόλις το 50% περίπου του συνολικού πληθυσμού, με μερικές χώρες να βρίσκονται σε ακόμη χειρότερη κατάσταση (38%) από τον μέσο όρο.

Η ισότητα ανάμεσα στα 2 φύλα αποτελεί σημαντικότερο ζήτημα για τις λατινοαμερικανικές χώρες, κάτι που αντικατοπτρίζεται και στα πολιτικά δρώμενα

χωρών που ανήκουν στην περιοχή. Αν και το ποσοστό των ανδρών είναι ακόμη υψηλότερο, οι γυναίκες έχουν αυξήσει τον αριθμό τους στην πολιτική ζωή κατά 20 %. Παράλληλα αρχίζει να υπάρχει μεγαλύτερη ανοχή και στήριξη για ομάδες ατόμων με διαφορετικά στοιχεία από τον κοινό πληθυσμό, όπως οι ομοφυλόφιλοι.

Στη Λατινική Αμερική την φροντίδα των υπερηλίκων αναλαμβάνουν κατά κύριο λόγο οι γυναίκες, συμβάλλοντας έτσι σε ένα περίεργο και ευαίσθητο κοινωνικό ζήτημα. Η απασχόλησή τους στον συγκεκριμένο τομέα αγγίζει το 90% ενώ σύμφωνα με προβλέψεις αναμένεται το ποσοστό αυτό να αυξηθεί περαιτέρω. Οι ιθαγενείς της περιφέρειας αποτελούν το 10% του συνολικού πληθυσμού. Συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με τον κοινωνικό αποκλεισμό και διάφορα κοινωνικά στερεότυπα. Υπολογίζεται ότι οι ιθαγενείς στην Λατινική Αμερική αμείβονται έως και 54% λιγότερο από τους υπόλοιπους κατοίκους της περιοχής, αποκτώντας έτσι διάφορα προβλήματα που έχουν αντίκτυπο στην οικονομική ευημερία και στην υγεία τους (Musgrove, F. (2007).

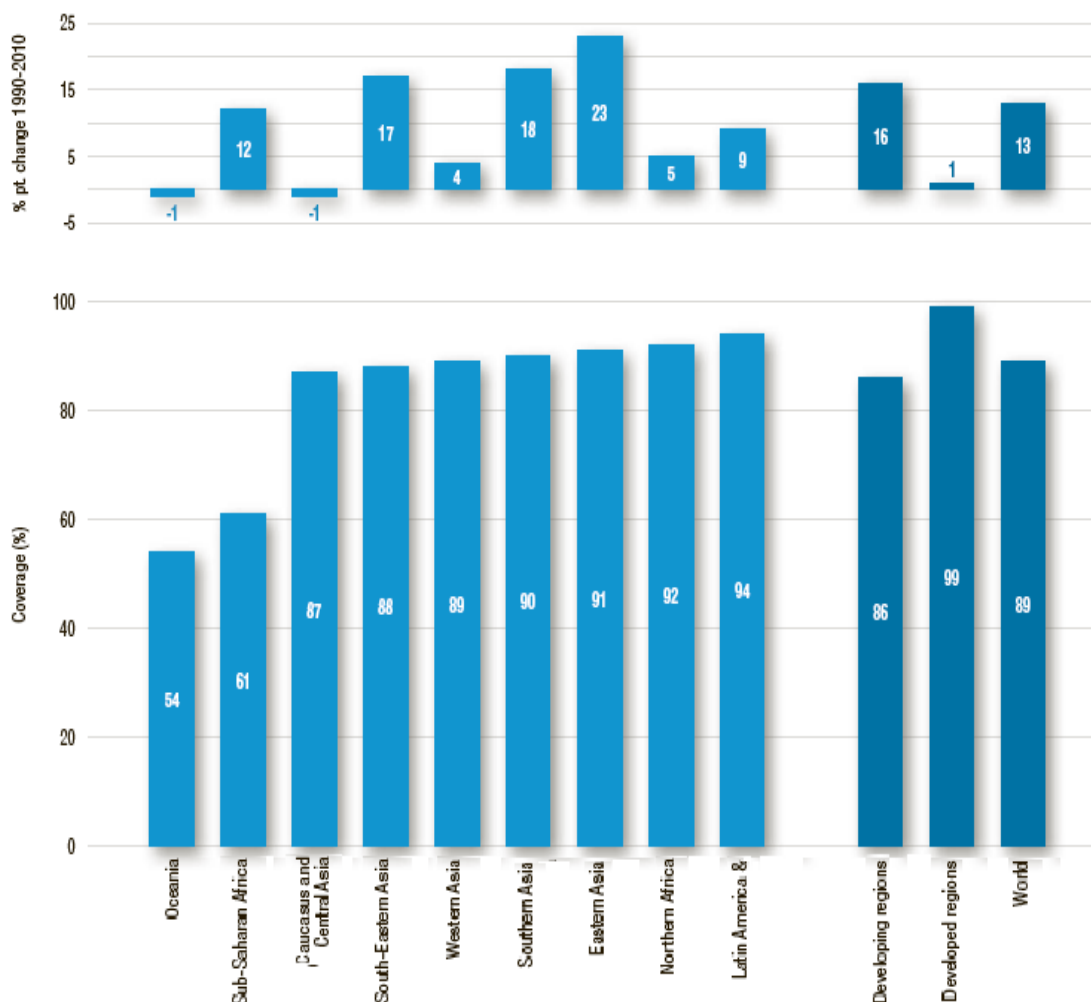
2.5. Περιβαλλοντικές συνθήκες

Υπολογίζεται πως το 25% των ασθενειών προέρχεται από περιβαλλοντολογικές ανισορροπίες, κάτι το οποίο έχει δημιουργήσει ισχυρό αντίκτυπο στις λατινοαμερικανικές κοινωνίες . Μεταξύ του 2008 και 2010 τα άτομα που θεωρούσαν ότι το υγιές περιβάλλον επηρεάζει την υγεία αυξήθηκαν από 84% σε 88% ενώ τα άτομα που θεωρούσαν σημαντικότερη την οικονομία από το περιβάλλον μειώθηκαν από 37% σε 17%. Μεταξύ 1992 και 2012, η πρόσβαση σε υδάτινους πόρους αυξήθηκε από 86% σε 92% αλλά δεν συνέβη κάτι παρόμοιο και στη βασική υγιεινή, η οποία αυξήθηκε μόνο κατά 8 ποσοστιαίες μονάδες (78%) (Unicef & World Health Organization, (2012).

Η πρόσβαση σε πόσιμο νερό εξακολουθεί να υφίσταται σαν πρόβλημα για την λατινοαμερικανική περιφέρεια με μεγάλες αυξομειώσεις στο ποσοστό πρόσβασης ανά χώρα αλλά και ανά περιοχή μέσα σε μια χώρα. Το ποσοστό συνολικής πρόσβασης σε πόσιμο νερό φτάνει το 92% στη Λατινική Αμερική, δηλαδή αυξήθηκε κατά 9 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 1990 και είναι κατά 5% μεγαλύτερο σε σχέση με τον παγκόσμιο μέσο όρο, ξεπερνώντας κατά πολύ περιφέρειες όπως η Ωκεανία και η Σαχαρική Αφρική, ωστόσο η σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες την βρίσκει πίσω κατά 7% (Διάγραμμα 2.5)

Διάγραμμα 2.5

Εξέλιξη ποσοστού κάλυψης σε πόσιμο νερό παγκοσμίως (1990-2010)



Πηγή: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) (2006)

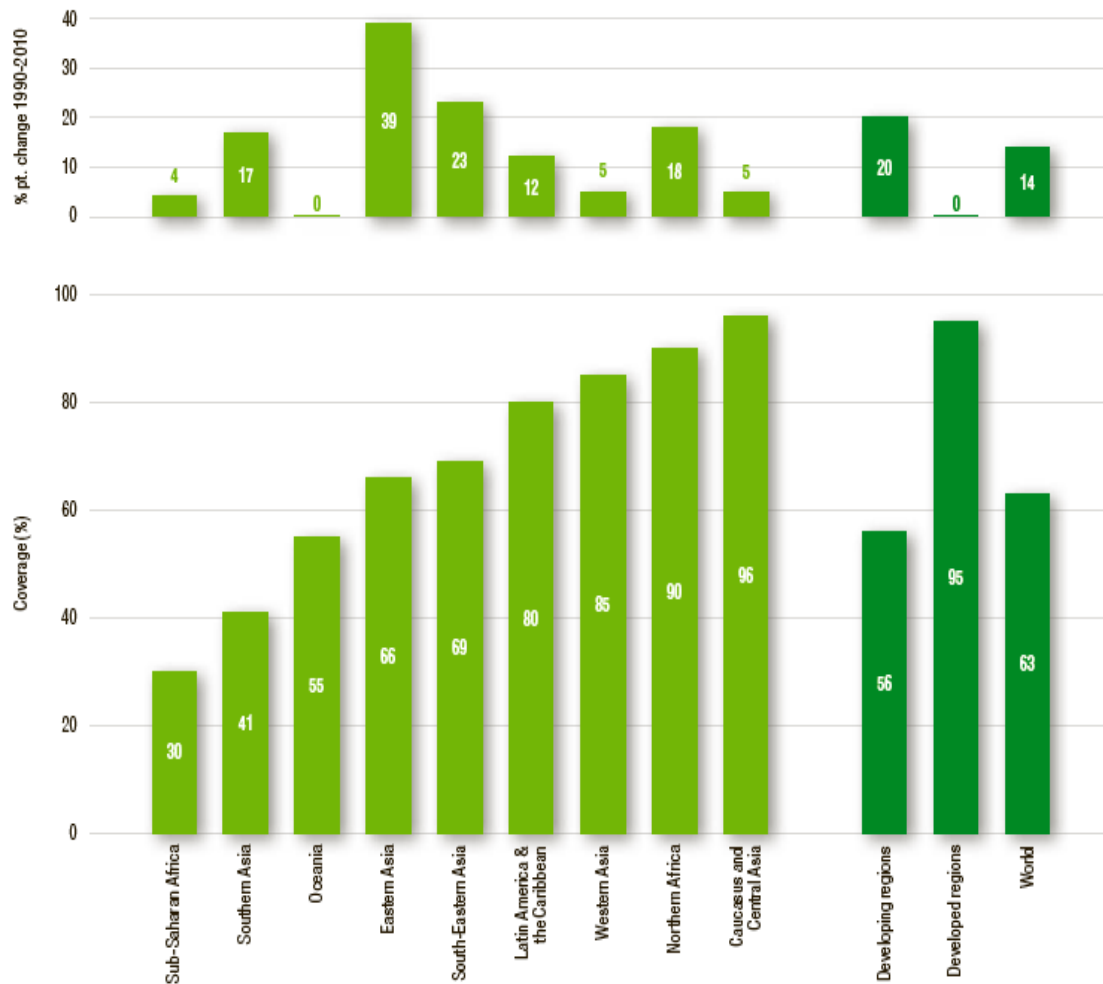
Παρά το σχετικά μεγάλο ποσοστό κάλυψης σε πόσιμο νερό σε σχέση με άλλες περιφέρειες και τον παγκόσμιο μέσο όρο, παρατηρείται ανισοκατανομή της πρόσβασης μέσα στη λατινοαμερικανική επικράτεια μεταξύ χωρών που ανήκουν σε αυτή.

Παράλληλα με το πόσιμο νερό η Λατινική Αμερική συναντά σε μεγαλύτερη ακόμη ένταση το πρόβλημα της χαμηλής υγιεινής που συναντάται στις χώρες της. Η κάλυψη των κατοίκων της σε συνθήκες άρτιας υγιεινής φτάνει το 80% με τη βελτίωση του

ποσοστού αυτού από το 1990 να κυμαίνεται σε 12 μονάδες, τη στιγμή που περιφέρειες όπως η Δυτική Ασία βελτίωσαν την θέση τους κατά 39%, έχοντας βέβαια μεγαλύτερα περιθώρια ανάπτυξης. Η σύγκριση της λατινοαμερικανικής περιφέρειας με το μέσο όρο παγκοσμίως την βρίσκει σε σαφώς καλύτερη θέση αφού τον ξεπερνά κατά 17 ποσοστιαίες μονάδες, παραμένει ωστόσο αρκετά πίσω από τον μέσο όρο των ανεπτυγμένων χωρών κατά 15%. (Διάγραμμα 2.6).

Διάγραμμα 2.6

Εξέλιξη ποσοστών κάλυψης σε υγιεινή παγκοσμίως (1990-2010)

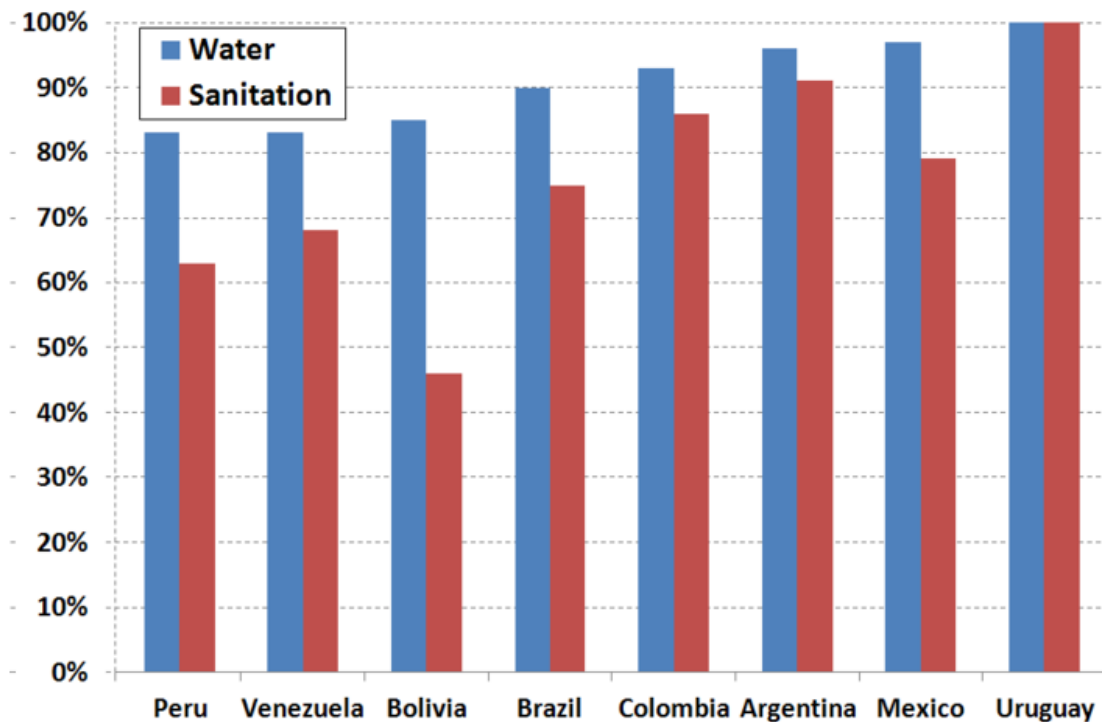


Πηγή: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) (2006)

Υπολογίζεται πως στη Λατινική Αμερική μόλις το 51 % του πληθυσμού έχει σύνδεση με αποχέτευση ενώ μόλις το 15% των χρησιμοποιημένων νερών φτάνουν σε εγκαταστάσεις συλλογής και επεξεργασίας.

Διάγραμμα 2.7

Κάλυψη σε νερό και υγιεινή σε επιλεγμένες λατινοαμερικανικές χώρες για το 2004.



Πηγή: WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP)(2006)

Υπολογίζεται πως τουλάχιστον 100 εκατομμύρια πολιτών είναι εκτεθειμένα σε μολυσμένο αέρα, κάτι στο οποίο αποδίδονται και 133.000 θάνατοι κάθε έτος. Παράλληλα, μολυσματικές ποσότητες αέρα ακόμη και μέσα στις κατοικίες αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για την υγεία χιλιάδων κατοίκων, ειδικά στις φτωχότερες περιοχές. Οι πιο εκτεθειμένοι είναι κυρίως οι γυναίκες και τα παιδιά που μένουν συνήθως σπίτι με αποτέλεσμα να εισπνέουν τοξικά αέρια σε περιοχές όπου είναι εγκατεστημένες εργοστασιακές μονάδες.

Σύμφωνα με μελέτες υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της έκθεσης σε μολυσματικά αέρια που εισπνέουν τα άτομα μέσα στο σπίτι με πιθανό πρόωρο θάνατο. Η έκθεση σε χημικά στοιχεία αποτελεί υγειονομικό πρόβλημα και μάλιστα σοβαρότατο για το οποίο όμως δεν έχουν δρομολογηθεί ακόμη αποτελεσματικά μέτρα από τις κυβερνήσεις. Μεταξύ του 1999 και του 2009 η παραγωγή χημικών προϊόντων διπλασιάστηκε αγγίζοντας το ποσό των 260.5 δις σε \$ από 127.5 δις \$ (*Pan American Health Organization, (2007)*). Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να μειωθούν οι παραγόμενες ποσότητες συγκεκριμένων προϊόντων όπως ο υδράργυρος και ο ασβέστης καθώς θεωρείται ότι σχετίζονται με πιθανές εμφανίσεις νεοπλασματικών ασθενειών. Η μη ικανοποιητική μελέτη πιθανού συσχετισμού μεταξύ εμφάνισης διαφόρων νόσων στον πληθυσμό και συγκεκριμένων χημικών ουσιών έχει ως αποτέλεσμα τη μη πρόληψη ιδιαίτερα για τις ευπαθείς ομάδες του κοινωνικού συνόλου (π.χ. ανήλικους) άρα και την έκθεσή τους σε αυτές τις επικίνδυνες ουσίες.

Η λατινοαμερικανική περιφέρεια αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα σε ορισμένες περιοχές που αφορούν την κακή ποιότητα του πόσιμου νερού, παράγοντας νευραλγικός για την καλή υγεία των κατοίκων μιας περιοχής. Η έλλειψη νερού και τροφίμων ή η κακή ποιότητά τους μπορούν να φέρουν διαφόρων ειδών ασθένειες επιδημικού χαρακτήρα σε μια κοινότητα, θέτοντας σε κίνδυνο μεγάλο μέρος των ατόμων που ζουν σε μια τέτοια περιοχή.

Τέλος, υπάρχουν στοιχεία ότι με την κλιματική αλλαγή υφίσταται ορατός κίνδυνος εκδήλωσης καταστροφικών φαινομένων (π.χ. σεισμοί, τσουνάμι) τα οποία αποτελούν πρόκληση για τις δημοτικές αρχές να δείξουν την οργάνωση και ετοιμότητά τους ούτως ώστε να ελαχιστοποιηθεί σε κάθε περίπτωση ο αριθμός πιθανών θυμάτων.

2.6. Τα συστήματα υγείας

Τα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών της Λατινικής Αμερικής είναι πολύ διαφορετικά μεταξύ τους όσον αφορά την οργανωτική τους δομή και τους στόχους, καθώς ρόλο στην εκάστοτε μορφή συστήματος υγείας διαδραματίζουν οι θεσμοί και οι αρχές που διέπουν τη δημόσια και την ιδιωτική ζωή των κατοίκων του εκάστοτε κράτους. Έτσι παρατηρούμε συστήματα υγείας που χαρακτηρίζονται από μια πιο λαϊκή προσέγγιση και είναι πιο κοντά στους πολίτες, όπως στο Μεξικό και συστήματα υγείας που αποκτούν μεικτό προσανατολισμό όπως στη Βραζιλία, το Εκουαδόρ και το Περού.

Σε όλες τις χώρες οι ιδιωτικές δαπάνες (συμπεριλαμβανομένων των άμεσων out-of-pocket³ δαπανών και των εθελοντικών εισφορών για την ιδιωτική διαχείριση) είναι η μεγαλύτερη συνιστώσα των εθνικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και κυμαίνονται από 66% στη Βραζιλία σε περίπου 50% στο Εκουαδόρ και το Περού.

Παρά το γεγονός ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (ιδιωτικές και δημόσιες) έχουν αυξηθεί μεταξύ των ετών 2000 και 2005 σε όλες τις χώρες, υπολείπονται ακόμα κατά πολύ των δαπανών σε επίπεδα δυτικών χωρών υψηλού εισοδήματος.

Η πλειονότητα των συστημάτων υγείας που συναντούμε στη Λατινική Αμερική χαρακτηρίζεται από καταταμήσεις, οι οποίες εκδηλώνονται μέσα από μια ποικιλία πηγών χρηματοδότησης του συστήματος. Η παροχή υπηρεσιών υγείας δεν είναι ενιαία καθώς διαθέτει πολλούς διαφορετικούς υγειονομικούς οργανισμούς, διαφορετικές εγκαταστάσεις και διάφορα παραρτήματα τα οποία είναι ανεξάρτητα από το υγειονομικό σύστημα. Η πραγματικότητα αυτή έχει ως απότοκο την ύπαρξη ανισότητας όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τους πολίτες, ενώ η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μειώνεται σε αρκετά υψηλό βαθμό. Χαρακτηριστικό είναι το ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας, το οποίο κυμαίνεται στο 27%, δηλαδή 125 εκατομμύρια άτομα. Οι παράγοντες που δρουν ως συνιστώσες για τη δημιουργία αυτής της κατάστασης είναι περίπλοκοι και είναι κυρίως κοινωνικοί, πολιτικοί και οικονομικοί.

Συγκρίνοντας τη σημερινή πραγματικότητα με το παρελθόν, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έχει βελτιωθεί αισθητά από το 1950, τόσο από την άποψη ποσοστού του πληθυσμού που μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση σε κάποιο σύστημα υγείας, όσο και από την άποψη της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται.

Παρά την αισθητή αυτή βελτίωση στα ποσοστά πρόσβασης στα συστήματα υγείας από τους πολίτες, υπάρχουν ακόμα μεγάλα περιθώρια εξέλιξης τα οποία θα μπορούσαν σταδιακά να οδηγήσουν σε μια εικόνα εξομάλυνσης των τεράστιων διαφορών που παρατηρούνται στα ποσοστά πρόσβασης, όχι μόνο σε επίπεδο κρατών, αλλά και σε επίπεδο περιοχών που ανήκουν στην ίδια χώρα. Για παράδειγμα, το Ενιαίο Σύστημα Υγείας που δημιουργήθηκε στη Βραζιλία το 1989, είναι μια ολοκληρωμένη και

3 Δαπάνες τις οποίες ο πολίτης καλείται να πληρώσει με μετρητά, για τις οποίες θα αποζημιωθεί μελλοντικά.

καθολική μορφή συστήματος υγείας το οποίο είναι βασισμένο στη φορολογία και παρέχει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο. Ωστόσο στην περιοχή συνολικά, η ανισότητα όσον αφορά τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθεί να είναι εξαιρετική. Στη Βολιβία το 97,9% των ανθρώπων που λαμβάνουν το υψηλότερο εισόδημα έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αλλά από τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία εξαιρετικά χαμηλού εισοδήματος μόλις το 19,8% έχει πρόσβαση (Bossert, J. T. (2000)).

