

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΑ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Διερεύνηση δαπανών