Στο Περού το 96,7% των ατόμων που ανήκουν στην υψηλότερη κοινωνική βαθμίδα έχουν πρόσβαση στα συστήματα υγείας, σε σύγκριση με τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα όπου πρόσβαση έχει το 14,3%. Στη Γουατεμάλα, τα ποσοστά είναι παρόμοια (91,5% και 9,3%)

Σε ορισμένες χώρες έχουν αναπτυχθεί κάποιες νέες στρατηγικές για να χρηματοδοτήσουν τις δαπάνες για την υγεία. Για παράδειγμα στο Μεξικό μια κυβερνητική μεταρρύθμιση που ονομάζεται «Seguro Popular» καλύπτει πλέον πάνω από 45 εκατομμύρια πολίτες καταργώντας τις out-of-pocket δαπάνες και παρέχοντας ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Αρκετά ωστόσο από τα υπάρχοντα προβλήματα είναι σε θέση να επιλυθούν μέσα από τα υπάρχοντα συστήματα υγείας, κυρίως μέσω της καλύτερης οργάνωσης και της διαφοροποίησης κριτηρίων αναφορικά με την επιλογή ατόμων για περίθαλψη. Στα πλαίσια της προσπάθειας αυτής οι χώρες της Λατινικής Αμερικής ενστερνίστηκαν τις αρχές ενός παγκοσμιοποιημένου συστήματος μέσω νομοθετικών αλλαγών και αλλαγών που θέτουν την ισότητα στις υπηρεσίες υγείας σαν κύριο στόχο. Οι χώρες αυτές έχουν να αντιμετωπίσουν παράλληλα και αρκετά άλλα ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη μείωση των δαπανών υγείας, με ταυτόχρονη αύξηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις χώρες της περιφέρειας είναι κοινώς αποδεκτό ότι πρέπει να οδηγηθεί προς την παροχή ποιοτικότερων και περισσότερων υπηρεσιών υγείας και να μην αναλώνεται μόνο στην παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και προληπτικών μέτρων. Στα πλαίσια της προσπάθειας που γίνεται από τις λατινοαμερικανικές χώρες καταγράφεται μια αύξηση της χρηματοδότησης στο σύστημα υγείας σε ποσοστό του ΑΕΠ της τάξης του 7,3 % από το 6,8%. Παράλληλα την ίδια περίοδο βλέπουμε μια μείωση της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας η οποία έπεσε κατά 0,3%. Παρά την αύξηση αυτή της χρηματοδότησης του συστήματος

υγείας όμως, η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν ήταν η αναμενόμενη, κυρίως λόγω του ότι αρκετοί πόροι χρησιμοποιήθηκαν για παρεμφερείς με την υγεία στόχους όπως είναι η μείωση των θανάτων και τραυματισμών από εγκληματικές ενέργειες αλλά και για την οργανωτική δομή του συστήματος. Η ιδιωτική δαπάνη για τη λήψη υπηρεσιών υγείας αναμφίβολα δημιούργησε αρκετά οικονομικά προβλήματα σε εκατομμύρια οικογένειες. Η καθολική κάλυψη των βασικών τουλάχιστον θεμάτων υγείας αποτελεί βεβαίως τον καλύτερο τρόπο υποβοήθησης των οικονομικά ασθενέστερων ατόμων.

Αναφορικά με την φαρμακευτική πολιτική καταγράφεται μια κίνηση των χωρών της Λατινικής Αμερικής σε επαναστατικότερες πολιτικές που εξοικονομούν χρηματικούς πόρους χωρίς να μειώνουν την ποιότητα των φαρμάκων. Ωστόσο αρκετές από τις χώρες αυτές δεν έχουν ενστερνιστεί τις συγκεκριμένες νομοθεσίες δαπανώντας ακόμη μεγαλύτερα ποσά για την φαρμακευτική κάλυψη των ασφαλισμένων. Οι πολιτικές για τη μείωση του κόστους των φαρμάκων που καλείται να πληρώσει ο μέσος πολίτης δεν έχουν ακόμα τα επιθυμητά αποτελέσματα καθώς η κατά κεφαλήν δαπάνη για φάρμακα αγγίζει τα 97\$, την ίδια ώρα που σε χώρες με σαφώς υψηλότερη ανάπτυξη όπως η Σουηδία και η Δανία το ποσό είναι το ίδιο.

2.6.1. Προγράμματα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (HBPs)

Η συνεχής αλλά ανόμοια εξέλιξη των λατινοαμερικανικών οικονομιών σε συνδυασμό με τη δημογραφική ανάπτυξη, έχουν δημιουργήσει μια σειρά θεμάτων στα συστήματα υγείας των κρατών της περιοχής, τα οποία έχουν να κάνουν κυρίως με τον τρόπο κατά τον οποίο θα είναι εφικτή η παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού και θα κατανέμεται με δίκαιο τρόπο, διατηρώντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή ποιότητα. Το πρόβλημα αυτό σωστής και εύστοχης κατανομής των πεπερασμένων προϋπολογισμών για την υγεία με στόχο τη μεγιστοποίηση του εύρους και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών παρατηρείται σε πολλά άλλα κράτη ανά την υφήλιο και ξεπερνά θέματα όπως η οικονομική κατάσταση μιας χώρας.

Για την επίλυση αυτού του θέματος κατανομής των πόρων μέσα στο χώρο της υγείας υπάρχουν δύο τρόποι:

α) Η ανάθεση από μία κυβέρνηση της ανάλυσης του κόστους σε ιδιωτικές εταιρείες οι οποίες προτείνουν τις καλύτερες διαθέσιμες λύσεις,

β) Η δημιουργία Προγραμμάτων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Health Benefit Plans).

Η δεύτερη κατηγορία αφορά τη δημιουργία δομών και οδηγιών οι οποίες καθιστούν σαφές ποιες υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από τα κρατικά έσοδα. Η σαφής αυτή χάραξη στρατηγικής χρηματοδότησης συγκεκριμένων τομέων παροχής υπηρεσιών υγείας ακολουθεί τους στόχους και προγραμματισμούς της κυβέρνησης σχετικά με τις ανάγκες κάθε κράτους σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η κατάρτιση και εφαρμογή HBPs έχει αρχίσει να κερδίζει έδαφος τα τελευταία χρόνια από πολλές χώρες είτε της Λατινικής Αμερικής, είτε του δυτικού κόσμου, καθώς αποτελεί έναν έξυπνο τρόπο συγκρατημένης διαχείρισης των κονδυλίων και ταυτόχρονα αξιοποίησής τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Η προτίμηση αυτή καταγράφεται και στα στατιστικά των λατινοαμερικανικών χωρών όπως η Κολομβία (70%), η Ουρουγουάη (72% για το 2008), η Χιλή (46% για το 2009) και το Μεξικό (28,1% για το 2011) (*Giedion, U. και Bitran, R. και Tristao, I. (2014)*). Τα Προγράμματα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αποτελούν στην ουσία παρεμβάσεις από τον κρατικό μηχανισμό σε ένα σύστημα υγείας με στόχο την καλύτερη διαχείριση των δυνατοτήτων του συστήματος αυτού και την καθοδήγησή του με στόχο την ταχύτερη, συνεχή και σύγχρονη εξέλιξή του. Η υιοθέτηση του συγκεκριμένου σχεδιασμού οδηγεί σε μία ιδιότυπη δέσμευση του συστήματος υγείας μιας χώρας ως προς τους πολίτες της για ίση και δικαιότερη εξυπηρέτησή τους στον καλύτερο δυνατό βαθμό. Η εφαρμογή τους έχει τη δυνατότητα να προσφέρει σε ένα σύστημα υγείας τα εξής:

- Βελτίωση της ισότητας στον τομέα της υγείας
- Σαφή δημιουργία στόχων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας και ανακατανομή της χρηματοδότησης σύμφωνα με αυτούς τους στόχους με αποτέλεσμα τη μεγιστοποίηση της ποιότητας
- Ενίσχυση της διαύγειας μέσω της γνωστοποίησης σαφών ποσοστών χρηματοδότησης για κάθε τομέα υγείας
- Βελτίωση της οργάνωσης και διοίκησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η υιοθέτηση HBPs μπορεί να γίνει για διαφορετικούς λόγους από κάθε χώρα. Τα κίνητρα που εμπνέουν κάθε κυβέρνηση ποικίλουν και αφορούν τις ιδιαιτερότητες του πληθυσμού της, όπως μπορούμε να διακρίνουμε και στον Πίνακα 2.1

Πινάκας 2.1

Προγράμματα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και τα κίνητρα για την υλοποίησή τους

Year of adoption	Country Name of HBP	Motivation
1993	Colombia POS	Establishment of an insurance framework with separation of duties and resource mobilization to improve equity and ensure a minimum level of coverage for all
2003	Argentina Plan Nacer	Economic and social crises as a catalyst for establishing more explicit guarantees
2003	Mexico CAUSES and FPGC	Mobilization of resources for greater equity; quality assurance tool designed to ensure that the necessary services were provided according to standard protocols; and empowerment of the insured population, making individuals aware of their rights
2005	Chile AUGE/GES	Public dissatisfaction that led to the need to provide health care services with explicit guarantees
2006	Uruguay PIAS	Equity in access to explicit and enforceable benefits
2009	Peru PEAS	Equity; the desire to provide a minimum level of coverage for all citizens as part of a universal insurance plan

Πηγή: Health Benefit Plans in Latin America: A regional Comparison (IDB, 2014)

Σχετικά με το ύψος της χρηματοδότησης των HBPs, η κατανομή των προϋπολογισμών σε κάθε χώρα διαφέρει, όπως επίσης και ο πληθυσμός-στόχος ανά περίπτωση, ανάλογα πάντα με τις ανάγκες κάθε πληθυσμού. (Πίνακας 2.2)

Πίνακας 2.2

Στόχοι προγραμμάτων ΗΒΡ σε επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής και τρόποι χρηματοδότησης

Country	Target population	Population coverage	Coverage of services	Estimated annual cost per capita (in nominal US\$)
Name of the HBP				
Argentina Plan Nacer	Population without social security, emphasis on maternal-child group with gradual increase of target population (currently, all women up to age 64 and adolescents)	63% of the population without explicit insurance (23% of total population) (2012)	Maternal and child services at the primary care level with gradual expansion to other services such as surgeries for congenital heart disease	US\$4 (additional marginal cost) (2010)
Colombia POS	Entire population	92% (2012)	Comprehensive package, all levels of care, the same for all Colombians as of 2012	US\$374 (POS-S) and US\$418 (POS-C) (2013)
Chile AUGE/GES	Entire population	97% (2011). The rest were covered by other social security systems in health	80 health problems (2013) whose treatment is estimated to cover 60% of the national burden of disease	US\$168 (2013)
Mexico CAUSES and FPGC	Population without social security	Approx. 45% of the total population	CAUSES provides low- and medium-complexity services while the FPGC covers catastrophic events	US\$200 (2012)
Peru PEAS	Entire population	67.3% of the target population	140 insurable conditions (e.g., gestational diabetes). Services account for +/- 65% of the country's burden of disease, with an emphasis on pediatric and obstetric and gynecologic conditions	US\$174.70 (MINSAL), US\$199.70 PRAES and SIS. Variable cost US\$104 (2011)
Uruguay PIAS	Entire population	95% (2012). The rest were covered by other social security systems in health	Very broad coverage of all services, from preventive care to curative care and rehabilitation	No costing study. Annual premium is US\$650 per beneficiary (2011)

Πηγή: *Health Benefit Plans in Latin America: A regional Comparison (IDB, 2014)*

Αν και αρκετές χώρες τόσο παγκοσμίως, όσο και στη Λατινική Αμερική έχουν υιοθετήσει ΗΒΡs, 6 λατινοαμερικανικές χώρες είναι αυτές που θα μπορούσαν να αποτελέσουν τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα υιοθέτησης τέτοιας μορφής προγραμμάτων υγείας:

- Η Χιλή, η οποία το 2005 υιοθέτησε το "Σαφείς Εγγυήσεις Υγείας" (GES). Το συγκεκριμένο πρόγραμμα χρησιμοποιείται στην επιτυχή κάλυψη 80 συνολικά ασθενειών μέσω του ασφαλιστικού συστήματος της χώρας.

- Η Κολομβία, η οποία με την υιοθέτηση του "Υποχρεωτικού Προγράμματος Υγείας" (POS) ανέπτυξε δύο ταχύτητες ασφαλίσεων οι οποίες ανταποκρίνονταν σε εύπορους και άπορους πολίτες αντίστοιχα, κατευθύνοντας έτσι τη χρηματοδότηση πιο στοχευμένα για την κάλυψη των αδύναμων οικονομικά.

- Η Ουρουγουάη, η οποία μέσω του "Περιεκτικού Προγράμματος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας" αποτέλεσε την πρώτη χώρα που δημιούργησε ένα Πρόγραμμα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας με καθολικό χαρακτήρα.

- Το Μεξικό, το οποίο έχει δημιουργήσει για τους ιδιώτες οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι, κάλυψη από τον ασφαλιστικό φορέα Seguro Popular. Ο συγκεκριμένος ασφαλιστικός φορέας διοικείται από δύο ανεπτυγμένα Προγράμματα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, το CAUSES (Παγκόσμια Λίστα Απαραίτητων Υπηρεσιών Υγείας) και το CIAC (Παρεμβάσεις Υψηλού Κόστους), τα οποία χρηματοδοτούνται από το "Κεφάλαιο Επένδυσης για Καταστροφική Υγεία" (FPGC). Τα συγκεκριμένα HBPs έχουν οδηγήσει στην βελτίωση της χρηματοδότησης του συγκεκριμένου ασφαλιστικού φορέα, με αποτέλεσμα τη μείωση της απόστασης σχετικά με την πρόσβαση και λήψη υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε φτωχούς και εύπορους πολίτες.

- Το Περού, το οποίο λόγω της κατάτμησης του συστήματος υγείας του σε 3 κατηγορίες παροχής υπηρεσιών υγείας τις οποίες τις οποίες χρησιμοποιούσαν εύποροι, μεσαία τάξη και φτωχοί αντίστοιχα, δημιούργησε το PEAS (Πρόγραμμα Απαραίτητης Ασφάλισης Υγείας) μέσω του οποίου κατόρθωσε να μειώσει τις ανισότητες που παρουσιάζονταν μέχρι τότε στην πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στον πληθυσμό.

- Η Αργεντινή, η οποία με τη δημιουργία του Προγράμματος Νασέρ (Plan Naser) το 2004 παρέχει υπηρεσίες υγείας σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως έγκυες με προτεραιότητα έναντι του υπόλοιπου πληθυσμού.

Από την αναφορά των παραδειγμάτων των παραπάνω χωρών μπορούμε να συμπεράνουμε πως η υιοθέτηση Προγραμμάτων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας βοήθησε αρκετά στη βελτίωση της ισότητας και τη μεγιστοποίηση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, με αποτέλεσμα να καθιερωθεί και από άλλες χώρες παγκοσμίως.

2.6.2. Φαρμακευτικός κλάδος

Ο φαρμακευτικός κλάδος κάθε κράτους αποτελεί έναν ιδιότυπο καθρέφτη που μας φανερώνει χρήσιμες πληροφορίες και συμπεράσματα για το σύστημα υγείας, την οργάνωση αλλά και το βιοτικό επίπεδο μιας χώρας.

Στη Λατινική Αμερική η φαρμακευτική αγορά αποτελεί μία από τις πλέον αναπτυσσόμενες ανά τον κόσμο, με τον κύκλο εργασιών για το 2014 να υπολογίζεται περί τα 51.3 δισεκατομμύρια δολάρια, με μια σταθερή αύξηση του τζίρου αυτού κατά 10% κάθε χρόνο. Η περιφέρεια θεωρείται πιο έτοιμη από ποτέ να ανταπεξέλθει σε καταστάσεις πιθανής αποσταθεροποίησης λόγω εξωτερικών παραγόντων όπως π.χ μία χρηματοπιστωτική κρίση παγκόσμιας κλίμακας. Τα βελτιωμένα δημοσιονομικά των κρατών της περιοχής, οι αναθεωρημένες κυβερνητικές πολιτικές που έχουν υιοθετηθεί σε αρκετά κράτη με στόχο την αποφυγή σφαλμάτων του παρελθόντος, το μειωμένο χρέος και οι ευνοϊκότερες τιμές στις εξαγωγές έχουν διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην ισχυροποίηση αρκετών οικονομιών της ευρύτερης λατινοαμερικανικής επικράτειας.

Η εμφανής αυτή βελτίωση της οικονομικής κατάστασης έχει οδηγήσει σε αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας αλλά και φαρμακευτικό τομέα, κάτι το οποίο θεωρείται απαραίτητο λόγω και της δημογραφικής εξέλιξης των χωρών της περιοχής. Έτσι υπάρχει δεδομένη και σταθερή μεγέθυνση των φαρμακευτικών αγορών στην περιοχή, η ανάπτυξη των οποίων υποβοηθείται και σε νομικό επίπεδο, καθώς μια σειρά από κανόνες που έχουν θεσπιστεί από αρκετές πολιτείες στοχεύουν στη μείωση των γραφειοκρατικών εμποδίων και τη γρηγορότερη αδειοδότηση νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Οι μεγαλύτερες αγορές φαρμακευτικών σκευασμάτων στην επικράτεια τόσο από πληθυσμιακή σκοπιά, όσο και από οικονομική είναι αναμφίβολα η Βραζιλία, το Μεξικό και η Αργεντινή. Η Βραζιλία αποτελεί τη μεγαλύτερη αγορά σε σχέση με τις άλλες 2 χώρες. Χαρακτηρίζεται από δυναμική ανάπτυξη ενώ αντιπροσωπεύει το 30% του συνόλου της αγοράς της Λατινικής Αμερικής σε όγκο και το 50% σε αξία. Η αγορά της συγκεκριμένης χώρας έχει στραφεί σε καινοτόμες ιδέες σχετικά με την ανάπτυξη του φαρμακευτικού κλάδου της, ενισχύοντας επιχειρηματικές κινήσεις με στόχο την ανάπτυξη γενόσημων σκευασμάτων, τα οποία διατηρούνται στο ίδιο επίπεδο ποιότητας

αλλά έχουν μειωμένο κόστος. Τα γενόσημα⁴ για το 2011 υπολογίζεται πως αποτέλεσαν το 25%, δηλαδή το 1/4 της βραζιλιάνικης αγοράς, με το ρυθμό ανάπτυξης να είναι ανοδικός και σταθερός και να ξεπερνά αυτόν των εμπορικών σκευασμάτων.

Το Μεξικό παρουσιάζει παρόμοια χαρακτηριστικά ανάπτυξης και οργανωτικών κατευθύνσεων με την Βραζιλία. Ο φαρμακευτικός του κλάδος χαρακτηρίζεται από σταθερή ανάπτυξη, ενώ αποτελεί επίσης το 30% της συνολικής λατινοαμερικανικής αγοράς από άποψη όγκου (60% μαζί με Βραζιλία). Η χρήση εμπορικών σκευασμάτων έχει αρχίσει να φθίνει, με την ταυτόχρονη ανάπτυξη των γενοσήμων να είναι αδιαμφισβήτητη. Υπολογίζεται πως για από το 2011 έως το 2012 η αγορά των γενοσήμων διπλασιάστηκε σε μέγεθος. Παράλληλα η χρηματοδότηση ερευνητικών προγραμμάτων με σκοπό την ανάπτυξη βιολογικών φαρμάκων δείχνει τη διάθεση του Μεξικό για πρωτοπορία σε παγκόσμιο επίπεδο στον φαρμακευτικό τομέα.

Η Αργεντινή τέλος, αποτελεί επίσης έναν πανίσχυρο πυλώνα της φαρμακευτικής αγοράς στην περιοχή. Ο φαρμακευτικός της κλάδος χαρακτηρίζεται από έναν εκπληκτικό ρυθμό ανάπτυξης ο οποίος όμως υπολογίζεται πως θα μειωθεί στα επόμενα έτη. Η αγορά της χώρας κυριαρχείται από φαρμακευτικά σκευάσματα εμπορικής ονομασίας, με την ανάπτυξη γενοσήμων να είναι αρκετά μικρότερη σε σχέση με τη Βραζιλία και το Μεξικό. Παράλληλα, το 60% του τζίρου προέρχεται από τοπικές επιχειρήσεις ανά το κράτος.

Εύκολα μπορούμε επομένως να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα πως ο φαρμακευτικός κλάδος στη Λατινική Αμερική βρίσκεται υπό άνθηση και μάλιστα με σταθερούς ρυθμούς ανάπτυξης. Έχοντας σαν σταθερούς πυλώνες την Βραζιλία, το Μεξικό και την Αργεντινή οι φαρμακευτικές εταιρείες εξελίσσονται, οδηγούνται σε επιχειρηματικές κινήσεις με στόχο τη διαρκή εξέλιξη και ατενίζουν το μέλλον με αισιοδοξία, κάτι το οποίο πηγάζει από τη σταθερή εξέλιξη και των λατινοαμερικανικών συστημάτων υγείας, με ταυτόχρονη αύξηση των επενδύσεων σε αυτά. Εύλογα επομένως μπορεί να αποτυπωθεί η εκτίμηση πως τα επόμενα χρόνια η Λατινική Αμερική θα αποτελέσει έναν από τους ηγέτες της αγοράς φαρμακευτικών σκευασμάτων σε παγκόσμιο επίπεδο.

4 Η δραστική ουσία ενός φαρμάκου χωρίς την εμπορική ονομασία

2.6.3. Εργατικό Δυναμικό Συστημάτων Υγείας

Το κύριο χαρακτηριστικό της περιφέρειας της Λατινικής Αμερικής, δηλαδή η ανομοιομορφία που υπάρχει σε δημογραφικά, οικονομικά και υγειονομικά χαρακτηριστικά καθρεφτίζεται και στην ποσότητα του εργατικού δυναμικού υγείας για κάθε χώρα ξεχωριστά. Έτσι, για τα έτη 2004-05-06 παρατηρούνται χαοτικές διαφορές σε όλους τους τομείς. Αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό τη μεγαλύτερη απασχόληση κατέχει η Κούβα όπου αναλογούν 63.4 ιατροί ανά 10.000, ενώ στον αντίποδα στην Παραγουάη το αντίστοιχο ποσοστό αντιστοιχεί σε μόλις 6.0. Στο Μεξικό αναλογούν 10.4 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους ενώ σε Βραζιλία και Αργεντινή τα ποσοστά είναι 16.1 και 33.4 ανά 10.000 αντίστοιχα. Εκτός από την υψηλή ανομοιομορφία που εύκολα παρατηρείται, η έλλειψη στοιχείων για αρκετές χώρες καθιστά απαγορευτικό τον υπολογισμό ενός μέσου όρου που θα μπορούσε να αντιπροσωπεύσει ενδεικτικά τη Λατινική Αμερική ούτως ώστε να είναι δυνατές και συγκρίσεις με άλλες περιφέρειες, όπως της Βορείου Αμερικής όπου το ποσοστό ανά 10.000 κατοίκους για το 2005 είναι 22.2 (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Η κατάσταση είναι κάπως διαφορετική αναφορικά με το νοσηλευτικό προσωπικό, αν και παραμένει τεράστια η διαφορά ανάμεσα στις χώρες που ανήκουν στην περιφέρεια. Παρατηρούνται αρκετές χώρες όπως η Βραζιλία και η Αργεντινή να διαθέτουν αρκετά χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού από τον αντίστοιχο του ιατρικού, κάτι το οποίο δείχνει ενδεχομένως λάθος προσανατολισμό για τα συστήματα υγείας των συγκεκριμένων χωρών. Τον μεγαλύτερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού κατέχει η Κούβα όπου 83.8 νοσηλευτές αναλογούν σε 10.000 κατοίκους. Παράλληλα στην Κούβα το νοσηλευτικό προσωπικό ξεπερνάει κατά 20.4 μονάδες το αντίστοιχο ιατρικό.

Η περιφέρεια της Λατινικής Αμερικής έχει σαφώς λιγότερο αριθμό κρεβατιών σε σχέση με την Βόρειο Αμερική, καθώς στην πρώτη σε 1000 άτομα αναλογούν 2 νοσοκομειακά κρεβάτια ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη δεύτερη είναι 3.2. Ο μικρότερος αριθμός επαγγελματικού προσωπικού υγείας και νοσοκομειακών κρεβατιών έχει ως αποτέλεσμα τη λήψη μικρότερης ποσότητας φροντίδας υγείας για τους κατοίκους της λατινοαμερικανικής περιφέρειας. Χαρακτηριστικά το ποσοστό φροντίδας υγείας που προσφέρεται από εξειδικευμένο προσωπικό υγείας κατά τον προγεννητικό έλεγχο κυμαίνεται για τη Λατινική Αμερική στο 89% και κατά την

γέννηση στο 87.9%, με τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Βόρειο Αμερική να είναι 96.4% και 99.5% (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό γυναικών που καταφεύγουν σε κάποιας μορφής αντισύλληψη με το ποσοστό να κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, μόλις 52%. Το συγκεκριμένο ποσοστό δείχνει την έλλειψη μιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ικανής όχι μόνο για προληπτικό έλεγχο αλλά και για την σωστή ενημέρωση των γυναικών σχετικά τους κινδύνους έλλειψης αντισύλληψης.

2.6.4. Έρευνα και ανάπτυξη

Οι αυξημένες απαιτήσεις και η συνεχής ανάδειξη νέων προκλήσεων στο χώρο της υγείας κάνουν αναγκαία την προσπάθεια για συνεχή εξέλιξη των συστημάτων υγείας σε οποιοδήποτε οργανωμένο κράτος. Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής ακολουθώντας τους θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης που εμφάνισε η καθεμία τους τα τελευταία έτη, έχουν αυξήσει στην πλειοψηφία τους τη χρηματοδότηση της υγείας, ωστόσο αυτό δεν είναι αρκετό. Έρευνες έχουν δείξει πως, η αύξηση του συνολικού ποσοστού υγιών ατόμων δεν εξαρτάται τόσο από την ισόποση αύξηση της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας, αλλά από την εξέλιξη της τεχνολογίας.

Αυτό το συμπέρασμα οδηγεί στον μονόδρομο της χρηματοδότησης ερευνών στο χώρο της υγείας, με στόχο την τεχνολογική εξέλιξη στους χώρους της ιατρικής, της φαρμακευτικής, αλλά και της οργάνωσης στους συγκεκριμένους τομείς. Αν και η ανάπτυξη έρευνας είναι επιτακτική ανάγκη για όλες τις χώρες ανεξαρτήτως βιοτικού και οικονομικού επιπέδου, χρήσιμη είναι η παράθεση διαφόρων δεικτών οι οποίοι φανερώνουν τις επικρατούσες συνθήκες σε κάθε κράτος. Αυτές οι συνθήκες είναι που καθορίζουν τις ανάγκες ενός συστήματος υγείας για νέες έρευνες με στόχο την εξέλιξη, αλλά και τη βελτίωση των δυνατοτήτων που τελικά έχει κάθε σύστημα υγείας για ανάπτυξη νέων ερευνών από οικονομική σκοπιά και κοινωνική. (Πίνακας 2.3)

Πίνακας 2.3

Βασικοί δείκτες χωρών της Λατινικής Αμερικής

Table 1 Latin American key indicators

Countries and regions	Population (x1,000 at mid-year), 2010	Life expectancy (both sexes), 2010–2015	Annual growth rate (GDP), 2010	Public investment in health (% of GDP current prices), 2009	Infant mortality rate (per 1,000 live births), 2010–2015	Maternal mortality rate (per 100,000 live births), 2008
Argentina	40,738	76.2	9.2	6.2	12.0	70
Bolivia	10,031	67.2	4.1	1.9	38.1	180
Brazil	195,498	73.5	7.5	...	20.3	58
Chile	17,133	79.1	5.2	4.1	6.5	26
Colombia	46,299	73.9	4.3	2.2	16.5	85
Ecuador	13,773	75.8	3.6	...	17.6	140
Guatemala	14,376	71.4	2.8	1.4	22.6	110
Mexico	110,675	77.2	5.6	3.1	13.7	85
Nicaragua	5,822	74.5	4.5	...	18.1	100
Panama	3,508	76.3	7.6	2.2	15.7	71
Paraguay	6,460	72.8	15.0	3.4	28.8	95
Peru	29,495	74.1	8.8	1.1	18.8	98
Puerto Rico	3,749	79.3	...	1.6	6.6	18

Table 1 Latin American key indicators (Continued)

Uruguay	3,372	77.1	8.5	5.1	11.5	27
Venezuela	29,043	74.7	- 1.5	...	15.3	68
Latin America	575,867	74.6	6.0		18.6	

Πηγή: <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/13>

Οι παραπάνω δείκτες φανερώνουν μια γενική εικόνα για τις υγειονομικές συνθήκες κάθε λατινοαμερικανικού κράτους, καθώς επίσης και για τα διαθέσιμα ποσά που αυτό διαθέτει στην υγεία. Οι συγκεκριμένοι δείκτες αποτελούν ένδειξη για τους στόχους που οφείλει να θέσει κάθε κυβέρνηση σχετικά με τη βελτίωση κάποιων από αυτούς, οι οποίοι θεωρούνται χαμηλού επιπέδου. Έτσι, για τη χρηματοδότηση του ερευνητικού πεδίου στο χώρο της υγείας μια κυβέρνηση θα πρέπει να έχει πρώτα μια συνολική εικόνα σχετικά με τους τομείς που χρήζουν στήριξης, όπως επίσης και σχετικά με την ικανότητα διάθεσης κεφαλαίων σε αυτούς τους τομείς. Παράλληλα, σημαντική κρίνεται και η αναθεώρηση του νομοθετικού πλαισίου αρκετές φορές, το οποίο δίνει συχνά

διευκολύνσεις προς την κατεύθυνση που θέλει να ακολουθήσει μια κυβέρνηση σχετικά με την ανάπτυξη ερευνητικών προγραμμάτων υγείας.

Πίνακας 2.4

Νομοθετικά και κυβερνητικά υπόβαθρα για διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τα συστήματα υγείας σε χώρες της Λατινικής Αμερικής

Country	Governance	Specific policy	Laws and regulations	Priorities
Argentina	Yes	No	Yes	Yes
Brazil	Yes	Yes	Yes	Yes
Costa Rica	Yes	Under development	Yes	Yes
Ecuador	Yes	Yes	Under development	Yes
Guatemala	Yes	No	Yes	Yes
Mexico	Yes	Governmental agreement	Yes	No
Panama	No	No	Yes	No
Paraguay	Under implementation	Approved, under implementation	Under implementation	Yes
Peru	Yes	No	Yes	Yes
Uruguay	No	No	No	No

Πηγή: <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/13>

Από τον Πίνακα 2.4 παρατηρούμε πως από 10 επιλεγμένες χώρες της λατινοαμερικανικής περιφέρειας οι 7 έχουν θέσει κάποια βασική προτεραιότητα στον τομέα της έρευνας για την υγεία. Παράλληλα αρκετές είναι οι χώρες οι οποίες δεν ακολουθούν κάποια συγκεκριμένη πολιτική σχετικά με τη διεξαγωγή ερευνών, κάτι το οποίο πιθανώς οδηγεί σε σύγχυση σχετικά με οργανωτικά αλλά και χρηματοδοτικά θέματα.

Η διάθεση κεφαλαίων για την ανάπτυξη ερευνητικού πεδίου αν και εξαρτάται αρκετά από τη θέληση, τη δημιουργία στόχων και την οργανωτική επιμέλεια, προδιαθέτει μεταξύ άλλων και την ύπαρξη οικονομικής κατάστασης αρκετά ισχυρής για τη στήριξη τέτοιων προσπαθειών. Η ύπαρξη ανισοτήτων μεγάλου μεγέθους στην λατινοαμερικανική περιφέρεια δεν επιτρέπει σε όλες τις χώρες να αναπτύξουν έρευνες στην ίδια κλίμακα όπως οι οικονομικά ισχυρότερες κυβερνήσεις της περιοχής. Έτσι παρατηρούμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό διάθεσης κεφαλαίων για το ερευνητικό πεδίο καλύπτεται από μόλις 13 χώρες στο 95.5% του συνόλου που διατίθεται από όλες τις χώρες της Λατινικής Αμερικής. Παράλληλα η Βραζιλία, το Μεξικό, η Αργεντινή, η Κολομβία και η Βενεζουέλα αποτελούν το 79.9% του συνολικού αριθμού επένδυσης στην έρευνα (Πίνακας 2.5).

Πίνακας 2.5

Κατανομή ΑΕΠ σε χώρες της Λατινικής Αμερικής (2009)

Countries	Distribution of GDP (in PPP in US\$ billion)	13 Countries accumulate 95% of the GDP
Brazil	2,040	33.6
Mexico	1,466	57.8
Argentina	585	67.5
Colombia	410	74.3
Venezuela	337	79.9
Peru	252	84
Chile	240	88
Ecuador	111	89.8
Puerto Rico	96	91.4
Dominican Rep.	80	92.7
Guatemala	70	93.9
Costa Rica	49	94.7
Bolivia	46	95.5
Uruguay	44	
El Salvador	42	
Panama	40	
Honduras	32	
Paraguay	28	
Trinidad and Tobago	27	
Jamaica	24	
Nicaragua	17	
Haiti	12	
Barbados	5	
Guyana	5	
TOTAL LAC	6,058	

Πηγή: <http://www.health-policy-systems.com/content/12/1/13>

Ανακεφαλαιώνοντας, η ανάπτυξη του ερευνητικού πεδίου αποτελεί θεμελιώδη υποχρέωση κάθε συστήματος υγείας, διότι μόνο μέσω αυτής της διαδικασίας είναι πιθανή η τεχνολογική ανάπτυξη, άρα και η ουσιαστική βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού, μέσω της ανακάλυψης νέων τεχνικών για την καταπολέμηση ή αντιμετώπιση ασθενειών. Οι χώρες της Λατινικής Αμερικής τα τελευταία χρόνια έχουν ως προς το μεγαλύτερό τους ποσοστό κάνει σημαντικά βήματα στον ερευνητικό τομέα,

κάτι το οποίο αντικατοπτρίζεται και στην δημογραφική αύξηση του πληθυσμού, αλλά και στη βελτίωση δεικτών όπως είναι το προσδόκιμο ζωής και η μείωση θανάτων βρεφών.

2.7. Επιδημιολογικά δεδομένα

Όλες οι χώρες της Λατινικής Αμερικής βιώνουν συνθήκες επιδημιολογικών αλλαγών. Στο επίπεδο της μελετώμενης περιφέρειας, στοιχεία από τη διετία 2007-2009 δείχνουν πως το 76.4% του συνόλου των θανάτων προήλθαν από μη μεταδιδόμενες ασθένειες, το 12.5% από μεταδιδόμενες και το 11.1% από άλλους παράγοντες με διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα.

Γενικότερα οι χώρες της Λατινικής Αμερικής έχουν ένα πολυσύνθετο επιδημιολογικό προφίλ το οποίο απαρτίζεται από 3 διαφορετικές μορφές ασθενειών οι οποίες μαστίζουν τον λαό. Οι χρόνιες ασθένειες εκτός από την υψηλή θνησιμότητα που εμφανίζουν, είναι αρκετά πολύπλοκες στην αντιμετώπισή τους με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται εκτός των άλλων και το σύστημα υγείας. Οι μεταδιδόμενες ασθένειες αν και αντιμετωπίζονται με περισσότερη γνώση και αποτελεσματικότητα, συνεχίζουν να έχουν υψηλά ποσοστά θνησιμότητας σε ευπαθείς ομάδες και ιδιαίτερα σε παιδιά κάτω των 5 ετών. Το επιδημιολογικό προφίλ των λατινικών χωρών συμπληρώνουν οι ασθένειες που προέρχονται από εξωτερικούς παράγοντες (όπως π.χ τουρισμό) οι οποίες χρήζουν υψηλών απαιτήσεων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Σε ότι αφορά τις ασθένειες που αποφεύγονται με εμβολιασμούς, η Λατινική Αμερική έχει κάνει τεράστια πρόοδο αποφεύγοντας 174.000 παιδικούς θανάτους κάθε χρόνο μεταξύ 2006 και 2011. Η λατινοαμερικανική περιφέρεια ήταν πρωτοπόρος στη μείωση ή εξάλειψη ασθενειών όπως η ευλογιά (1971) και η πολιομυελίτιδα (1991) ενώ η τελευταία περίπτωση ερυθράς κατεγράφη το 2009 και της ιλαράς το 2002 με μερικά (απομονωμένα) περιστατικά να υπάρχουν ακόμα, τα οποία ωστόσο προέρχονται από εξωτερικούς της επικράτειας παράγοντες (κυρίως τουρισμός). Η κάλυψη των παιδιών κάτω του ενός έτους από εμβολιασμούς αγγίζει κατά μέσο όρο το 93%, ενώ η εθνική κάλυψη των παιδιών φτάνει το 90% με 6.000 περιφέρειες από το σύνολο των 15.000 να φτάνουν το 95%.(WHO (2012)

Σημαντική προσπάθεια έχει γίνει και για την μείωση της διφθερίτιδας, του τέτανου και του κοκίτη με ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Υπάρχουν επί του παρόντος ποσότητες

εμβολίων σε ετοιμότητα ικανές να εμβολιάσουν όλες τις οικογένειες της περιφέρειας. Η ανάπτυξη νέων εμβολίων όπως εναντίον του πνευμονόκοκκου γίνεται παράλληλα σε όλες τις χώρες ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση έκαστης. Αναφορικά με το ποσοστό των εμβολιασμών παρατηρείται ότι το 93% του συνόλου των παιδιών κάτω του ενός έτους ανοσοποιούνται με το τριπλό εμβόλιο διφθερίτιδας-κοκίτη-τετάνου με το ποσοστό για την Βόρειο Αμερική να είναι 95%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το εμβόλιο της πολιομυελίτιδας φτάνει το 94% με το βορειοαμερικανικό ποσοστό να είναι 90%. Η κάλυψη με αντιφυματικά εμβόλια (BCG) υπολογίζεται στο 95%. Αν και προβλέπεται τα νέα εμβόλια να είναι ακριβότερα από τα προηγούμενα, γίνονται προσπάθειες από τις κυβερνήσεις για μείωση του κόστους απόκτησης από τους πολίτες με στόχο την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη κάλυψη των αναγκών της περιφέρειας. Σε αντίθεση με άλλες περιοχές, το 95% όλων των εμβολίων αποκτάται με δημόσιους πόρους.

Παρά τα ενθαρρυντικά βήματα που έχουν γίνει όμως, υπάρχουν ορισμένες ασθένειες που συνεχίζουν να πλήττουν αρκετά άτομα, σε ποσοστό μεγαλύτερο από τις ανεπτυγμένες χώρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η φυματίωση, η οποία παρά το γεγονός ότι μειώθηκε από 97 περιπτώσεις ανά 100.000 σε 38 μεταξύ του 1990 και 2009 παραμένει υψηλή αν αναλογιστούμε ότι το αντίστοιχο ποσοστό στις ΗΠΑ είναι μόλις 3.6 περιστατικά ανά 100.000 πληθυσμού. Βεβαίως το ποσοστό 38/100.000 δεν είναι αντιπροσωπευτικό όλων των χωρών καθώς υπάρχουν τεράστιες αποκλίσεις σε ορισμένες περιοχές που είναι οικονομικά ασθενέστερες (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Η μαλάρια παραμένει ενδημική σε 21 χώρες. Από το 2000 έως το 2009 η ένωση Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής ανέφερε μία μείωση της τάξης του 52% στις περιπτώσεις μαλάριας και μια μείωση της τάξης του 68% στον αριθμό θανάτων. Ο ενδημικός χαρακτήρας που προσδίδεται στην μαλάρια εύκολα δικαιολογείται από το γεγονός ότι το 90% των περιπτώσεων προέρχεται από περιοχές της Νότιας Αμερικής και ειδικότερα, από περιοχές κοντά στον Αμαζόνιο. Λαμβάνοντας υπόψη την ύφεση των κρουσμάτων της συγκεκριμένης ασθένειας, υπολογίζεται ότι μέσω του κρατικού προγραμματισμού η μαλάρια θα εξαλειφθεί μέσα σε λίγα χρόνια.

Ο δάγκειος πυρετός είναι μια ασθένεια μεγάλης σημασίας στην Λατινική Αμερική με επαναλαμβανόμενες επιδημικές εξάρσεις κάθε 3 με 5 χρόνια σε ορισμένες χώρες. Οι

4 τύποι της ασθένειας περιφέρονται σε ποικίλες χώρες της περιφέρειας. Μεταξύ του 2006 και του 2010 σχεδόν 5 εκατομμύρια περιπτώσεις αναφέρθηκαν στην Αμερική με το 3% αυτών να είναι σοβαρές, με την μέση θνησιμότητα να κυμαίνεται στο 1.6%. Νέες στρατηγικές έχουν αναπτυχθεί για την αντιμετώπιση του δάγκειου πυρετού στις οποίες σημαντική θεωρείται η βοήθεια της ίδιας της κοινωνίας. Σύντομα αναμένεται να κυκλοφορήσει εμβόλιο κατά της ασθένειας με τις κυβερνήσεις να στοχεύουν στη σωστή και δίκαιη διανομή του.

Η ανομοιογένεια που υπάρχει στις χώρες της Λατινικής Αμερικής δείχνει και την κατανομή ασθενειών που προέρχονται από τη μη ικανοποίηση βασικών αναγκών όπως η τροφή, οι σωστές συνθήκες υγιεινής και το νερό, με τις φτωχότερες χώρες να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα από ασθένειες όπως η λέπρα, η φιλαρίαση, η ογκοκέρκωση και το τράχωμα που σε μερικές των περιπτώσεων ξεπερνούν σε κίνδυνο και περιστατικά πασχόντων από ελονοσία και φυματίωση. Απαραίτητη κρίνεται η στήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με στόχο την πρόληψη και τη σωστή διαχείριση των ασθενειών, ενώ θα πρέπει να υπάρχει αποτελεσματική παραγωγή προμηθειών στις πληγείσες περιοχές.

Η λύσσα στην περιοχή δείχνει μια συνεχή ύφεση, με τα κρούσματα να προέρχονται κυρίως από την επαφή με άγρια ζώα, ενώ η λεπτοσπείρωση παραμένει ενδημική με περιστασιακές εξάρσεις σε ορισμένες χώρες, ειδικά στον απόηχο πλημμυρών. Η επαφή με άγρια ζώα αποτελεί ένα περίπλοκο θέμα για τις αρχές στην περιφέρεια, καθώς οι παθογόνοι οργανισμοί που μεταφέρονται στους ανθρώπους αποτελούν μεγάλο κίνδυνο για τη δημόσια υγεία σε ποσοστό 70 % του συνολικού αριθμού τους.

Ο ιός H1N1 που εμφανίστηκε πρωτίστως στο Μεξικό τον Απρίλιο του 2009, αποτέλεσε την πρώτη πανδημία του 21^{ου} αιώνα. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας αυτής τουλάχιστον 600.000 περιστατικά εμφανίστηκαν παγκοσμίως που συνοδεύτηκαν από 18.000 θανάτους, ενώ στην Αμερική ο αριθμός των πασχόντων έφτασε τους 190.000 με τους θανάτους να είναι 8.500.

Ένας μεγάλος πονοκέφαλος είναι για τη Λατινική Αμερική και ο ιός HIV που προκαλεί το AIDS. Μεταξύ του 2001 και 2009 οι μολύνσεις από τον ιό δείχνουν μια ύφεση από 22.5 ανά 100.000 σε 18.6 ανά 100.000 άτομα, με την κατάσταση να έχει σταθεροποιηθεί τα τελευταία χρόνια. Σε αυτό συνετέλεσε η κίνηση του οργανισμού Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής να θεσπίσει πολιτικές που να προάγουν τη δωρεάν

νοσηλεία ατόμων σε υψηλό κίνδυνο όπως έγκυες, με σκοπό την επέκταση της ζωής τους και την εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών. Το 2009 καταγράφηκαν 475.000 ασθενείς που λάμβαναν ιατρική φροντίδα αντιπροσωπεύοντας μια αύξηση της τάξεως του 128% των νοσηλευομένων από το 2003. Παρόλα αυτά ωστόσο, σε ορισμένες περιοχές παρατηρείται ακόμη υψηλός αριθμός ατόμων που μολύνονται με τον ιό καθώς η ιατρική φροντίδα δεν φτάνει σε όλους, ιδίως τα άτομα με κακή πληροφόρηση, πολλά εκ των οποίων δεν γνωρίζουν καν το ότι είναι μολυσμένα με τον ιό. Σύμφωνα με έρευνες το ποσοστό των ατόμων που δεν γνωρίζουν ότι είναι μολυσμένα κυμαίνεται για την Αμερική μεταξύ του 21 % και 50%, ενώ στις ηλικίες 15-24 υπολογίζεται πως 250.000 άτομα ζούνε με HIV (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Εκτός από τον HIV στη Αμερική καταγράφεται πληθώρα σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων μέσα στον πληθυσμό, τα οποία προσβάλλουν κάθε χρόνο 89 εκατομμύρια άτομα μεταξύ των ηλικιών 18-49. Τη μετάδοση διαφόρων ασθενειών υποβοηθάει και η χρήση ναρκωτικών από ένα μεγάλο μέρος κυρίως των εφήβων. Σύμφωνα με εκτιμήσεις μέχρι και το 22% των εφήβων έχει κάποια επαφή με ναρκωτικά όπως μαριχουάνα, κοκαΐνη και ηρωίνη.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν τον δεύτερο κύριο λόγο θανάτων στη Λατινική Αμερική, με τα πιο συνηθισμένα να αφορούν τους πνεύμονες, το στομάχι και το στήθος. Η συχνότητα καρκίνων - στη μήτρα για τις γυναίκες και στον προστάτη για τους άντρες - είναι μεγαλύτερη σε περιοχές με χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο. Παρά τη μεγάλη συχνότητα καρκίνων στον πληθυσμό, τα κρούσματα σταδιακά φαίνονται να μειώνονται με αργούς ρυθμούς: στην δεκατία 2000-2007 η θνητότητα των καρκινοπαθών μειώθηκε κατά 8% καθώς από 131.3 θανάτους σε 100.000 πληθυσμό ο αριθμός έγινε 121.3/100.000. Υπολογίζεται πως το 50-60% των νεοπλασματικών ασθενειών θα μπορούσε να αποφευχθεί με τη χρήση της ήδη υπάρχουσας τεχνολογίας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου όμως το κοινό θα πρέπει σταδιακά να αλλάξει τον τρόπο ζωής του και να καταφεύγει σε προληπτικές εξετάσεις συχνότερα με σκοπό την έγκαιρη ανίχνευση τυχόν προβλημάτων.

Η κατανάλωση τσιγάρων και αλκοόλ αποτελεί μια σημαντική αιτία θανάτων στη Νότια Αμερική καθώς ευθύνεται για σωρεία ασθενειών όπως καρκίνοι και καρδιαγγειακά νοσήματα. Παρά την σχετική μείωση της κατανάλωσης που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό 44% για τους άντρες και 30% για τις

γυναίκες παραμένει ιδιαίτερα υψηλό αν αναλογιστεί κανείς ότι ο μέσος όρος κατανάλωσης τσιγάρων παγκοσμίως είναι 24%. Το αλκοόλ στην Αμερική συνδέεται με το 5.6% του συνόλου των θανάτων για κάθε έτος.

Ο ασταθής τρόπος ζωής που ακολουθούν συχνά αρκετά άτομα στη Λατινική Αμερική έχει και ως αναπόφευκτη συνέπεια την έξαρση της παχυσαρκίας. Υπολογίζεται πως μεταξύ του 50% και 60% των ενηλίκων και μεταξύ του 7% και 12% των παιδιών κάτω των 5 ετών εμφανίζουν ενδείξεις παχυσαρκίας. Ο αντίστοιχος αριθμός για τους εφήβους είναι 35%. Οι προβλέψεις δείχνουν πως το πρόβλημα αναμένεται να αυξηθεί στα επόμενα έτη με το συνολικό ποσοστό παχύσαρκων ατόμων να αποτελεί το 39% του συνολικού πληθυσμού, ή αλλιώς 289 εκατομμύρια άτομα μέχρι το 2015. Το πρόβλημα φαίνεται να είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες σχεδόν σε όλες τις χώρες, κάτι που αποδίδεται στον αγχωτικό τρόπο ζωής που αρκετές από αυτές βιώνουν.

Τέλος, η θνησιμότητα από εξωτερικούς παράγοντες αποτελεί ένα αναπτυσσόμενο πρόβλημα για τη Λατινική Αμερική που πλήττει κυρίως άτομα ηλικίας μεταξύ 18-44. Μεταξύ 2000 και 2007 το ποσοστό θανάτου για τους άντρες αυξήθηκε από 229.1 ανά 100.000 σε 237.8 ανά 100.000, ενώ στις γυναίκες το συγκεκριμένο ποσοστό κυμάνθηκε σε 69.9 ανά 100.000 από 63.2 ανά 100.000 που ήταν προηγουμένως. Το 37% των θανάτων προέρχεται από διάφορων ειδών ατυχήματα, το 27% από τροχαία ατυχήματα, και το 13% από βίαιες πρακτικές. Από το υπόλοιπο 23% το 10% οφείλεται σε αυτοκτονίες, το 9% από απροσδιόριστες προθέσεις και ένα 4% σε λοιπούς παράγοντες. Το 10% των αυτοκτονιών που αντιστοιχεί σε 600.000 άτομα τον χρόνο φέρεται να αφορά τους άντρες με συχνότητα 10 φορές μεγαλύτερη από ότι τις γυναίκες. Οι μισές αυτοκτονίες αφορούν άτομα μη επαρκούς εκπαιδευτικού επιπέδου στον πληθυσμό των αντρών (*Pan American Health Organization, (2012)*).

2.8. Ανακεφαλαίωση

Η λατινοαμερικανική περιφέρεια αποτελεί μια περιοχή η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλές αντιφάσεις και ανισοκατανομές, όχι μόνο μεταξύ των χωρών που την απαρτίζουν, αλλά και μεταξύ των περιφερειών μέσα σε κάθε κράτος.

Αν και έχουν γίνει τεράστιες προσπάθειες εξάλειψης σοβαρών μεταδιδόμενων ασθενειών οι οποίες μαστίζουν μέχρι σήμερα αρκετές χώρες ενώ παράλληλα το βιοτικό

επίπεδο των ανθρώπων δείχνει να αυξάνεται σε μέσο όρο, η κατάσταση δεν έχει γίνει ακόμα η ιδανική για το σύνολο του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ανάλυση Υγειονομικών Συνθηκών Και Συστημάτων Υγείας Τριών Χωρών Της Λατινικής Αμερικής

3.1. Εισαγωγή

Από την μέχρι τώρα παρουσίαση των υγειονομικών συνθηκών αλλά και των συστημάτων υγείας των χωρών της Λατινικής Αμερικής έχει διαμορφωθεί το ασφαλές συμπέρασμα πως το κύριο χαρακτηριστικό των χωρών της Λατινικής Αμερικής είναι η ανομοιομορφία σε ένα μεγάλο εύρος τομέων. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν τα παραδείγματα τριών χωρών της λατινοαμερικανικής περιφέρειας οι οποίες αποτελούν αντιπροσωπευτικά δείγματα σχετικά με τις εξελίξεις και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χώρες της περιοχής.

3.2. Χιλή

3.2.1. Προφίλ Χιλής

Η Χιλή ή αλλιώς η Δημοκρατία της Χιλής είναι μια χώρα στη περιοχή της Νότιας Αμερικής που καταλαμβάνει μία στενή παραλιακή λωρίδα μεταξύ των Άνδεων και του Ειρηνικού ωκεανού. Συνορεύει ανατολικά με την Αργεντινή, βορειοανατολικά με τη Βολιβία και βόρεια με το Περού. Η έκτασή της είναι 756.950 τετραγωνικά χιλιόμετρα και ο πληθυσμός της ανέρχεται σε περίπου 18.000.000 κατοίκους. Πρωτεύουσα της Χιλής αποτελεί η πόλη του Σαντιάγκο, στο οποίο συγκεντρώνεται το 1/3 του συνολικού πληθυσμού της χώρας, ήτοι περίπου 6.000.000 κάτοικοι.

Η γεωγραφική μορφολογία της Χιλής είναι ιδιαίτερη, καθώς η χώρα αποτελείται από μία λωρίδα γης στις ακτές του Ειρηνικού ωκεανού, με πλάτος μόλις 176 χιλιόμετρα. Το μάκρος όμως της λωρίδας αυτής είναι αρκετά μεγάλο για να χαρίσει ποικιλομορφία και πολλές διαφορετικές κλιματικές συνθήκες ανά την Χιλιανή επικράτεια. Έτσι στην κεντρική Χιλή όπου διαμένει και το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, το κλίμα είναι

εύκρατο και ήπιο, ενώ στη νότια πλευρά της χώρας το κλίμα γίνεται τροπικό και ιδιαίτερα θερμό και υγρό.

Η Χιλή από οικονομική πλευρά αποτελεί ένα εξελισσόμενο κράτος το οποίο συνδυάζει επιτυχώς την εκμετάλλευση του πρωτογενούς τομέα (αλιεία, γεωργία και κτηνοτροφία) με την εξόρυξη μετάλλων, κυρίως σιδήρου και χαλκού, στην εξαγωγή του οποίου κατέχει τα πρωτεία παγκοσμίως. Η ανάπτυξη της Χιλής έχει έναν από τους μεγαλύτερους ρυθμούς στη Λατινική Αμερική, ενώ κατέχει το μεγαλύτερο κατά κεφαλήν ΑΕΠ στην περιοχή, περί τα 21.030 \$ ανά κεφαλή.

3.2.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η Χιλή αποτελεί μια χώρα που βρίσκεται σε πληθυσμιακή άνθηση, με τον πληθυσμό της να ανέρχεται σε 17.620.000 για το 2013 (WHO) δηλαδή περίπου 2.500.000 περισσότερο από το 2002, όπου αριθμούσε 15.116.435 κατοίκους. Το ποσοστό νέων έως 15 ετών κυμαίνεται στο 21%, το ποσοστό των ηλικιωμένων (<60) είναι 14%, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 33 έτη, με το συντριπτικό ποσοστό των κατοίκων (89%) να ζουν σε αστικά κέντρα.

Πίνακας 3.1

Βασικοί δημογραφικοί δείκτες της Χιλής

Indicators	Statistics	Year
Population (thousands)	17620	2013
Population aged under 15 (%)	21	2013
Population aged over 60 (%)	14	2013
Median age (years)	33	2013
Population living in urban areas (%)	89	2013
Total fertility rate (per woman)	1.8	2013
Number of live births (thousands)	245.3	2013
Number of deaths (thousands)	95.7	2013
Birth registration coverage (%)	99	2011
Cause-of-death registration coverage (%)	100	2010-2012
Gross national income per capita (PPP int \$)	21030	2013
WHO region	Americas	2013
World Bank income classification	High	2013

Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

Το προσδόκιμο ζωής των Χιλιανών κατοίκων στη γέννηση είναι 80 έτη, ενώ το ποσοστό του προσδόκιμου υγιούς ζωής αγγίζει τα 70 έτη, κάτι το οποίο σημαίνει πως τα τελευταία 10 έτη παύουν να είναι υγιή για το μέσο όρο των κατοίκων της χώρας και παρουσιάζονται ασθένειες. Το προσδόκιμο έχει αυξηθεί και στα 2 φύλα κατά 3 έτη σε σχέση με το 2002, ένα έτος περισσότερο από τον μέσο όρο των χωρών που ανήκουν στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO).

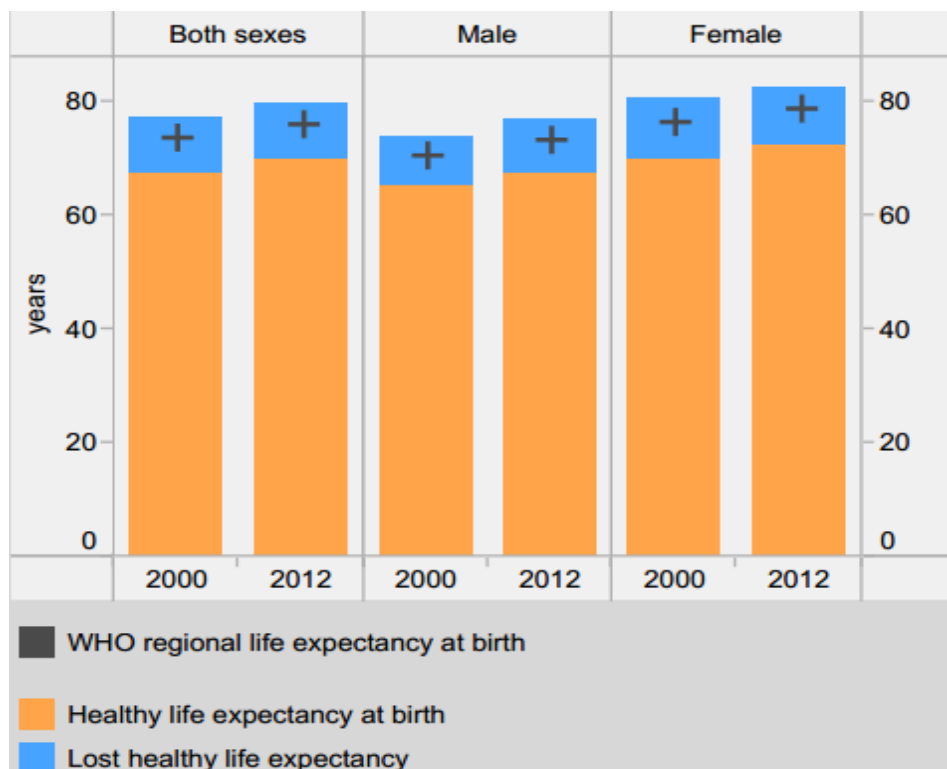
Πίνακας 3.2

Δείκτες προσδόκιμου ζωής της Χιλής (2013)

		Country	WHO region	World Bank income group
Life expectancy	At birth	80	76	79
	At age 60	24	22	23
Healthy life expectancy	At birth	70	67	70

Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

Διάγραμμα 3.1



Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στη Χιλή

Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

Η δημογραφική αύξηση του πληθυσμού της Χιλής φαίνεται εύκολα από τη σύγκριση μεταξύ του αριθμού γεννήσεων με ζωντανά βρέφη (2.453.000) και του αριθμού θανάτων (957.000) για το 2013.

3.2.3. Υγειονομικά χαρακτηριστικά

Οι δημογραφικές και υγειονομικές συνθήκες στη χώρα βελτιώνονται κάθε έτος, με αποτέλεσμα να υπάρχει αισθητή βελτίωση βασικών δεικτών σε σχέση με το παρελθόν. Έτσι, όπως παρατηρούμε στον πίνακα 3.3 ενώ το ποσοστό θνησιμότητας μέχρι την ηλικία των 5 ήταν 19 ανά 1000 γεννήσεις για το έτος 1999, το 2012 κυμάνθηκε στο 8/1000, με ρυθμό μεταβολής για αυτό το χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του 50%. Παρόμοιας κλίμακας μεταβολή παρατηρούμε και στα ποσοστά μητρικών θανάτων κατά τη διάρκεια του τοκετού, με τους 55 ανά 100.000 θανάτους για το 1999 να μεταβάλλονται σε 22/100.000 για το 2012. (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Πίνακας 3.3

Βασικοί Υγειονομικοί δείκτες της Χιλής (1990-2013)

Indicators	Statistics	
	Baseline*	Latest**
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	19	8
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	55	22
Deaths due to HIV/AIDS (per 100 000 population)	3.0	2.4
Deaths due to malaria (per 100 000 population)	0.0	0.0
Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100 000 population)	1.9	1.2

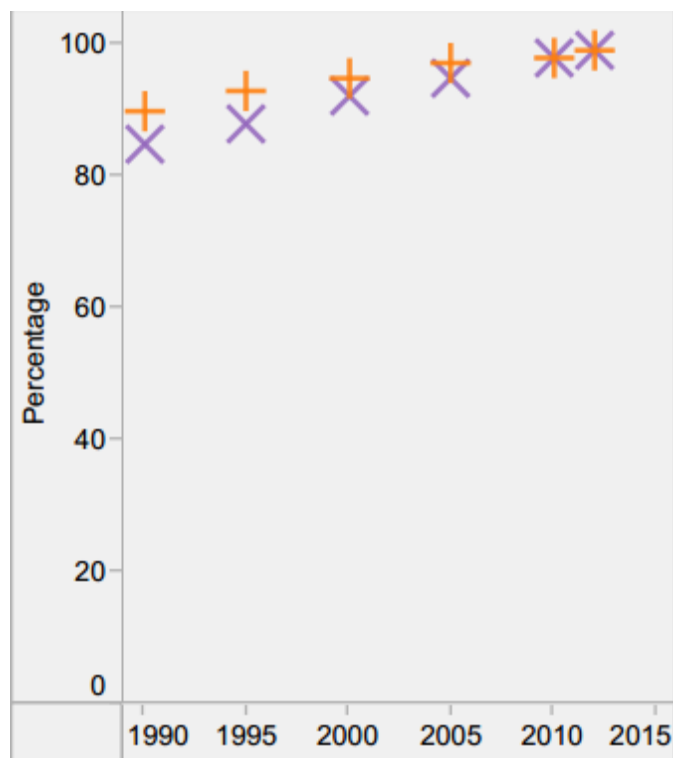
Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

Μείωση παρατηρείται και στον αριθμό των προσβεβλημένων από τον ιό HIV ο οποίος προκαλεί το AIDS. Το ποσοστό των φορέων HIV για το 2000 ήταν 3 στους 100.000, ενώ το 2013 το ποσοστό αυτό έπεσε στους 2.4 ανά 100.000 κατοίκους. Μείωση παρατηρήθηκε και στους θανάτους από φυματίωση, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 1.9 ανά 100.000 και για το 2013 να βρίσκεται στο 1.2/100.000.

Οι περιβαλλοντολογικές συνθήκες στη Χιλή δείχνουν να βρίσκονται σε εξαιρετικά επίπεδα, με τη βελτίωση τόσο των πηγών ύδρευσης, όσο και των εγκαταστάσεων υγιεινής να είναι εμφανής σε σχέση με τη δεκαετία του 90.

Διάγραμμα 3.2

Ποσοστά κάλυψης σε πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής στη Χιλή (1990-2013)



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την υγεία των κατοίκων της περιοχής είναι τέσσερις, και συγκεκριμένα οι εξής:

- Η αυξημένη γλυκόζη στο αίμα για άτομα άνω των 25 ετών, με το ποσοστό να κυμαίνεται για το 2008 στο 11.2% για τους άνδρες (0.3% μικρότερο από το αντίστοιχο του WHO) και στο 9.5% για τις γυναίκες (0.4% μικρότερο από το αντίστοιχο του WHO).
- Η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η οποία για το 2008 έφτασε το 39.4% στους άνδρες (13% περισσότερο από τα ποσοστά του WHO) και το 27.4% στις γυναίκες (7.7% μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τον μέσο όρο του WHO).

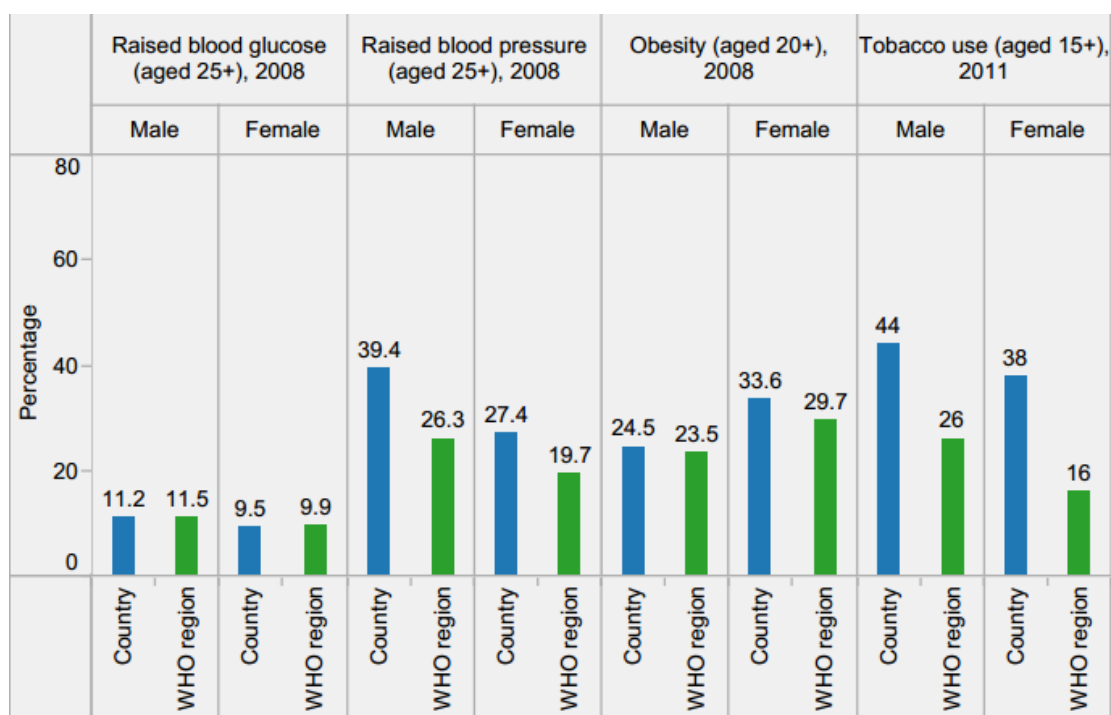
- η παχυσαρκία, η οποία για το 2008 αποτέλεσε το 24.5% του ανδρικού πληθυσμού (23.5% ο μέσος όρος του WHO) και το 33.6% του γυναικείου (29.7% ο μέσος όρος του WHO).

- Το κάπνισμα για ηλικίες άνω των 15 ετών, το οποίο παρατηρείται στο 44% των ανδρών (26% ο μέσος όρος του WHO) και στο 38% των γυναικών (16% ο μέσος όρος του WHO).

-

Διάγραμμα 3.3

Ποσοστά έκθεσης ενηλίκων σε βασικούς κινδύνους υγείας (2008)



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

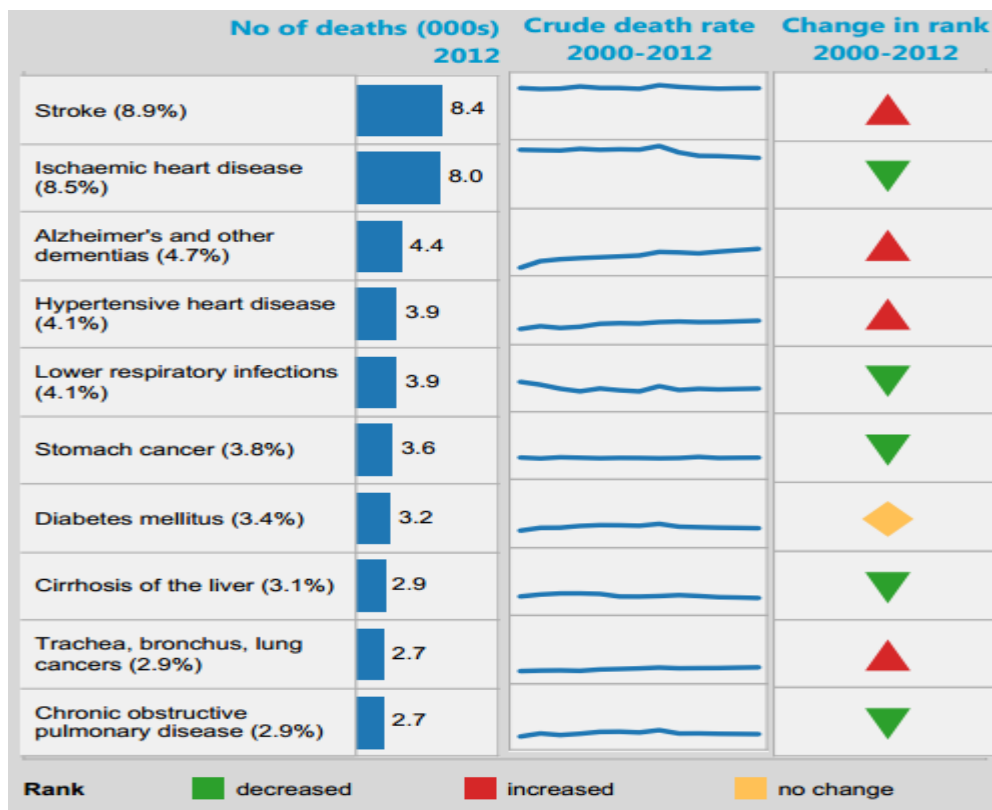
Σχετικά με τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου για τους κατοίκους της Χιλής, αυτοί κατανέμονται ως εξής:

- 8.4% προέρχονται από εγκεφαλικά επεισόδια
- 8.0% από ισχαιμικά καρδιακά επεισόδια
- 4.4% από τη νόσο του Αλτσχάιμερ

- 3.9% από υπερτασικές ασθένειες της καρδιάς
- 3.9% από μολύνσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος
- 3.6% από καρκίνο του στομάχου
- 3.2% από σακχαρώδη διαβήτη
- 2.9% από κίρρωση του ήπατος
- 2.7% από καρκίνο στο αναπνευστικό σύστημα
- 2.7% από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Πίνακας 3.4

Κυριότερες αιτίες θανάτου στη Χιλή (2000-2012)



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

Για το 2012 η πιθανότητα θανάτου για άνδρες ηλικίας μέχρι 15 ετών κυμάνθηκε στο 5%, ενώ για γυναίκες στο 4%. Η πιθανότητα θανάτου μέχρι την ηλικία των 70 ετών

ανεξαρτήτως αιτίας κυμάνθηκε στους άνδρες στο 37% και στις γυναίκες στο 23%. Τέλος, για το ίδιο έτος η πιθανότητα θανάτου για μία γυναίκα ηλικίας μεταξύ 15 και 49 ετών από μητρικούς παράγοντες είναι 0%, ενώ για τις ηλικίες μεταξύ 30 και 70 ανεξαρτήτως φύλου, η πιθανότητα θανάτου από μη μεταδοτικές ασθένειες (καρκίνος, καρδιαγγειακές νόσοι, χρόνιες αναπνευστικές νόσοι, διαβήτης) κυμάνθηκε στο 12%.

Πίνακας 3.5

Πιθανότητα θανάτου ανά ηλικιακή ομάδα στη Χιλή (2012)

Probability of dying between relevant exact ages, for a person experiencing the 2012 age-specific mortality risks throughout their life.

Before age 15, all causes	Male	5%
	Female	4%
Before age 70, all causes	Male	37%
	Female	23%
Between ages 15 and 49, from maternal causes	Female	0%
Between ages 30 and 70, from 4 major noncommunicable diseases (NCDs)~	Both sexes	12%

Πηγή: <http://www.who.int/countries/chl/en/>

3.2.4. Το σύστημα Υγείας

Η γέννηση του συστήματος υγείας της Χιλής έλαβε χώρα το 1952, ενώ το 1981 μέσω μεταρρυθμίσεων της δικτατορίας δημιουργήθηκε χώρος για τη δημιουργία ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών (Isapres) ενώ η λειτουργία των εγκαταστάσεων παροχής υπηρεσιών πέρασε στην ευθύνη της τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι εξελίξεις αυτές

δημιούργησαν ένα ανάμεικτο ασφαλιστικό κοινό το οποίο ήρθε αντιμέτωπο με διαφορών ειδών ανισότητες όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η ποιότητα παροχής των υπηρεσιών αυτών, μια κατάσταση η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη και σήμερα, αν και σε μικρότερο βαθμό.

Μέσω μεταρρυθμίσεων ανά τα έτη, το Χιλιανό σύστημα υγείας έχει εξελιχθεί θεαματικά και έχει να επιδείξει επιτεύγματα όπως τα εκπληκτικά χαμηλά ποσοστά θανάτων μητέρων και παιδιών, διατηρώντας τον προϋπολογισμό σε σχετικά χαμηλά επίπεδα.

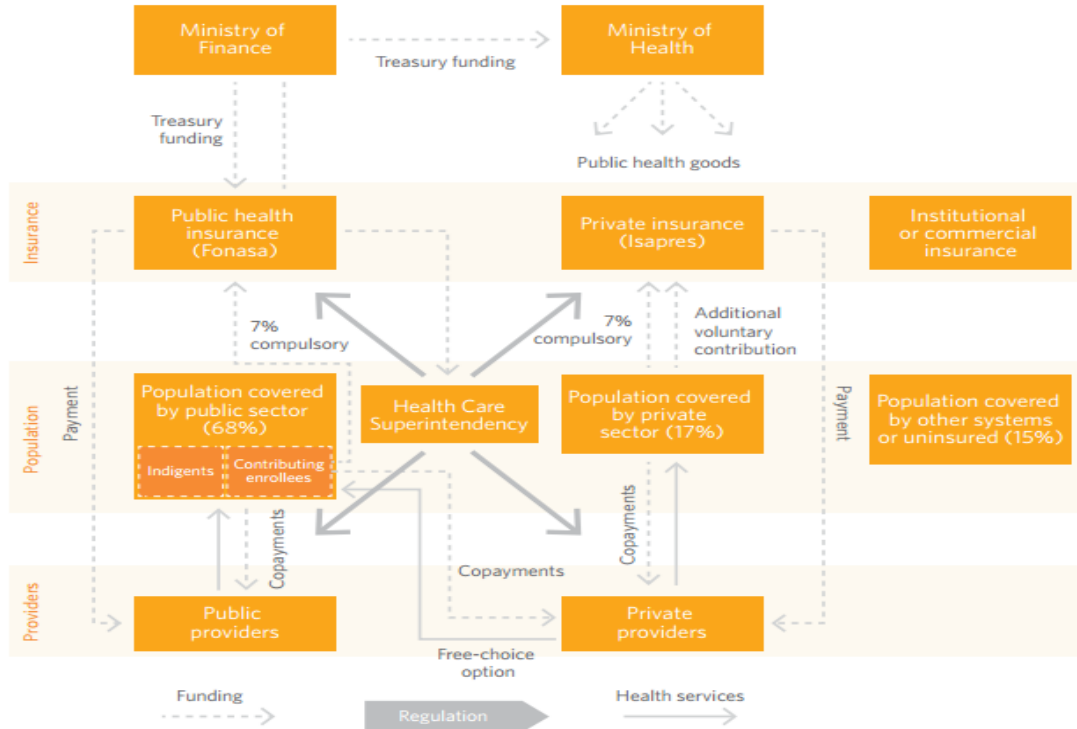
Το Χιλιανό σύστημα υγείας έχει υιοθετήσει έναν καθολικό χαρακτήρα, καθώς έχει επιτύχει την ασφάλιση σχεδόν όλων των πολιτών της χώρας. Ο δημόσιος φορέας ασφάλισης, η Fonasa, αποτελεί μακράν το μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό του κράτους, καθώς σε αυτόν ανήκει το 80% του συνολικού πληθυσμού, όπου συγκαταλέγονται και οι φτωχοί, τα έξοδα των οποίων ισοσκελίζονται από ισοδύναμα κεφάλαια. Οι υπόλοιποι ασφαλιστικοί φορείς (Isapres) ανταγωνίζονται για την κάλυψη περίπου του 17% των πολιτών. Το υπόλοιπο 3% των Χιλιανών διαθέτουν στρατιωτική ασφαλιστική κάλυψη. Οι ασφαλισμένοι στην Fonasa συνήθως χρησιμοποιούν κρατικές υπηρεσίες υγείας για την κάλυψη των αναγκών τους. Εξαιρέση αποτελούν οι εύποροι ασφαλισμένοι του συγκεκριμένου οργανισμού, οι οποίοι χρησιμοποιούν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για την παροχή υπηρεσιών καταβάλλοντας ένα αντίτιμο. Οι πελάτες των εταιρειών Isapres χρησιμοποιούν εξ' ολοκλήρου το ιδιωτικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας (Bossert, J. T. (2000)).

Το δημόσιο σύστημα ασφάλισης έχει υποχρεωτικούς αλλά και εθελοντικούς όρους, ανάλογα με τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα που επιλέγει ο κάθε πολίτης. Η επιλογή αυτή είναι ελεύθερη στο κάθε άτομο, ωστόσο καθοριστικό ρόλο στην επιλογή φορέα ασφάλισης διαδραματίζει το εισόδημα. Έτσι, οι εύποροι και σχετικά εύποροι προτιμούν την ασφάλιση σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ οι πολίτες κατώτερου εισοδήματος προτιμούν την Fonasa. Ο νόμος υποχρεώνει κάθε εργαζόμενο να καταβάλλει το 7% του μισθού του μηνιαίως για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών, με όριο τα 1.500\$. Παράλληλα επιτρέπει στους ιδιωτικά ασφαλισμένους να καταβάλουν εθελοντικά το 7% του μισθού τους για τη χρήση υπηρεσιών του δημόσιου προγράμματος παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας, του GES, σε περίπτωση που το επιθυμούν.

Τη δεκαετία του 80 μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 90 οι ιδιωτικές εταιρείες παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών είχαν τη δυνατότητα να κινούνται ελεύθερα στην αγορά, χωρίς την ύπαρξη κρατικού ελέγχου. Η κατάσταση αυτή οδήγησε σε μια αυστηρή επιλεκτική πολιτική από τις Isapres, οι οποίες κατά κανόνα ασφάλιζαν πελάτες οι οποίοι διέθεταν οικονομική ευρωστία και έχαιραν υγείας, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα καταβολής αποζημιώσεων. Η τακτική αυτή χάρισε οικονομική άνθηση στις εταιρείες αυτές, οι οποίες μέσω επενδύσεων και συνεχούς βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών κατάφεραν να αυξήσουν το πελατολόγιό τους, με αποτέλεσμα το 1997 να ασφαλίζονται σε αυτές σχεδόν 4 εκατομμύρια πολίτες, δηλαδή το 25% της αγοράς.

Η αλλαγή των κανονισμών όμως από την κυβέρνηση, η οποία προχώρησε σε περιορισμούς για τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είχε ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του 8% στο δημόσιο ασφαλιστικό πάροχο. Στη μετακίνηση αυτή καθοριστικό ρόλο έπαιξε η αναμόρφωση των υπηρεσιών που παρείχε η Fonasa. Η βελτίωση αυτή ήρθε μέσω του προγράμματος υγείας AUGÉ (ή αλλιώς GES) το 2005 και κατά τη διάρκεια διακυβέρνησης του Lagos, το οποίο προέβλεπε την ύπαρξη ενός κατώτατου επιπέδου παροχής υπηρεσιών τόσο στην Fonasa όσο και στις Isapres, το οποίο θα κάλυπτε τις βασικές ανάγκες ενός ασφαλιζόμενου ανεξαρτήτως του φορέα στον οποίο ανήκε.

Διάγραμμα 3.4



Το σύστημα υγείας της Χιλής

Πηγή: *Health Benefit Plans in Latin America: A regional Comparison (IDB, 2014)*

3.2.4.1 Το πρόγραμμα GES (Explicit Health Guarantees)

Οι ανισότητες που είχαν κάνει έντονη την εμφάνισή τους από τη δεκαετία του 90, όταν οι ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης είχαν εμφανίσει άνθηση, έφεραν στο φως το ζήτημα δημιουργίας ενός πιο αποδοτικού συστήματος υγείας στη Χιλή, το οποίο θα είχε τη δυνατότητα κάλυψης του συνόλου των πολιτών παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες. Η αρχή των συζητήσεων για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας είχε ήδη αρχίσει κατά τη διάρκεια του 90, ωστόσο η ύπαρξη πολλαπλών θεμάτων εκείνη την εποχή όπως

ήταν η ανάγκη αναμόρφωσης του εκπαιδευτικού συστήματος, ανέστειλαν την προώθηση μεταρρυθμίσεων.

Το 2005 η προώθηση μεταρρυθμίσεων άρχισε να γίνεται πράξη, με στόχο τη δημιουργία ενός προγράμματος παροχής υπηρεσιών υγείας (HBP) το οποίο θα βοηθούσε καταρχήν στην δημιουργία ενός κατώτατου επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας το οποίο θα λάμβανε κάποιος είτε ανήκε στο δημόσιο ασφαλιστικό φορέα, είτε στον ιδιωτικό. Παράλληλα το συγκεκριμένο πρόγραμμα θα έπρεπε να κινείται με βάση 4 άξονες:

- Πρόσβαση: Δημιουργήθηκε η υποχρέωση είτε από τη Fonasa, είτε από την Isapres να εξασφαλίσουν την πρόληψη υπηρεσιών που παρέιχε το καθεστώς GES.
- Χρονικά όρια: Δημιουργήθηκε ανώτατο όριο αναμονής για κάποιον πολίτη στη λήψη υπηρεσιών υγείας.
- Ποιότητα: Δόθηκαν εγγυήσεις για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών συγκεκριμένου επιπέδου
- Οικονομική κάλυψη: Ο φόρος που καλείται ένας ασφαλισμένος να πληρώσει για τη λήψη υπηρεσιών υγείας δεν ξεπερνά το 20% της συνολικής αξίας, ενώ οι ασφαλισμένοι στην Fonasa οι οποίοι δεν διαθέτουν υψηλό μισθό δεν χρειάζεται να πληρώσουν.

Παράλληλα με τους προαναφερθέντες στόχους, επιδιώχθηκε και τελικά επετεύχθη η κάλυψη από το δημόσιο σύστημα του 60% του συνολικού αριθμού ασθενειών που συναντώνται ανά τους κατοίκους της χώρας. Συγκεκριμένα, δεν υπάρχει απλά κάλυψη των συγκεκριμένων ασθενειών αλλά δίνεται και προτεραιότητα σε περιπτώσεις ασθενών που ταλαιπωρούνται από αυτές.

Σε γενικές γραμμές θα μπορούσε να γίνει η διαπίστωση πως το πρόγραμμα GES λειτουργεί υπό το φάσμα της συγκράτησης του κόστους σε χαμηλά επίπεδα με ταυτόχρονη καταπολέμηση των προβλημάτων που αποτελούν προτεραιότητα για την κοινωνία. Στη διαπίστωση αυτή συμβάλλει και το γεγονός πως ο σχεδιασμός του συγκεκριμένου προγράμματος πήρε δημόσιο χαρακτήρα και συμμετείχαν σε αυτόν ομάδες πολιτικών, τεχνοκράτες, αλλά και απλοί πολίτες οι οποίοι εξέφρασαν τις απόψεις τους σχετικά με τον χαρακτήρα και τις προτεραιότητες του προγράμματος.

3.3.Κολομβία

3.3.1 Προφίλ Κολομβίας

Η Κολομβία είναι μία χώρα που βρίσκεται στο βορειοδυτικό τμήμα της Νότιας Αμερικανικής ηπείρου. Έχει έκταση 1.141.748 τετραγωνικά χιλιόμετρα και πληθυσμό 48.321.000. Πρωτεύουσα της χώρας είναι η Μπογκοτά και επίσημη γλώσσα είναι η Ισπανική, ενώ ο Ρωμαιοκαθολικισμός είναι η επίσημη θρησκεία του κράτους, όπως και στην πλειονότητα των λατινοαμερικανικών χωρών.

Από οικονομικής πλευράς η Κολομβία είναι μια χαρακτηριστική χώρα της Λατινικής Αμερικής με πολλά скаμπανεβάσματα κατά την πάροδο των ετών. Το κατά κεφαλήν της ΑΕΠ αντιστοιχεί σε 11.000\$ για το 2013. Η παραγωγική της δραστηριότητα χωρίζεται σε τρεις κύριους τομείς, τη γεωργία σε ποσοστό 13.9%, τη βιομηχανία σε ποσοστό 30.3% και τον τομέα παροχής υπηρεσιών σε ποσοστό 55.8%. Παρά τη διαρκή ανάπτυξη της κολομβιανής οικονομίας έστω και με αργό ρυθμό από τη δεκαετία του 30, το 1991 κατεγράφη ύφεση για την οικονομία του κράτους, το οποίο δεν έδειξε ανθεκτικότητα στις διεθνείς οικονομικές εξελίξεις όπως η ασιατική κρίση εκείνης της περιόδου.

Τα κύρια εξαγωγικά προϊόντα της Κολομβίας είναι το πετρέλαιο και ο καφές, με το τοπίο να φαντάζει αβέβαιο για τη συνέχιση της εξαγωγής τους στους ίδιους ρυθμούς καθότι η τιμή του καφέ βρίσκεται σε πτώση στο διεθνές εμπόριο, ενώ τα πετρελαϊκά αποθέματα φθάνουν σε εξάντληση. Έτσι η κολομβιανή κυβέρνηση καλείται να βρεί νέους τρόπους για την ανάπτυξη του κράτους. Σχετικά με την επένδυση στην υγεία, για το 2013 η Κολομβία διέθεσε το 6.8% του συνολικού της ΑΕΠ.

3.3.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η Κολομβία αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα από πλευράς πληθυσμού κράτη της Λατινικής Αμερικής, με πληθυσμό που για το 2013 υπολογίζεται σε 48.321.000. Ο πληθυσμός ηλικίας μέχρι 15 ετών αντιστοιχεί στο 28% του συνολικού πληθυσμού. Οι κάτοικοι που ξεπερνούν τα 60 έτη αποτελούν μόλις το 10% του συνόλου ενώ ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 28 έτη, με το ποσοστό αστικοποίησης να αντιστοιχεί σε 76% για

το 2013. Ο βαθμός γονιμότητας ανά γυναίκα είναι 2.3, με τον αριθμό γεννήσεων για το 2013 να ξεπερνά τα 9 εκατομμύρια (9.074.000 γεννήσεις). Παράλληλα ο αριθμός των θανάτων για το ίδιο έτος ήταν 2.010.000, κάτι το οποίο δείχνει το συνεχή και αυξανόμενο ρυθμό δημογραφικής ανάπτυξης για τη χώρα. Η κάλυψη των γεννήσεων φτάνει το 97% και η αναγνώριση αιτιών που επιφέρουν το θάνατο το 98%.

Πίνακας 3.6

Βασικοί δημογραφικοί δείκτες της Κολομβίας

Indicators	Statistics	Year
Population (thousands)	48321	2013
Population aged under 15 (%)	28	2013
Population aged over 60 (%)	10	2013
Median age (years)	28	2013
Population living in urban areas (%)	76	2013
Total fertility rate (per woman)	2.3	2013
Number of live births (thousands)	907.4	2013
Number of deaths (thousands)	201.0	2013
Birth registration coverage (%)	97	2010
Cause-of-death registration coverage (%)	98	2009-2011
Gross national income per capita (PPP int \$)	11890	2013
WHO region	Americas	2013
World Bank income classification	Upper middle	2013

πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

Σχετικά με το προσδόκιμο ζωής, η Κολομβία είναι πάνω από τον μέσο όρο των κρατών του WHO με 78 έτη από τη στιγμή της γέννησης. Το προσδόκιμο υγιούς ζωής, δηλαδή ζωής χωρίς την εμφάνιση κάποιας σοβαρής ασθένειας είναι τα 67 έτη. Τέλος, το προσδόκιμο ζωής για τα άτομα που έχουν συμπληρώσει το 60ό έτος της ηλικίας τους είναι 24 έτη, 2 περισσότερα από τον παγκόσμιο μέσο όρο.

Πίνακας 3.7

Δείκτες προσδόκιμου ζωής στην Κολομβία (2013)

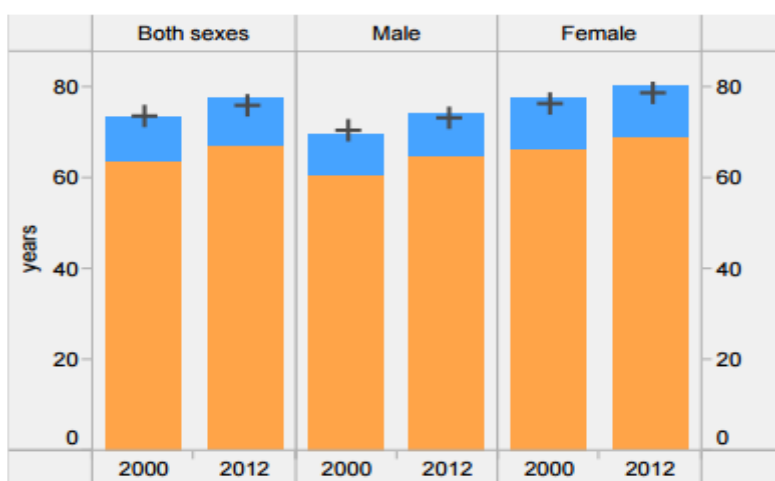
		Country	WHO region	World Bank income group
Life expectancy	At birth	78	76	74
	At age 60	24	22	20
Healthy life expectancy	At birth	67	67	66

πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

Σχετικά με το προσδόκιμο ζωής ανά φύλο, παρατηρείται μεν αύξηση και στις 2 κατηγορίες, ωστόσο οι γυναίκες προηγούνται των ανδρών τόσο κατά το έτος 2000 όσο και κατά το 2012. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και στα 2 φύλα αυξήθηκε συνολικά κατά 4 έτη για το 2012 σε σχέση με το 2000, με την μεταβολή παγκοσμίως να είναι 2 έτη (100% μεγαλύτερη δηλαδή).

Διάγραμμα 3.5

Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στην Κολομβία



πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

3.3.3. Υγειονομικά Χαρακτηριστικά

Σχετικά με τον δείκτη παιδικής θνησιμότητας έως την ηλικία των 5 ετών, για το 2013 ήταν 17/1000 με το αντίστοιχο μέγεθος για το 1999 να είναι 35/1000. Βελτίωση παρατηρήθηκε και στο δείκτη μητρικής θνησιμότητας, ο οποίος ενώ για το έτος 1999 ήταν 100/100.000, έπεσε στους 83 θανάτους ανά 100.000 μητέρες για το 2013. Σχετικά με τον αριθμό θανάτων από τον ιό HIV ο οποίος προκαλεί το AIDS, το 2000 ήταν 5.6 θάνατοι ανά 100.000 πολίτες, ενώ για το έτος 2012 παρουσιάστηκε μικρή αύξηση της τάξεως του 0.3 % με 5.9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Το ποσοστό θανάτων από μαalaria για το 2000 ήταν 0.5 ανά 100.000, ενώ για το 2012 ήταν 0.1/100.000. Τέλος, τα ποσοστά θανάτων από φυματίωση σε άτομα αρνητικά στον ιό HIV κυμάνθηκαν για το 2000 σε 3.2 ανά 100.000 κατοίκους και σε 1.6 ανά 100.000 για το 2013 (Bossert, J. T. (2000).

Πίνακας 3.8

Βασικοί υγειονομικοί δείκτες στην Κολομβία (1999-2013)

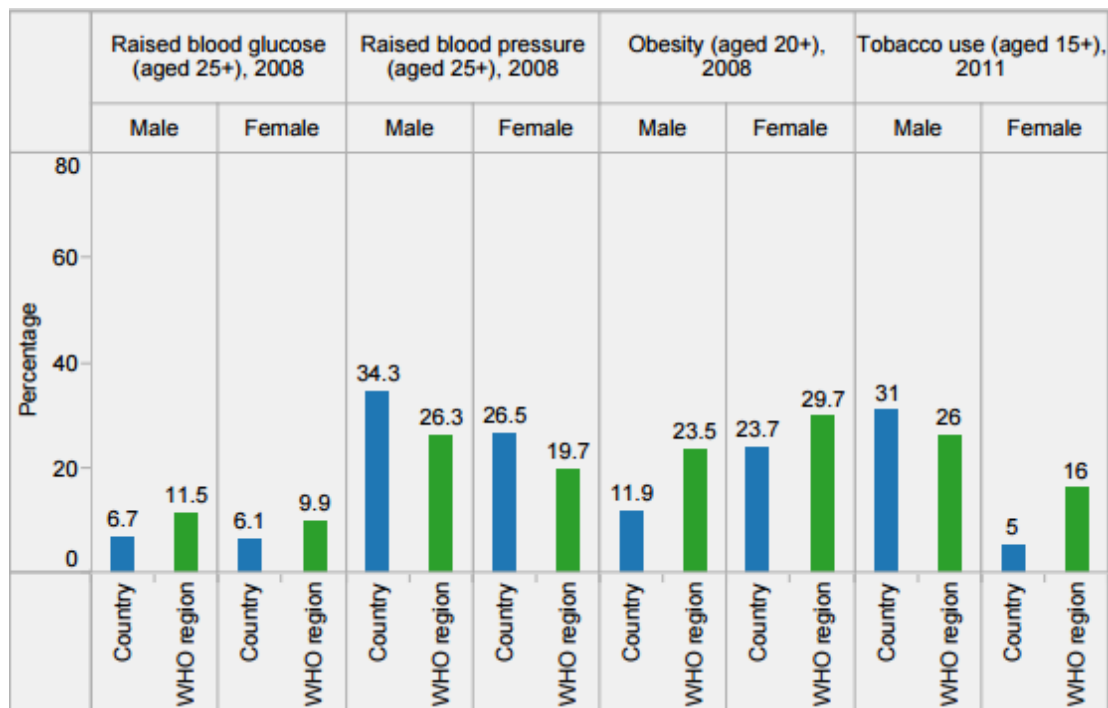
Indicators	Statistics	
	Baseline*	Latest**
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	35	17
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	100	83
Deaths due to HIV/AIDS (per 100 000 population)	5.6	5.9
Deaths due to malaria (per 100 000 population)	0.5	0.1
Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100 000 population)	3.2	1.6

πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

Διερευνώντας τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τους ενήλικες, παρατηρούμε πως για το έτος 2008 το 6.7% των ανδρών παρουσίασαν διαβήτη, με το παγκόσμιο ποσοστό να ορίζεται στις 11.5 μονάδες. Στις γυναίκες, το ποσοστό είναι κατά 0.6% μικρότερο, δηλαδή 6.1%, με τον μέσο όρο του WHO να κυμαίνεται στο 9.9%. Το 34.3% των ανδρών παρουσίασε αυξημένη αρτηριακή πίεση με το μέσο όρο του WHO να είναι 26.3%, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό κυμάνθηκε στις 26.5 μονάδες, με τον παγκόσμιο μέσο όρο να είναι 19.7%. Συνεχίζοντας με την παχυσαρκία στις ηλικίες από 20 ετών και άνω, οι άνδρες κατέχουν ένα ποσοστό της τάξης του 11.9% με τον παγκόσμιο μέσο όρο να είναι 23.5%, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο μέσο όρο της τάξης του 23.7%, ο οποίος ωστόσο παραμένει μικρότερος του παγκοσμίου μέσου όρου, ο οποίος είναι 29.7%. Τέλος, σχετικά με τη συχνότητα καπνίσματος το 31% των Κολομβιανών ανδρών κάνει χρήση καπνού, με τον μέσο όρο του WHO να είναι 26%, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό κυμαίνεται μόλις στο 5%, με τον αντίστοιχο παγκόσμιο δείκτη να είναι 16%.

Διάγραμμα 3.6

Ποσοστά έκθεσης ενηλίκων σε βασικούς κινδύνους υγείας (2008)

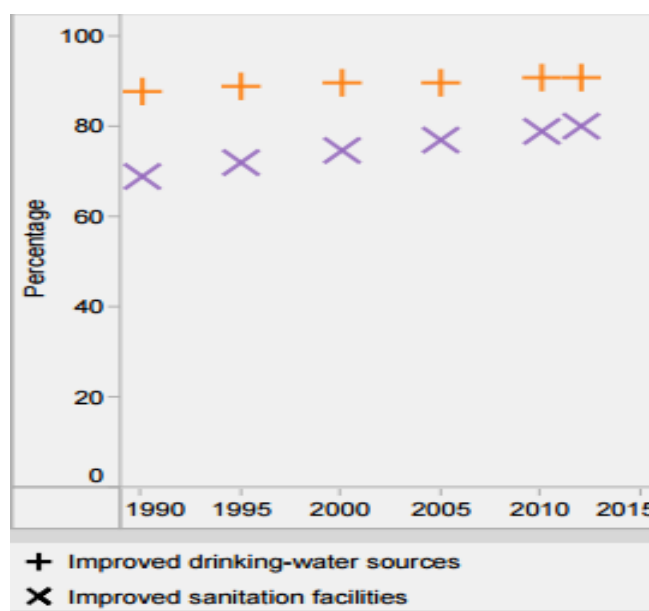


πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

Περνώντας στις περιβαλλοντικές συνθήκες, παρατηρούμε πως τα επίπεδα καθαριότητας του πόσιμου νερού βρίσκονται σε υψηλά επίπεδα και παραμένουν σε παρόμοιο επίπεδο από τη δεκαετία του 90, χωρίς όμως να αγγίζουν το 100%. Τα ποσοστά βελτιωμένων εγκαταστάσεων υγιεινής, αν και έχουν επιδείξει εμφανή βελτίωση από τη δεκαετία του 90 οπότε και ήταν περίπου 70% με το αντίστοιχο ποσοστό για το 2013 να είναι λίγο παραπάνω από το 80%, δεν είναι στο επιθυμητό επίπεδο.

Διάγραμμα 3.7

Ποσοστά κάλυψης σε πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής στην Κολομβία (1990-2013)



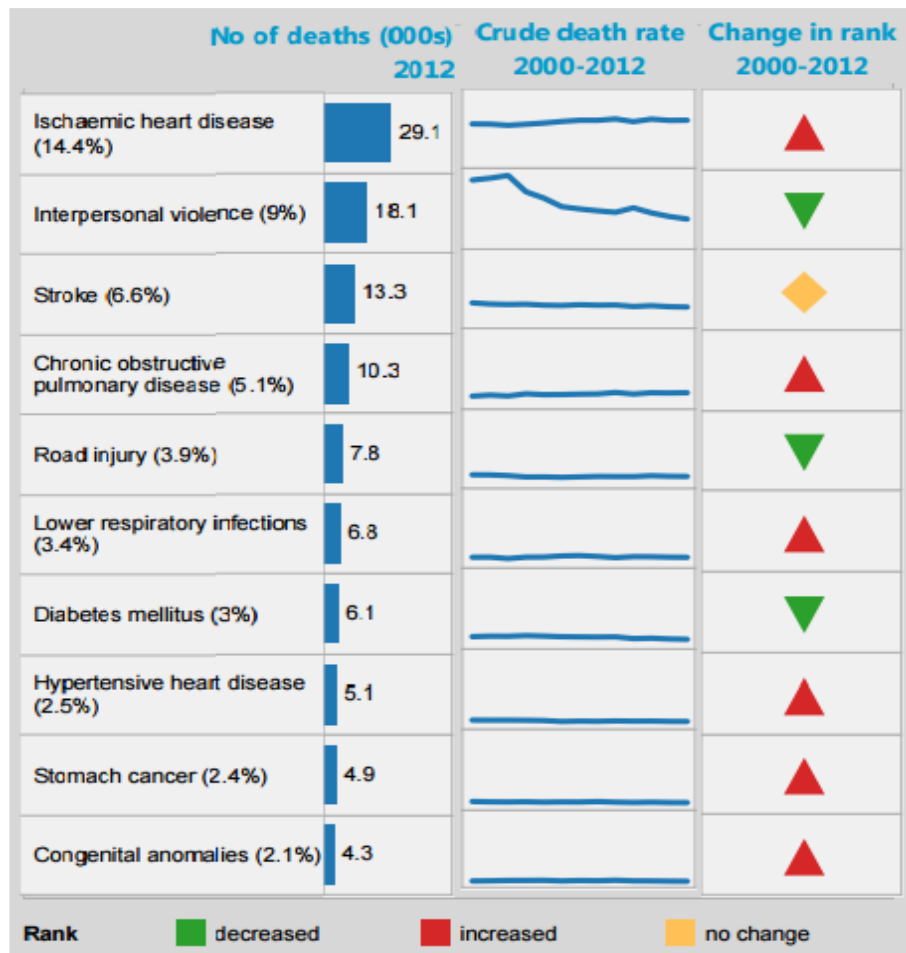
πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

Αναφορικά με τις 10 κυριότερες αιτίες θανάτου, αυτές είναι οι εξής:

- Ισχαιμικά επεισόδια με 29.100 θανάτους για το 2012 (14.4% το ποσοστό για το 2000)
- Φαινόμενα διαπροσωπικής βίας με 18.100 θανάτους για το 2012 (9% το ποσοστό για το 2000)
- Εγκεφαλικά με 13.300 θανάτους για το 2012 (6.6% για το 2000)

- Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 10.300 θανάτους για το 2012 (5.1% το ποσοστό του 2000)
- Τραυματισμοί στο δρόμο με 7.800 θανάτους για το 2012 (3.9% για το 2000)
- Κατώτερες μεταδιδόμενες ασθένειες με 6.800 θανάτους για το 2012 (3.4% για το 2000)
- Σακχαρώδης διαβήτης με 6.100 θανάτους για το 2012 (3% για το 2000)
- Υπέρταση με 5.100 θανάτους για το 2012 (2.4% το ποσοστό του 2000)
- Καρκίνος στομάχου με 4.900 θανάτους για το 2012 (2.4% το ποσοστό του 2000)
- Καρκινικές ανωμαλίες με 4.300 θανάτους για το 2012 (2.1% το ποσοστό του 2000).

Πίνακας 3.9



Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Κολομβία (2000-2012)

πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

3.3.4. Το σύστημα υγείας

Οι αρχές της δεκαετίας του 90 έφεραν πολλές αλλαγές για την Κολομβία. Η αναθεώρηση του κολομβιανού Συντάγματος το 1991 το οποίο μεταξύ άλλων προέβλεπε έναν πιο κοινωνικό χαρακτήρα στις κρατικές λειτουργίες, έφερε μια σειρά αλλαγών στο δημόσιο σύστημα της χώρας.

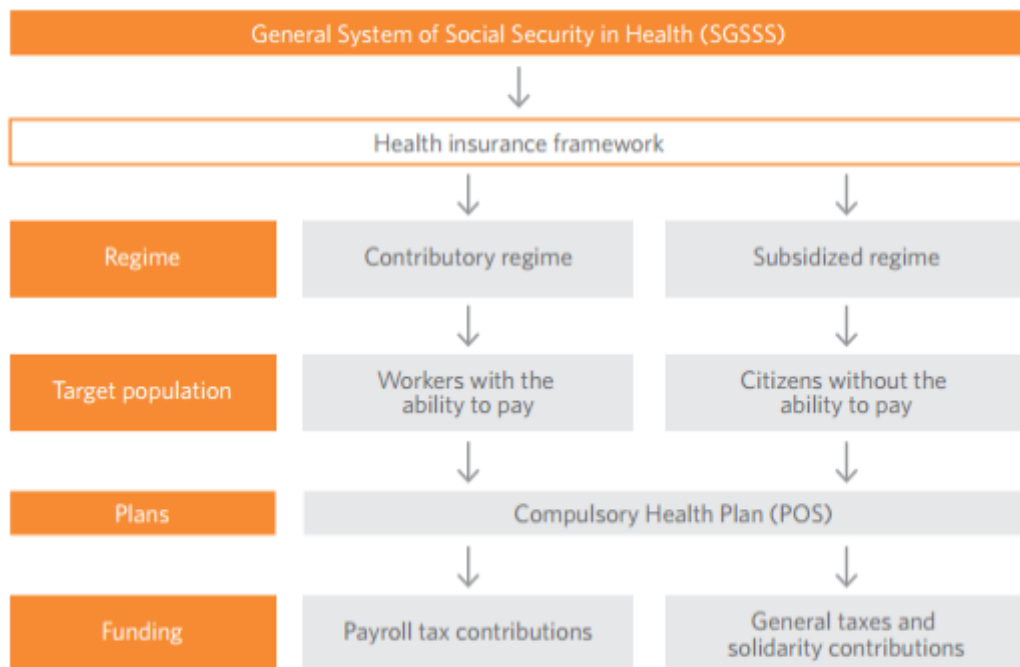
Το 1993 μέσω της ψήφισης του νόμου 100 δημιουργήθηκε το "Γενικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Υγεία" (SGSSS) το οποίο αποτέλεσε μια μορφή καθολικής ασφάλισης του κολομβιανού πληθυσμού. Η λειτουργία του γίνεται από ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες για κάποιο αντίτιμο (ασφάλιστρο) οφείλουν να παρέχουν στους πολίτες συγκεκριμένο επίπεδο υπηρεσιών, το οποίο ορίζεται από τον κρατικό μηχανισμό μέσω της δημιουργίας ενός Προγράμματος Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (HBP), το POS. Το νέο ασφαλιστικό σύστημα που εισήγαγε η κυβέρνηση χωρίστηκε αρχικά σε 2 μεγάλες κατηγορίες: την κατηγορία των πολιτών που μπορούσαν να συνεισφέρουν χρηματικά στην ασφάλιση και την κατηγορία των πολιτών οι οποίοι δεν είχαν αυτή τη δυνατότητα. Για την εξυπηρέτηση των 2 αυτών κοινωνικών ομάδων δημιουργήθηκαν 2 εκδόσεις του POS, το POS-C για τους συνεισφέροντες και το POS-S για τους μη συνεισφέροντες, οι οποίες όμως συγχωνεύθηκαν σε μία καθολική έκδοση, το POS το 2012, κάτι το οποίο εξυπηρετούσε την καθολική ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης και οικονομικής κατάστασης.

Οι λόγοι υιοθέτησης ενός τέτοιου συστήματος υγείας το οποίο στηρίζεται σε μία συγκεκριμένη πολιτική που πηγάζει από ένα πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών υγείας ήταν οι εξής: α) η αναθεώρηση όπως προαναφέρθηκε, του Συντάγματος της χώρας, το οποίο προέβλεπε την ύπαρξη ίσων δικαιωμάτων για τους πολίτες μεταξύ άλλων, η αλλαγή του οικονομικού πεδίου, στο οποίο τα μονοπώλια κατακερματίστηκαν με αποτέλεσμα την ανάγκη συνεργασίας του κράτους με τις ασφαλιστικές εταιρείες για την επιβίωση των δεύτερων και η επιθυμία αποκέντρωσης του συστήματος υγείας με στόχο την καλύτερη λειτουργία του ανάλογα με τις ανάγκες κάθε περιφέρειας ξεχωριστά.

Η δημιουργία του προγράμματος POS πηγάζει από την επιθυμία της κυβέρνησης για υιοθέτηση ενός ασφαλιστικού συστήματος στο οποίο θα ήταν διακριτοί τόσο ο ρόλος της χρηματοδότησης (η οποία γίνεται από το δημόσιο τομέα), όσο και ο ρόλος της ασφαλιστικής πρόληψης, δηλαδή των παραγόντων κινδύνου τους οποίους ένας ασφαλιστικός φορέας καλούνταν να καλύψει (ευθύνη των ασφαλιστικών εταιρειών). Έτσι, η μορφή του κολομβιανού συστήματος υγείας είναι μια σχετικά απλή μορφή, όπου τα πάντα καταρχήν περνάνε από το SGSSS και μετά μέσω του ασφαλιστικού πλαισίου της χώρας, όπου γίνεται η ασφαλιστική πρόληψη. Κατόπιν, ανάλογα με τη δυνατότητα ή όχι του πολίτη για συνεισφορά, γίνεται η κατάταξή του σε μία από τις 2 κατηγορίες συνεισφοράς στις υπηρεσίες υγείας. Από εκεί και μέσω του Υποχρεωτικού Σχεδίου Υγείας το οποίο ορίζει την ύπαρξη ίσης αντιμετώπισης και λήψης υπηρεσιών υγείας από όλους, πηγάζει το τελικό μέγεθος και είδος του αντιτίμου που καλείται ο καθένας να πληρώσει. (Διάγραμμα 3.8)

Διάγραμμα 3.8

Το Κολομβιανό σύστημα Υγείας



Πηγή: Πηγή: *Health Benefit Plans in Latin America: A regional Comparison (IDB, 2014)*

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε πως το σύστημα υγείας της Κολομβίας είναι στηριγμένο πάνω στο σχέδιο υγείας POS, το οποίο καθορίζει το ύψος και το είδος των αντιτίμων που θα καλύψει ο κάθε πολίτης, με δεδομένη την ύπαρξη ίδιων υπηρεσιών υγείας σε θέμα τόσο ποσότητας όσο και ποιότητας, για όλους.

Με τη σημερινή του μορφή, το σύστημα υγείας της Κολομβίας καλύπτει το 92.02% των πολιτών της για το 2012, με το ποσοστό αυτό να είναι μόλις 25% στο έτος 1993, όταν και άρχισαν οι διαρθρωτικές αλλαγές στον χώρο. Από αυτό το 92.02%, το 42.82% των ασφαλισμένων ανήκουν στην κατηγορία των οικονομικά αδύναμων και το υπόλοιπο 48.37% στην κατηγορία αυτών που έχουν τη δυνατότητα συνεισφοράς.

Παρά την καθολικότητα του ασφαλιστικού συστήματος, γίνονται προσπάθειες για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας οι οποίες κρίνονται σε κάποιο βαθμό ανεπαρκείς. Η προσπάθεια της κυβέρνησης να ορίσει συγκεκριμένα οφέλη για τα οποία θα μπορεί και να εγγυηθεί, όπως π.χ. ένα ανώτατο επίπεδο χρόνου αναμονής για τη λήψη μιας υπηρεσίας υγείας όπως συμβαίνει στη Χιλή, δεν είναι εύκολη. Παρά το γεγονός πως το νομοθετικό πλαίσιο υπό το φάσμα του οποίου λειτουργεί το POS ορίζει για παράδειγμα το ανώτατο όριο των τριών ημερών για λήψη οποιασδήποτε υπηρεσίας υγείας, το παρόν σύστημα υγείας με τη συγκεκριμένη μορφή του και λειτουργικότητά του δεν μπορεί να ανταποκριθεί.

Σχετικά με το διαθέσιμο προϋπολογισμό για το κολομβιανό σύστημα υγείας, για το 2011 ξοδεύτηκαν περί τα 36.631 δις \$, δηλαδή το 6.1% του ΑΕΠ της χώρας. Από αυτά το 74.8% χρησιμοποιήθηκαν για τη λειτουργία του συστήματος δημόσιας υγείας, ενώ από αυτά, το 74% χρησιμοποιείται για τη χρηματοδότηση του προγράμματος POS, το οποίο με τη σειρά του κατανέμει τα βάρη ανάλογα με το διαχωρισμό των πολιτών. Τα μεγέθη αυτά είναι αρκετά υψηλά και μάλιστα μεγαλύτερα από την πλειοψηφία των λατινοαμερικανικών χωρών (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Παρά την μεγάλη προσπάθεια που έχει καταβληθεί από το κολομβιανό κράτος για τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγείας το οποίο θα έχει τη δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υψηλού επιπέδου με γνώμονα την ισότητα και μάλιστα στο χαμηλότερο δυνατό κόστος, αρκετά προβλήματα παραμένουν πάνω από τη δημόσια υγειονομική πολιτική της χώρας.

Οι κύριοι λόγοι για αυτή την κατάσταση είναι οι εξής:

- Η προσπάθεια πολιτικοποίησης της αναμόρφωσης του συστήματος υγείας. Η μεγαλύτερη του αποδεκτού ανάμειξη των πολιτικών απόψεων σχετικά με το κόστος των ασφαλιστρών που καλούνται να καταβάλλουν οι πολίτες για την παροχή υπηρεσιών υγείας είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των ασφαλιστρών αυτών με ταυτόχρονη αύξηση του ποσοστού που καλείται να δώσει ο κρατικός μηχανισμός, παρά τις μελέτες των τεχνοκρατών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα είτε την απορρόφηση χρηματοδότησης από άλλους εξίσου σημαντικούς τομείς κοινωνικής πρόνοιας, είτε απλά την ύπαρξη υπηρεσιών υγείας οι οποίες δεν διαθέτουν την ποιότητα που χρειάζεται.

- Η δυνατότητα επίλυσης τυχόν προβλημάτων που συναντώνται στο σύστημα υγείας της χώρας από φορείς οι οποίοι δεν ανήκουν στην κυβέρνηση, όπως το σύστημα δικαιοσύνης. Με αυτή την κατάσταση είναι δυνατή η παράβλεψη των στόχων και πολιτικών του κρατικού φορέα π.χ. στην περίπτωση αναβάθμισης ορισμένων τομέων του POS, με αποτέλεσμα την πιθανή δημιουργία πολιτικών διαχείρισης μέσα στο υπάρχον σύστημα υγείας, χωρίς τη συγκατάθεση της κυβέρνησης

- Η παράβλεψη των πραγματικών αναγκών του πληθυσμού, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ανισοκατανομής υγειονομικού προσωπικού και εγκαταστάσεων ανά περιφέρεια.

- Η κατανομή κεφαλαίων σε τομείς οι οποίοι δεν εξυπηρετούν το σύστημα υγείας και θα μπορούσαν να απελευθερωθούν προς όφελος της κοινωνίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η χρηματοδότηση από την κυβέρνηση φαρμακευτικών σκευασμάτων τα οποία δεν υποστηρίζονται από το κρατικό σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα την σπατάλη χρημάτων και την στέρησή τους από τον δημόσιο τομέα.

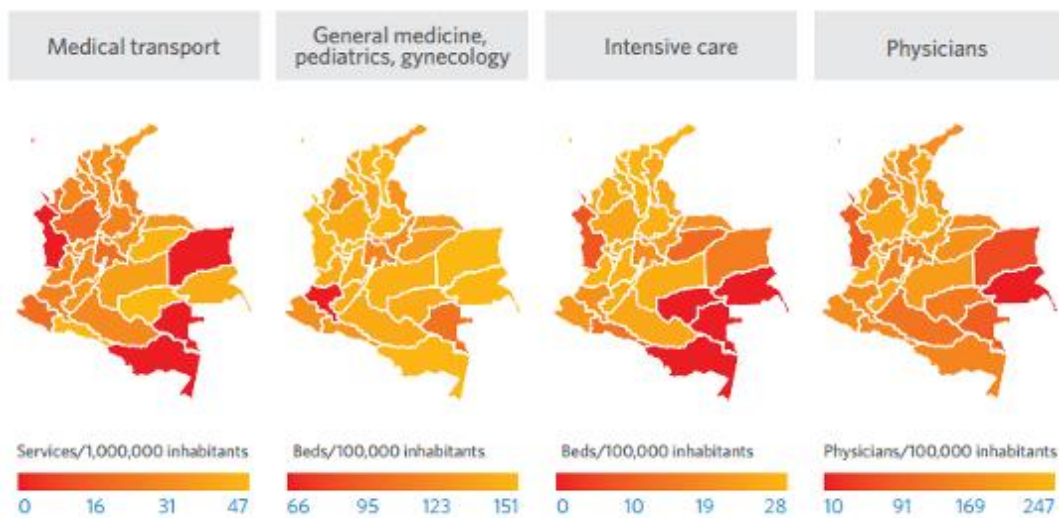
- Η μη ορθολογική μελέτη του μικροοικονομικού και μακροοικονομικού περιβάλλοντος της χώρας αλλά και της παγκόσμιας οικονομίας γενικότερα, κάτι το οποίο μπορεί να εκθέσει τον κρατικό μηχανισμό σε βάθος χρόνου, καθώς η μη σωστή μελέτη και πρόληψη σε πιθανά θέματα που είναι πιθανό να προκύψουν μελλοντικά (π.χ. Απότομη αύξηση των τιμών σε κάποιο φαρμακευτικό είδος) μπορεί να οδηγήσει σε αποδόμηση του υπάρχοντος συστήματος υγείας.

Ένα χαρακτηριστικό πρόβλημα του υπάρχοντος συστήματος υγείας αποτελεί η κατανομή του ανθρωπίνου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας ανά περιφέρεια, καθώς επίσης και η κατανομή εγκαταστάσεων υγειονομικού χαρακτήρα. Παρά το γεγονός πως

το σύστημα υγείας της χώρας προάγει την ισότητα ανά όλη την επικράτεια της, η έλλειψη προσαρμογής στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού ανά περιφέρεια και η αδυναμία σωστής κατανομής του υγειονομικού προσωπικού έχουν ως αποτέλεσμα την ύπαρξη τεράστιων διαφορών στην ποσότητα και ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και στο ποσοστό επιτυχούς πρόσβασης σε αυτές. Έτσι παρατηρούνται μεγάλες ανισοκατανομές υγειονομικού προσωπικού π.χ. μεταξύ της πρωτεύουσας της χώρας Μπογκοτά, όπου αντιστοιχούν 326 ιατροί ανά 100.000 κατοίκους με φτωχότερες περιοχές της χώρας στις οποίες αντιστοιχούν λιγότεροι από 30 ιατροί ανά 100.000 πολίτες. Στο μέγεθος αυτής της ανισοκατανομής σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η διασπορά του πληθυσμού σε μια περιοχή, καθώς όσο πιο αραιοκατοικημένη είναι, τόσο δυσκολότερη είναι η καθολική της κάλυψη σε υγειονομικές υπηρεσίες.

Χάρτης 3.1

Πληρότητα εργατικού δυναμικού, υπηρεσιών και κρεβατιών στην Κολομβία (2012)



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

3.4. Βολιβία

3.4.1. Προφίλ Βολιβίας

Η Βολιβία ή αλλιώς το Πολυεθνικό Κράτος της Βολιβίας όπως είναι η επίσημη ονομασία της από το 2009, είναι μία χώρα της Λατινικής Αμερικής η οποία συνορεύει με τη Βραζιλία, την Παραγουάη, την Αργεντινή και το Περού. Έχει έκταση 1.098.580 τετραγωνικά και χιλιόμετρα, μέγεθος που αντιστοιχεί στην Αγγλία, τη Γαλλία και τη Γερμανία μαζί, με τον πληθυσμό της να υπολογίζεται λίγο παραπάνω από 10.000.000 κατοίκους.

Η Βολιβία είναι από τις πλέον αραιοκατοικημένες χώρες της Λατινικής Αμερικής, όπως επίσης και μία από τις φτωχότερες. Το κατά κεφαλήν της ΑΕΠ αντιστοιχεί σε 5.750\$ και είναι από τα πλέον χαμηλά στην ευρύτερη περιοχή. Τα προβλήματα της Βολιβίας είναι τεράστια και έχουν κοινωνική, οικονομική αλλά και πολιτική χροιά. Το κράτος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη πολλών διαφορετικών φυλών, μεταξύ των οποίων δημιουργείται και πρόβλημα σχετικά με την επικοινωνία, αφού συναντώνται περισσότερες της μίας γλώσσες ανά περιοχή.

3.4.2. Δημογραφικά στοιχεία

Ο πληθυσμός της Βολιβίας για το έτος 2013 ήταν 10.671.000, με ένα ποσοστό μεγαλύτερο του μισού να ζει υπό συνθήκες φτώχειας (5.3 εκατομμύρια). Ο πληθυσμός ηλικίας μέχρι 15 ετών αποτελεί το 35% του συνόλου, ενώ οι κάτοικοι ηλικίας 60 ετών και άνω αποτελούν μόλις το 7% του συνολικού πληθυσμού. Λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι ο μέσος όρος ηλικίας στην χώρα είναι μόλις τα 22 έτη, εύκολα βγαίνει το συμπέρασμα πως, παρά τα προβλήματα, η Βολιβία αποτελεί μια χώρα που βρίσκεται σε πλήρη δημογραφική άνθηση.

Το συμπέρασμα αυτό ενισχύει μεταξύ άλλων και ο δείκτης γεννητικότητας ανά γυναίκα, ο οποίος είναι 3.2. Το ποσοστό αστικοποίησης ανέρχεται στο 68%, ποσοστό σχετικά μικρό με άλλες χώρες της περιοχής. Ο αριθμός των γεννήσεων για το 2013

ανήλθε σε 2.746.000 με το ποσοστό των θανάτων να είναι 743.000 για την ίδια περίοδο. Το ποσοστό κάλυψης των τοκετών βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα, της τάξης του 76%.

Πίνακας 3.10

Βασικοί δημογραφικοί δείκτες της Βολιβίας

Indicators	Statistics	Year
Population (thousands)	10671	2013
Population aged under 15 (%)	35	2013
Population aged over 60 (%)	7	2013
Median age (years)	22	2013
Population living in urban areas (%)	68	2013
Total fertility rate (per woman)	3.2	2013
Number of live births (thousands)	274.6	2013
Number of deaths (thousands)	74.3	2013
Birth registration coverage (%)	76	2008
Cause-of-death registration coverage (%)	...	
Gross national income per capita (PPP int \$)	5750	2013
WHO region	Americas	2013
World Bank income classification	Lower middle	2013

Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

Σχετικά με το προσδόκιμο ζωής αυτό παραμένει ιδιαίτερα χαμηλό για τα δεδομένα της εποχής, με μόλις 68 έτη από τη γέννηση, την ίδια στιγμή που ο παγκόσμιος δείκτης είναι 76 έτη. Το προσδόκιμο στην ηλικία των 60 είναι 19 έτη, ενώ το προσδόκιμο υγιούς ζωής είναι 57 έτη, με τον δείκτη του WHO να ανέρχεται στα 67 έτη. Σχετικά με την πορεία του προσδόκιμου ζωής από το 2000 έως το 2012 μεταξύ φύλων, παρατηρούμε αύξηση κατά 5 έτη συνολικά, με τις γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερο δείκτη.

Πίνακας 3.11

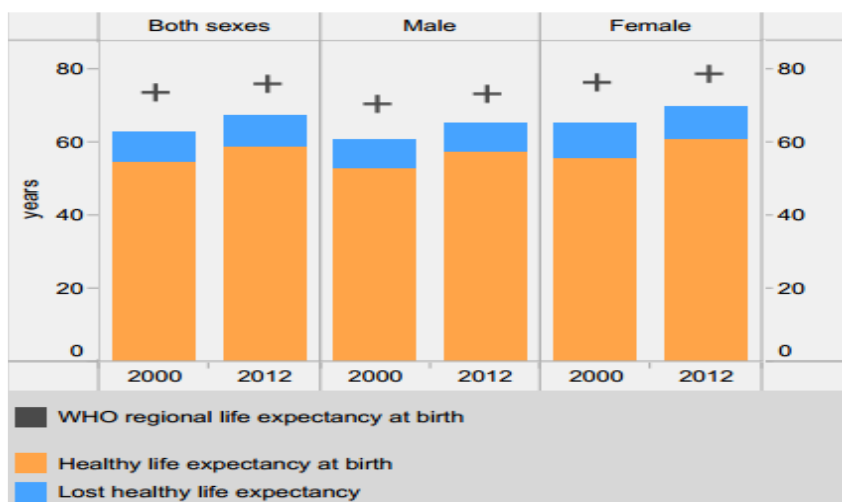
Δείκτες προσδόκιμου ζωής στη Βολιβία (2013)

		Country	WHO region	World Bank income group
Life expectancy	At birth	68	76	66
	At age 60	19	22	17
Healthy life expectancy	At birth	59	67	57

Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

Διάγραμμα 3.9

Προσδόκιμο ζωής ανά φύλο στη Βολιβία



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

3.4.3. Υγειονομικά Χαρακτηριστικά

Η Βολιβία έχει την τρίτη θέση σχετικά με την θνησιμότητα νεογνών στην Λατινική Αμερική. Η θνησιμότητα παιδιών ηλικίας έως 5 ετών ανέρχεται σε 39 ανά 100.000 για το 2013, με το αντίστοιχο ποσοστό για το 1990 να είναι 123/100.000. Περνώντας στη διερεύνηση του αριθμού μητρικών θανάτων, για το 1990 ήταν 510 ανά 100.000, ενώ

για το 2013 διαμορφώθηκε σε 200 ανά 100.000. Τα 2 προηγούμενα μεγέθη δείχνουν μεν τη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών στην περιοχή, ωστόσο σε σύγκριση με άλλες χώρες η βελτίωση αυτή κρίνεται ανεπαρκής.

Αναφορικά με τον αριθμό των θανάτων που προέρχονται από τον ιό HIV, για το 2000 αυτός ήταν 12.2 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού, με το αντίστοιχο ποσοστό του 2012 να είναι χειρότερο, ήτοι 12.6 θάνατοι ανά 100.000 άτομα. Το ποσοστό θανάτων από μαλάρια για το 2000 ανήλθε σε 0.1 ανά 100.000, με τα ποσοστά του 2012 να δείχνουν την εξάλειψη παρόμοιων θανάτων. Τέλος, παρατηρείται βελτίωση και στους θανάτους από φυματίωση σε άτομα μη προσβεβλημένα από HIV, αφού το ποσοστό από 5.5/100.000 για το 2000, διαμορφώθηκε σε 4/100.000 για το 2012 (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Πίνακας 3.12

Βασικοί υγειονομικοί δείκτες της Βολιβίας (1999-2013)

Indicators	Statistics	
	Baseline*	Latest**
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	123	39
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	510	200
Deaths due to HIV/AIDS (per 100 000 population)	12.2	12.6
Deaths due to malaria (per 100 000 population)	0.1	0.0
Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100 000 population)	5.5	4

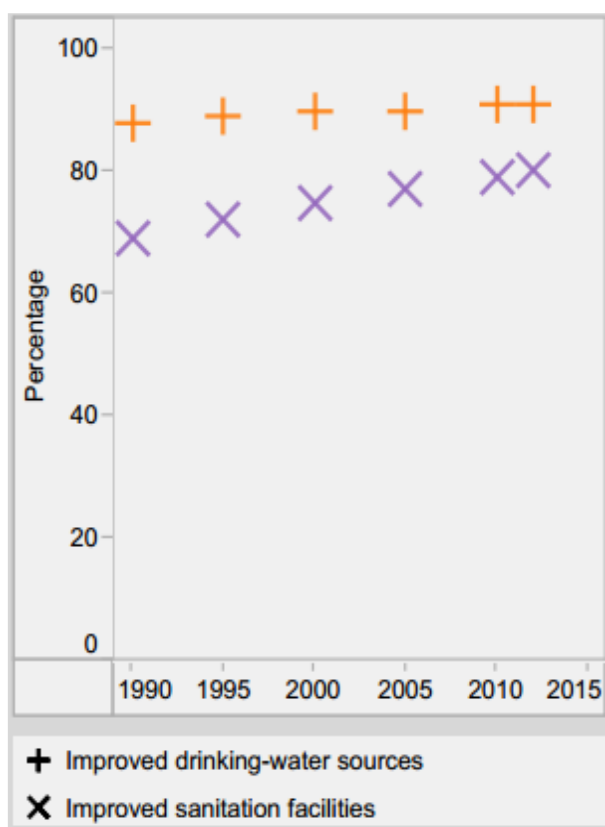
Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

Παρατηρώντας το επίπεδο καθαριότητας του πόσιμου νερού την τελευταία 25ετία, διακρίνουμε μια αμυδρή βελτίωση από το 1990 μέχρι σήμερα, με τα επίπεδα να παραμένουν σε υψηλό επίπεδο. Σχετικά με τη βελτίωση εγκαταστάσεων υγιεινής, αν

και έχει υπάρξει βελτίωση από το 1990, το επίπεδο παραμένει σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με τα ποσοστά του πόσιμου νερού, αλλά και σε σύγκριση με άλλες χώρες της περιοχής.

Διάγραμμα 3.10

Ποσοστά κάλυψης σε πόσιμο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής στη Βολιβία (1990-2013)



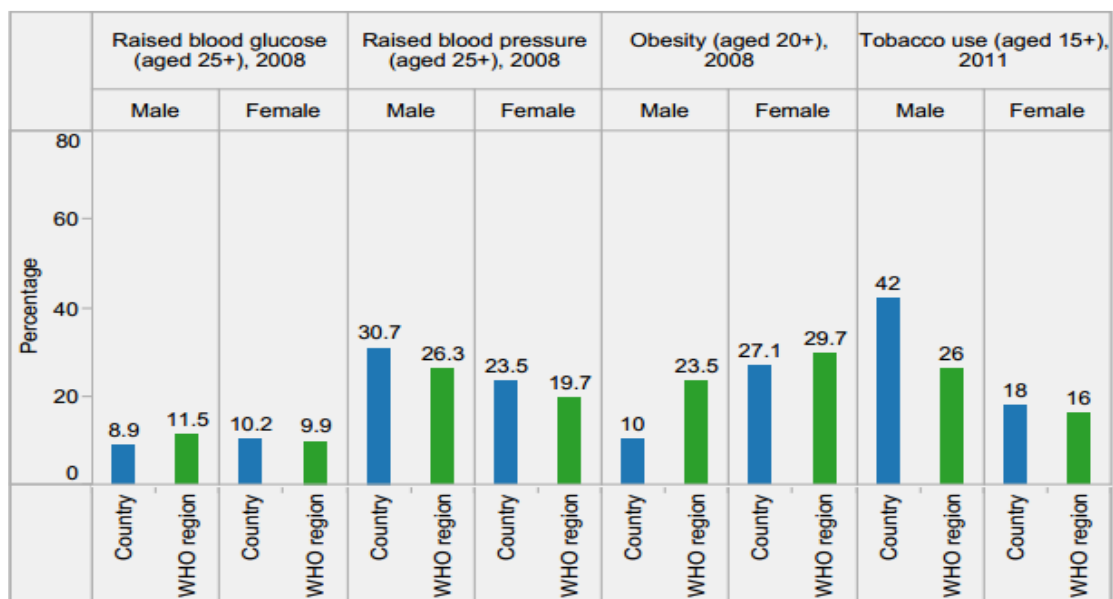
Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

Εξετάζοντας την κατανομή των ενηλίκων στην έκθεση σε παραδοσιακούς παράγοντες κινδύνου παρατηρούμε πως για το 2008, το 8.9% των ανδρών ηλικίας 25 ετών και άνω παρουσίασε αυξημένη γλυκόζη στο αίμα, με το αντίστοιχο ποσοστό στις γυναίκες να είναι μεγαλύτερο κατά 1.3 μονάδες. Συνεχίζοντας με τα ποσοστά εμφάνισης αυξημένης αρτηριακής πίεσης για τις ηλικίες 25 ετών και άνω, το 30.7% των ανδρών έχει εμφανίσει τέτοια σημάδια, την ίδια στιγμή που το ποσοστό για τον WHO

κυμαίνεται στο 26.3%. Το ποσοστό στις γυναίκες είναι μικρότερο, της τάξης του 23.5%, ωστόσο παραμένει υψηλότερο του ποσοστού για τον WHO (19.7%). Σχετικά με την εμφάνιση παχυσαρκίας σε άτομα 20 ετών και άνω, το 10% των Βολιβιανών ανδρών παρουσιάζει δείγματα, με τον δείκτη του WHO να είναι αρκετά υψηλότερος και συγκεκριμένα 23.5%. Στις γυναίκες το ποσοστό των παχύσαρκων φτάνει το 27.1%, δηλαδή 2.6% λιγότερο από το αντίστοιχο ποσοστό του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Τέλος, η κατανομή των ανδρών σχετικά με το κάπνισμα είναι 42%, την ίδια στιγμή που το ποσοστό του WHO είναι 26%, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό αυτό πέφτει στις 18 μονάδες, 2 περισσότερες από το παγκόσμιο ποσοστό (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Διάγραμμα 3.11

Ποσοστά έκθεσης ενηλίκων σε βασικούς κινδύνους υγείας (2008)



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

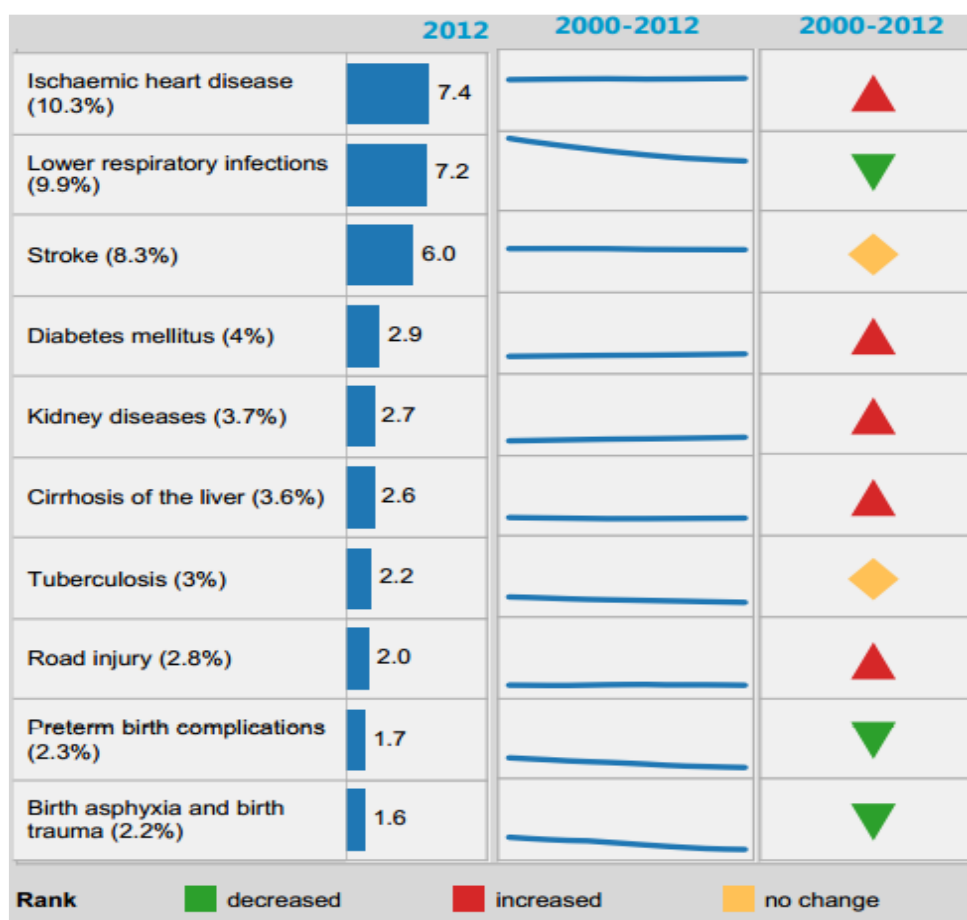
Διερευνώντας τις 10 κυριότερες αιτίες θανάτου για τον βολιβιανό πληθυσμό, αυτές κατανέμονται ως εξής:

- Ισχαιμικές παθήσεις της καρδιάς με 7.400 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 13.3%

- Παθήσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος με 7.200 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 9.9%
- Εγκεφαλικά με 6.000 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να ανέρχεται σε 8.3%
- Σακχαρώδης διαβήτης με 2.900 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 4%
- Παθήσεις των νεφρών με 2.700 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 3.7%
- Κίρρωση του ήπατος με 2.600 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 3.6%
- Φυματίωση με 2.200 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 3%
- Τραυματισμοί στο δρόμο με 2.000 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό για το 2000 να είναι 2.3%
- Ασφυξία κατά τη διάρκεια του τοκετού και τραυματισμοί με 1600 θανάτους για το 2012, με το ποσοστό το 2000 να ανέρχεται σε 2.2%

Πίνακας 3.13

Κυριότερες αιτίες θανάτου στη Βολιβία (2000-2012)



Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

Παρουσιάζοντας την πιθανότητα θανάτου ανάλογα με την ηλικία παρατηρούμε πως ένας άνδρας ηλικίας 15 ετών και κάτω έχει 20% πιθανότητες να αποβιώσει, με το ποσοστό στις γυναίκες της ίδιας ηλικιακής ομάδας να πέφτουν στο 16%. Τα ίδια ποσοστά για τις ηλικίες των 70 ετών και άνω είναι 62% και 51% αντίστοιχα. Τέλος, πιθανότητα θνησιμότητας για μία γυναίκα ηλικίας από 15 έως 49 ετών για μητρικούς λόγους φτάνει το 8%, ενώ και για τα 2 φύλα, η πιθανότητα θανάτου μεταξύ των ηλικιών 30 και 70 από μη μεταδιδόμενες ασθένειες όπως καρκίνος, καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικά νοσήματα και διαβήτης είναι 18%.

Πίνακας 3.14

Πιθανότητα θανάτου ανά ηλικιακή ομάδα στη Βολιβία (2012)

Before age 15, all causes	Male	20%
	Female	16%
Before age 70, all causes	Male	62%
	Female	51%
Between ages 15 and 49, from maternal causes	Female	8%
Between ages 30 and 70, from 4 major noncommunicable diseases (NCDs)~	Both sexes	18%

Πηγή: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

3.4.4. Το σύστημα υγείας

Το σύστημα υγείας της Βολιβίας απαριθμεί 1140 κέντρα υγείας και 168 νοσοκομεία. Σε γενικές γραμμές χαρακτηρίζεται από μεγάλες ανισότητες ανάμεσα στον πληθυσμό, ενώ η κακή οικονομική κατάσταση της χώρας έχει ως αποτέλεσμα τη μη σωστή χρηματοδότησή του. Παράλληλα η αραιά κατοίκηση που συναντάται στην περιοχή δυσχεραίνει την προσπάθεια της κυβέρνησης για αύξηση του ποσοστού προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Γενικά το βολιβιανό σύστημα υγείας είναι χωρισμένο σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

- Το Δημόσιο τομέα, όπου το Υπουργείο Υγείας σχεδιάζει και εφαρμόζει τις πολιτικές για τη δημόσια υγεία σε κεντρικό επίπεδο. Σε τοπικό επίπεδο, υπεύθυνοι για τη διαχείριση του συστήματος υγείας είναι οι νομοί και οι δήμοι, οι οποίοι επιφορτίζονται με το δύσκολο έργο της κάλυψης των χαμηλόμισθων πολιτών. Το ποσοστό αυτό κάλυψης δεν ξεπερνά το 30%.
- Τη δημόσια ασφάλιση, στην οποία δικαίωμα έχουν οι εργαζόμενοι. Η ασφάλιση αυτή χρηματοδοτείται ως επί το πλείστον από το κράτος, καλύπτοντας το 27% του συνολικού πληθυσμού.
- Τον ιδιωτικό τομέα, στον οποίο ανήκουν οι ιδιωτικές εταιρείες και οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις. Ο συγκεκριμένος τομέας καλύπτει περίπου το 20% του

πληθυσμού. Αυτό επιτυγχάνεται με την αποκομιδή ασφαλίστρου στις ιδιωτικές εταιρείες. Σχετικά με τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, η συμβολή τους είναι σημαντικότερη καθώς φροντίζουν για την παροχή υπηρεσιών υγείας περίπου στο 10% του πληθυσμού, ο οποίος απαρτίζεται κυρίως από άτομα που βρίσκονται σε καταστάσεις ανέχειας.

Ο δημόσιος τομέας όπως προαναφέρθηκε συμβάλλει στην ασφάλιση όχι περισσότερων από 3 εκατομμύρια κατοίκων, δηλαδή των πολιτών που εργάζονται σε αυτόν. Το ποσοστό που εργάζεται στο δημόσιο είναι χαμηλό λόγω του ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού ζει διάσπαρτο σε επαρχιακές περιοχές, ενώ στη μείωση προσωπικού βοήθησε και η κρίση της δεκαετίας του 90, η οποία εξώθησε την κυβέρνηση σε απολύσεις..

Το ποσοστό που διατίθεται για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι 7% περίπου του συνολικού ΑΕΠ της χώρας. Κατά την 4ετία 1998-2002 η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας συνολικά προήλθε κατά 22% από την κυβέρνηση, κατά 38% από την κοινωνική ασφάλιση και κατά 37% απευθείας από τα νοικοκυριά ή μη κερδοσκοπικές εταιρείες *Pan American Health Organization, (2001)*. Συχνό είναι το φαινόμενο φτωχοποίησης αρκετών ατόμων λόγω της υποχρέωσής τους να καλύψουν από την τσέπη τους τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Η Βολιβία παρουσιάζει τη μικρότερη διάθεση χρηματοδότησης ανά κεφαλή στο σύστημα υγείας της στη Λατινική Αμερική, με το ποσό διάθεσης να μην ξεπερνά τα 179\$ ανά άτομο για το 2002. Παράλληλα παρατηρείται άνθηση του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και μάλιστα με μεγαλύτερο ρυθμό ανάπτυξης από ότι ο κρατικός τομέας (15% και 9% αντίστοιχα για το 2002).

Την πενταετία 1998-2002 υπήρξε μια σειρά από μεταρρυθμιστικές δράσεις με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας του Βολιβιανού συστήματος υγείας. Βασικοί στόχοι αυτής της προσπάθειας ήταν η βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας των πολιτών και η βελτίωση του ποσοστού προσβασιμότητας σε υπηρεσίες υγείας. Για την επίτευξη αυτών των σημαντικών στόχων επιδιώχθηκε η αποκέντρωση του συστήματος μέσω της οποίας θα ήταν ευκολότερο για την κεντρική αρχή να μειώσει τα ποσοστά μητρικών και βρεφικών θανάτων, ενώ παράλληλα θα υπήρχε το ενδεχόμενο μείωσης των εξόδων για παροχή υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες. Η προσπάθεια αυτή είχε αποτελέσματα,

ωστόσο η βελτίωση δεν ήταν αρκετή για να αλλάξει τη δύσκολη κατάσταση που βιώνουν καθημερινά χιλιάδες Βολιβιανοί.

Κατά τη συγκεκριμένη πενταετία και αργότερα δημιουργήθηκαν τρία προγράμματα υγείας για την πραγμάτωση των στόχων σχετικά με το βολιβιανό σύστημα υγείας. Το 1997 δημιουργήθηκε το SNMN (Εθνική Ασφάλιση για Μητέρες και Παιδιά) το οποίο και προέβλεπε 26 παρεμβάσεις. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέχει την απαραίτητη προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα σε έγκυες γυναίκες και χρηματοδοτείται από τόσο από την κεντρική διοίκηση, όσο και από την αποκεντρωμένη, δηλαδή τις περιφέρειες.

Δύο χρόνια αργότερα δημιουργήθηκε το πρόγραμμα SBS (Βασική Ασφάλιση Υγείας) το οποίο αύξησε τις παρεμβάσεις στο χώρο της υγείας σε 92, μεταξύ των οποίων είναι και η μέριμνα για επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού και ο περιορισμός ασθενειών όπως το AIDS, η μαλάρια και η χολέρα, ενώ παράλληλα προβλέπει τις επισκέψεις ιατρικού προσωπικού σε κατοίκους απομακρυσμένων αγροτικών περιοχών οι οποίοι αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε υγειονομικές εγκαταστάσεις. Το 33% του προγράμματος χρηματοδοτείται από την κυβέρνηση, το 10% από διεθνείς συνεργασίες και το 6.4% από την τοπική αυτοδιοίκηση.

Το 1993 μπήκε σε ισχύ ένα ευρύτερο σε κάλυψη και αποφασιστικότερο πρόγραμμα, το SUMI (Καθολική Ασφάλιση Μητέρων και Βρεφών) το οποίο προέβλεπε 400 παρεμβάσεις. Με τη χρήση του συγκεκριμένου προγράμματος το ποσοστό βρεφικών θανάτων μειώθηκε για το 2003 σε 64 θανάτους ανά 1000 τοκετούς. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα χρηματοδοτείται από φορολογικά έσοδα και από έσοδα των δήμων.

Τα προγράμματα που αναφέρθηκαν βοήθησαν στη βελτίωση ορισμένων δεικτών του βολιβιανού συστήματος υγείας, ωστόσο το κύριο πρόβλημα της τεράστιας ανομοιομορφίας και της κακής οικονομικής κατάστασης της χώρας παραμένει. Οι συγκεκριμένες προσπάθειες θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως ημίμετρα για ένα σύστημα υγείας το οποίο έχει ανάγκη την κατακόρυφη αύξηση της χρηματοδότησής του και την προσαρμογή του στις πραγματικές ανάγκες των κατοίκων της περιοχής. Η έλλειψη ανθρωπίνου προσωπικού, χρηματικών και φυσικών πόρων όχι απλά διαιωνίζει την κατάσταση, αλλά την εντείνει ακόμη περισσότερο, αυξάνοντας το χάσμα μεταξύ των κατοίκων σε αστικά κέντρα και των κατοίκων της υπαίθρου. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός πως για το 1999 αντιστοιχούσαν 3.2 ιατροί ανά 10.000 κατοίκους μιας

πόλης, το ποσοστό να πέφτει στους 1.3 ιατρούς στην επαρχία. Τα συγκεκριμένα μεγέθη είναι 8 και 20 φορές αντίστοιχα μικρότερα από τον μέσο όρο στην Λατινική Αμερική.

3.5. Σύγκριση των τριών περιπτώσεων

Η προσπάθεια συσχέτισης και σύγκρισης των συστημάτων υγείας των χωρών της Χιλής, της Κολομβίας και της Βολιβίας αναμφίβολα μπορεί να οδηγήσει σε ξεκάθαρα συμπεράσματα σχετικά με την ειδοποιό διαφορά μεταξύ των συγκεκριμένων συστημάτων υγείας, καθένα από τα οποία προσφέρει και διαφορετικά αποτελέσματα στους πολίτες της εκάστοτε χώρας.

Αν και είναι συνήθης η άποψη πως ένας δείκτης μέτρησης της ισχύος μιας χώρας είναι μεταξύ άλλων ο δημογραφικός παράγοντας, στη συγκεκριμένη περίπτωση σύγκρισης δεν ισχύει κάτι τέτοιο. Υπό φυσιολογικές συνθήκες ανάπτυξης ενός κράτους, η αύξηση του αριθμού των κατοίκων συνεπάγεται και γενικότερη οικονομική ανάπτυξη καθώς αυξάνεται ο συντελεστής της εργασίας και έτσι το προϊόν που παράγεται βρίσκεται σε μεγαλύτερη ποσότητα. Ωστόσο το παράδειγμα της Βολιβίας, η οποία απαριθμεί σχεδόν 11 εκατομμύρια κατοίκους με το ποσοστό αύξησης του πληθυσμού να είναι σημαντικό, μας δείχνει πως η έλλειψη υποδομών και μέριμνας για ανάπτυξη μπορεί να οδηγήσει σε αντίστροφα αποτελέσματα.

Πρωταρχικό καταρχήν ρόλο στη συμπερασματολογία σχετικά με το ποια από τις τρεις προαναφερθείσες χώρες διαθέτει καλύτερο υγείας διαδραματίζουν τα αποτελέσματα που επιφέρουν αυτά τα συστήματα στους πολίτες κάθε χώρας. Έτσι μπορούμε να πούμε πως τα υγειονομικά και επιδημιολογικά δεδομένα κάθε χώρας αποτελούν τον καθρέφτη του συστήματος υγείας της.

Ερευνώντας τους υγειονομικούς δείκτες κάθε χώρας, παρατηρούμε πως σχετικά με το προσδόκιμο ζωής η Χιλή κατέχει τα πρωτεία με 80 έτη κατά τη γέννηση. Ακολουθεί η Κολομβία με 78 έτη και τρίτη είναι η Βολιβία με 68 έτη. Η διαφορά μεταξύ Χιλής και Βολιβίας είναι αν μη τι άλλο χαοτική, με 12 χρόνια διαφορά στο προσδόκιμο ζωής. Το βάρος της σημασίας των συγκεκριμένων δεικτών γίνεται ακόμη μεγαλύτερο αν αναλογιστούμε το γεγονός πως ο ηλικιακός μέσος του πληθυσμού κάθε χώρας είναι αντιστρόφως ανάλογος των δεικτών του προσδόκιμου ζωής. Συγκεκριμένα, η Βολιβία κατέχει τον μικρότερο ηλικιακό πληθυσμό με μέσο όρο ετών τα 22, δεύτερη έρχεται η Κολομβία με μέσο όρο τα 28 έτη και τρίτη η Χιλή με μέσο όρο τα 33 έτη.

Συνεχίζοντας με βασικούς δείκτες όπως είναι ο αριθμός των μητρικών και βρεφικών θανάτων, διαπιστώνουμε σχετικά με την πρώτη κατηγορία πως στη Χιλή πεθαίνουν 22 στις 100.000 μητέρες κατά τη διάρκεια του τοκετού, στην Κολομβία 83 ανά 100.000 και τέλος στη Βολιβία 200 ανά 100.000 τοκετούς. Σχετικά με τους βρεφικούς θανάτους κατά τη διάρκεια του τοκετού, στην Χιλή πεθαίνουν 8 στα 100.000 βρέφη, στην Κολομβία 17 στα 100.000 και στην Βολιβία 39 στα 100.000.

Αλλά και σε μία επιδημιολογική σύγκριση μεταξύ των τριών χωρών γίνεται ξεκάθαρη η διαφορετικότητα των αποτελεσμάτων του συστήματος υγείας έκαστης. Για το 2013 οι θάνατοι από AIDS στη Χιλή ανήλθαν σε 2.4 άτομα ανά 100.000 πληθυσμού. Στην Κολομβία η συχνότητα ήταν μεγαλύτερη με 5.9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, ενώ τέλος στη Βολιβία το ποσοστό των θανάτων από τα ίδια αίτια ανήλθε σε 12.6 ανά 100.000 (*Pan American Health Organization, (2012)*).

Από την παραπάνω παράθεση της υγειονομικής σύγκρισης μεταξύ των τριών παραδειγμάτων χωρών, εύκολα συμπεραίνουμε πως η Χιλή βρίσκεται ένα επίπεδο πάνω από την Κολομβία σε θέματα υγειονομικής παροχής στους πολίτες, και η Κολομβία παρομοίως σε σχέση με την Βολιβία.

Ως βασικό λόγο διαφοροποίησης των αποτελεσμάτων που επιφέρουν τα συστήματα υγείας κάθε χώρας μπορούμε να εκλάβουμε καταρχήν την εκάστοτε οικονομική κατάσταση. Η Χιλή με ΑΕΠ ανά κεφαλή τα 21.030\$ για το έτος 2013, σίγουρα διαθέτει περισσότερα μέσα για την υλοποίηση των στόχων της σχετικά με την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της σε σχέση με την Κολομβία (11.890\$ ανά άτομο) και την τρίτη Βολιβία (5.750\$ ανά κεφαλή). Η οικονομική κατάσταση δεν επιδρά μόνο στην ικανότητα μιας διοίκησης να αποκτά την πλέον σύγχρονη τεχνολογία και τα καλύτερα διαθέσιμα υλικά για την προμήθευση των εγκαταστάσεων παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά παράλληλα προσφέρει τη δυνατότητα απασχόλησης μεγαλύτερου αριθμού εργατικού δυναμικού, το οποίο θα μπορεί να κατανεμηθεί πιο ομοιόμορφα ανάμεσα στον πληθυσμό και τις ανάγκες που αυτός έχει.

Αν και η ανισοκατανομή του εργατικού δυναμικού υγείας είναι έτσι κι αλλιώς έντονη στις περισσότερες χώρες της Λατινικής Αμερικής, η Βολιβία αποτελεί το πλέον αρνητικό παράδειγμα της συγκεκριμένης κατάστασης. Παρότι και στην Κολομβία υπάρχει το συγκεκριμένο φαινόμενο με τα αστικά κέντρα να διαθέτουν περισσότερο

εργατικό δυναμικό σε σχέση με την ύπαιθρο, στην Βολιβία το φαινόμενο έχει αποκτήσει τεράστιες διαστάσεις.

Σε αυτό σημαντικό ρόλο έχει παίξει η αντιστρόφως ανάλογη ποσότητα του πληθυσμού σε σχέση με το γεωγραφικό μέγεθος της χώρας. Οι άνθρωποι στην ύπαιθρο ζούνε σε συχνές περιπτώσεις διάσπαρτα με αποτέλεσμα η δυνατότητα κάλυψης όλων σε θέματα υγείας να θεωρείται ουτοπική. Θα μπορούσαμε να πούμε πως το ποσοστό αστικοποίησης μιας κοινωνίας δείχνει μέσα σε γενικά πλαίσια και τη δυνατότητα του πληθυσμού για πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Όσο πιο κοντά ζει κανείς σε ένα αστικό κέντρο, τόσο πιο εύκολη είναι η μετάβαση σε κάποια υγειονομική εγκατάσταση. Το παραπάνω συμπέρασμα πηγάζει από το γεγονός πως η κατά 89% αστικοποιημένη Χιλή έχει τη δυνατότητα ελέγχου του προβλήματος της ανισοκατανομής του ιατρικού προσωπικού στον πληθυσμό σε αρκετά μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με την Κολομβία (76%) και την Βολιβία (68%) (*Bossert, J. T. (2000)*).

Το οργανωτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργεί ένα σύστημα υγείας δίνει τις κατευθύνσεις και τους στόχους τους οποίους αυτό καλείται να φέρει εις πέρας. Η οργάνωση και ο τρόπος με τον οποίο είναι δομημένο ένα σύστημα υγείας δείχνουν τον προσανατολισμό του εκάστοτε συστήματος και τελικά το αποτέλεσμα που αυτό θα έχει, λαμβάνοντας πάντα υπόψη και τον βαθμό χρηματοδότησης της συνολικής προσπάθειας. Η χάραξη στρατηγικών μέσω των συστημάτων υγείας αποτυπώνεται τη σημερινή εποχή μέσω της δημιουργίας (HBPs), δηλαδή Προγραμμάτων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Αυτά τα προγράμματα αποτελούν εργαλεία ικανοποίησης συγκεκριμένων στόχων που θέτει κάθε χώρα, ανάλογα με τις προτεραιότητες που βάζει.

Η Χιλή με την υλοποίηση του προγράμματος GES έθεσε σαν στόχο όχι την μέριμνα για κάποια συγκεκριμένη ευπαθή ομάδα πολιτών, αλλά την βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών το σύνολο του πληθυσμού της. Μέσω διεξαγωγής μελετών οι οποίες έδειξαν τί είναι ρεαλιστικό να γίνει στην πράξη τέθηκαν ορισμένα όρια για την παροχή υπηρεσιών υγείας τα οποία έχουν να κάνουν με τον χρόνο αναμονής, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το ποσό που καλείται κάποιος να πληρώσει από το προσωπικό του εισόδημα για τις υπηρεσίες αυτές. Παράλληλα δόθηκε προτεραιότητα στην αντιμετώπιση ασθενειών που είναι συνήθεις στο Χιλιανό κράτος. Μέσω αυτών των δράσεων επετεύχθη σε σύντομο χρονικό διάστημα η καλύτερη

λειτουργία του Χιλιανού συστήματος υγείας και εν τέλει η βελτίωση βασικών δημογραφικών και υγειονομικών παραγόντων της χώρας.

Η Κολομβία υιοθέτησε το σύστημα POS το οποίο λειτουργεί ουσιαστικά σαν φίλτρο πάνω στο σύστημα υγείας της χώρας, το οποίο έχει σαν στόχο την κατανομή κάθε πολίτη σε μία κατηγορία ανάλογα με τη δυνατότητά του να συνεισφέρει στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα έχει ως στόχο, ομοίως με το Χιλιανό σύστημα υγείας, την παροχή συγκεκριμένου επιπέδου υπηρεσιών για όλους τους πολίτες. Ο συγκεκριμένος στόχος όμως δεν είναι εφικτός από την Κολομβιανή κυβέρνηση, η οποία έχει να αντιμετωπίσει τεράστια επίπεδα ανισότητας μεταξύ των αστικοποιημένων περιοχών και της υπαίθρου. Η αδυναμία αυτή της Κολομβίας να προσφέρει υπηρεσίες παρομοίου επιπέδου με αυτές της Χιλής βρίσκει τις ρίζες της στην αδυναμία θέσπισης νομοθετικού πλαισίου το οποίο θα προάγει συγκεκριμένες ευεργετικές πολιτικές, στην ανάμειξη μικροπολιτικών συμφερόντων με την υγειονομική στρατηγική και στην μορφολογία του κολομβιανού κράτους, το οποίο διαθέτει αρκετές απομακρυσμένες περιοχές των οποίων οι κάτοικοι αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Το βολιβιανό κράτος επίσης κάνει προσπάθειες για τη βελτίωση του οργανωτικού πλαισίου υπό το οποίο λειτουργεί το σύστημα υγείας, μέσω της υιοθέτησης προγραμμάτων τα οποία προωθούν παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας του κράτους.

Το πιο χαρακτηριστικό πρόγραμμα είναι το SUMI (Καθολική Ασφάλιση Μητέρων και Βρεφών), το οποίο στοχεύει στην μείωση των βρεφικών και μητρικών θανάτων. Αν και έχει παρουσιαστεί βελτίωση στους συγκεκριμένους δείκτες, το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτελεί μάλλον ημίμετρα για ένα σύστημα υγείας το οποίο έχει έλλειψη πόρων πρωτίστως. Η προσπάθεια βελτίωσης συγκεκριμένων υγειονομικών και δημογραφικών δεικτών μπορεί να επιφέρει αποτελέσματα σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο, ωστόσο κάτι τέτοιο είναι συνώνυμο της αφαίρεσης πόρων από την προσπάθεια βελτίωσης των υπόλοιπων δεικτών που συνθέτουν τη συνολική υγειονομική κατάσταση της χώρας.

Ανακεφαλαιώνοντας, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η δημιουργία ενός ισχυρού και ανθεκτικού συστήματος υγείας απαιτεί την ύπαρξη πολλών σημαντικών παραγόντων, εκ των οποίων ξεχωρίζουν το οικονομικό υπόβαθρο μιας χώρας, το νομοθετικό πλαίσιο και το επίπεδο οργάνωσης. Μεταξύ των τριών παραδειγμάτων τα

οποία αναλύθηκαν είναι σαφής η υπεροχή της Χιλής σχετικά με το επίπεδο λειτουργίας και τα αποτελέσματα του υπάρχοντος συστήματος υγείας της έναντι των άλλων χωρών. Παράλληλα η Κολομβία βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο με αρκετά περιθώρια βελτίωσης, ενώ η Βολιβία χρήζει ανάγκης για οικονομική και οργανωτική ανάπτυξη, μέσω των οποίων διέρχεται ο δρόμος για σωστή και αποδοτική ανάπτυξη του συστήματος υγείας της.

3.6. Ανακεφαλαίωση

Από την παρουσίαση του συστήματος υγείας αλλά και των υγειονομικών συνθηκών της Χιλής μπορούμε εύκολα να διαπιστώσουμε το υψηλό επίπεδο που επικρατεί στον τομέα της υγείας τόσο από άποψη οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών, όσο και από άποψης των αποτελεσμάτων του συγκεκριμένου συστήματος. Χαρακτηριστική είναι η βελτίωση των επιπέδων θνησιμότητας του πληθυσμού της χώρας σε συγκεκριμένες ασθένειες που ταλανίζουν την περιοχή, όπως η εμφάνιση οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου, το οποίο απαιτεί και ταχύτατη αποκομιδή σε νοσοκομείο. (Πίνακας 3.6)

Πίνακας 3.15

Επίπεδα θνησιμότητας λόγω οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου πριν και μετά την εφαρμογή του GES

Table 1.3. Mortality due to acute myocardial infarction, pre- and post-GES, Chile (%)

Period	Thrombolysis	Angioplasty	No intervention	Men	Women	Total
Pre-GES	10.6	14	14	9.4	19.8	12
Post-GES	6.8	6	12	7.5	11.8	8.6

Πηγή: *Health Benefit Plans in Latin America: A regional Comparison (IDB, 2014)*

Η Χιλή αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση όχι μόνο για τις υπόλοιπες χώρες της Λατινικής Αμερικής, αλλά και για αρκετές χώρες του υπόλοιπου κόσμου, καθώς έχει καταφέρει παρά την ύπαρξη συνθηκών αντιξοότητας ανά τα έτη (π.χ δικτατορικά καθεστώτα) να δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας καθολικό, αποδοτικό και χαμηλού κόστους.

Τα στατιστικά στοιχεία που δίνονται στον παραπάνω πίνακα είναι ενδεικτικά της αποτελεσματικότητας που παρουσιάζει το σύστημα υγείας της Χιλής μετά την υιοθέτηση του προγράμματος GES, με τον δείκτη θνησιμότητας να έχει μειωθεί κατά 3.4% σε περιπτώσεις εμφάνισης εμφράγματος.

Η Κολομβία έχει να επιδείξει την τελευταία 20ετία τεράστια εξέλιξη και βελτίωση στο σύστημα υγείας και ασφάλισης. Οι έννοιες της ίσης μεταχείρισης και της καθολικής κάλυψης του πληθυσμού σε ασφαλιστικά θέματα βάζει τη χώρα στο σωστό δρόμο για την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των κατοίκων της. Το μέγεθος της προσπάθειας η οποία έχει καταβληθεί, φανερώνει και το μέγεθος των κεφαλαίων τα οποία διατίθενται κάθε χρόνο για τον τομέα της υγείας, περισσότερα από την πλειοψηφία των χωρών της λατινοαμερικανικής επικράτειας. Παρόλα αυτά, το κολομβιανό σύστημα υγείας δεν είναι σε θέση ακόμα να επιτύχει ίση μεταχείριση των πολιτών της σε θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και να εγγυηθεί ένα κατώτατο επίπεδο ποιότητας σε αυτές τις υπηρεσίες.

Η Βολιβία αποτελεί μία φτωχή χώρα η οποία χαρακτηρίζεται από άμετρη πολυπολιτισμικότητα και προσπαθεί ακόμη και σήμερα να τεθεί σε τροχιά οικονομικής ανάπτυξης. Η εικόνα του οικονομικού και βιοτικού της επιπέδου καθρεφτίζεται απόλυτα στον τομέα υγείας του συγκεκριμένου κράτους.

Οι χαμηλού επιπέδου υγειονομικές συνθήκες, η έλλειψη δεδομένων για πολλές χώρες εγκαταστάσεων υγιεινής και η μικρής συχνότητας βελτίωση των υγειονομικών δεικτών της χώρας ανά έτος κάνουν επιτακτική την ανάγκη εισροής επενδυτικών προγραμμάτων στη χώρα, η οποία μέσω της οικονομικής της ανάτασης θα έχει τη δυνατότητα εύστοχης αναμόρφωσης του πολυπαθούς συστήματος υγείας της, κάτι που αναμφίβολα θα πρέπει να τεθεί υπό προτεραιότητα για το βολιβιανό κράτος.

Συμπεράσματα

Η περιφέρεια της Λατινικής Αμερικής αποτελεί μια περιοχή η οποία αν και καθυστέρησε να μπει σε τροχιά ανάπτυξης λόγω των συνεχόμενων πολιτικών αναταράξεων, τελικά άρχισε να δείχνει σημαντικά σημάδια βελτίωσης σε όλους τους τομείς (οικονομικούς, κοινωνικούς κ.α.). Ωστόσο οι χώρες της λατινοαμερικανικής περιφέρειας απέχουν ακόμη αρκετά από το επιθυμητό επίπεδο ανάπτυξης σε σχέση με άλλες περιφέρειες όπως η Ευρωπαϊκή, με ορισμένες μόνο φωτεινές εξαιρέσεις. Η κατάσταση αυτή αντικατοπτρίζεται εύστοχα και στα συστήματα υγείας και ακολούθως στις υγειονομικές συνθήκες που συναντούμε στις χώρες αυτές.

Ο πληθυσμός της περιφέρειας εμφανίζεται γερασμένος, με τον μέσο όρο ηλικίας να είναι αρκετά υψηλός, ενώ υπολογίζεται πως το 50% του πληθυσμού εμφανίζει σημάδια παχυσαρκίας. Είναι δύσκολο έως αδύνατο να βγάλουμε συμπεράσματα για όλη την περιφέρεια της Λατινικής Αμερικής καθώς οι χώρες που ανήκουν σε αυτή χαρακτηρίζονται από τεράστια ανομοιομορφία σε όλα τα επίπεδα. Έτσι, παρατηρούμε χαοτικές διαφορές σε διάφορους τομείς μεταξύ χωρών της περιοχής, όπως για παράδειγμα τον αριθμό ιατρικού προσωπικού, που στην Κούβα αγγίζει το 63.4/10.000 ανά κατοίκους ενώ στην Παραγουάη ο συγκεκριμένος αριθμός δεν ξεπερνάει το 6/10.000. Ωστόσο η Λατινική Αμερική παρουσιάζει επιπρόσθετα προβλήματα τα οποία χρήζουν ανάγκης για άμεση επίλυση.

Υπάρχουν διαφόρων ειδών ασθένειες οι οποίες κάνουν ακόμη και σήμερα εμφάνιση σε ορισμένες λατινοαμερικανικές χώρες αν και έχουν εξαλειφθεί από τις περισσότερες περιοχές της γης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η ύπαρξη δάγκειου πυρετού ο οποίος σύμφωνα με τον WHO συνεχίζει να εμφανίζει εξάρσεις ανά 3 με 5 χρόνια και η ύπαρξη χολέρας, η οποία συνεχίζει να παραμένει ενδημική σε 21 χώρες της περιφέρειας. Το γεγονός ότι ο ιός H1N1 εμφανίστηκε και εξαπλώθηκε από το Μεξικό δείχνει και το οργανωτικό επίπεδο ορισμένων χωρών της Νότιας Αμερικής αναφορικά με τις υγειονομικές συνθήκες.

Παρόλα τα προβλήματα που εμφανίζει η περιφέρεια όμως, παρατηρείται αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνολικά, που τείνει να φτάσει το αντίστοιχο των ανεπτυγμένων περιφερειών, κάτι που δείχνει και την μεγάλη προσπάθεια που καταβάλλεται από τις

κυβερνήσεις για βελτίωση των συνθηκών υγείας και ποιότητας ζωής στη Λατινική Αμερική.

Ο ρυθμός ανάπτυξης της λατινοαμερικανικής περιφέρειας διαθέτει μια δυναμική που μπορεί να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής των κατοίκων σε εύλογο χρονικό διάστημα. Χώρες όπως η Βραζιλία, η Χιλή και η Αργεντινή έχουν αναπτυχθεί τάχιστα και έχουν αποκτήσει οικονομική δύναμη που τους επιτρέπει την επίλυση βασικών προβλημάτων όπως οι ενδημικές ασθένειες. Υπάρχει αρκετός δρόμος όμως μέχρι την πλήρη εξυγίανση των συστημάτων υγείας και την πλήρη ικανοποίηση του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Δαμηλάκου, Μ. (2014). Ιστορία Της Λατινικής Αμερικής : Από Το Τέλος Της Αποικιοκρατίας Μέχρι Σήμερα, Εκδόσεις Αιώρα, Αθήνα

Μουζέλης, Π. Ν. (2005). Κοινοβουλευτισμός Και Εκβιομηχάνιση Στην Ημι-περιφέρεια: Ελλάδα, Βαλκάνια, Λατινική Αμερική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Δαμηλάκου, Μ. και Λούκος Χ. (2011). 200 Χρόνια Από Τα Επαναστατικά Κινήματα Για Την Ανεξαρτησία Της Λατινικής Αμερικής 1810-2010, Εταιρεία Μελέτης Νέου Ελληνισμού- Μνημών, Ρέθυμνο

Παπαδάκη, Σ. (2007). Λατινική Αμερική: Μύθοι Και Θρύλοι Των Λαών, Εκδόσεις Ποντίκι, Αθήνα

Ηλιόπουλος, Κ. (2000). Αργεντινή: Φτώχεια Και Αντίσταση, Εκδόσεις Ιδιωτική, Αθήνα

Ξενόγλωσση

Pan American Health Organization, & World Health Organization, (2012). Health in the Americas: Regional Outlook and Country Profiles (2012 Edition)

Unicef & World Health Organization, (2012). Progress On Drinking Water And Satitation (2012 Update)

Pan American Health Organization, (2007). Health Situaton In The Americas : Basic Indicators

Mabry, J. D. (2002). Colonial Latin America, Εκδόσεις Llumina Press

Kantar Health, (2011). Brazil: The Gem Of Latin America

Musgrove, F. (2007). Challenges And Solutions In Latin America, Εκδόσεις Health Affairs

Bossert, J. T. (2000). Decentralization Of Health Systems In Latin America: A Comparative Study of Chile, Colombia And Bolivia, Harvard School Of Public Health

Giedion, U. και Bitran, R. και Tristao, I. (2014). Health Benefit Plans In Latin America, IDB

Pan American Health Organization, (2012). Health In South America (2012 Edition): Health Situation, Policies And Systems Overview

Pan American Health Organization, (2001). Health Services System Profile: Bolivia

Fleury, S. (1998). Reshaping Latin-American Health Care Systems: Toward Fairness?, Latin American Studies Association

Pan American Health Organization, (2007). Public Health Capacity In Latin America And The Caribbean: Assessment And Strengthening, Washington DC

Διαδικτυακές Πηγές

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9B%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%91%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A7%CE%B9%CE%BB%CE%AE>

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%BC%CE%B2%CE%AF%CE%B1>

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%92%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%B2%CE%AF%CE%B1>

<http://www.who.int/countries/chl/en/>

<http://www.who.int/gho/countries/chl.pdf?ua=1>

<http://www.who.int/countries/col/en/>

<http://www.who.int/gho/countries/col.pdf?ua=1>

<http://www.who.int/countries/bol/en/>

<http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&Itemid=40241&language=en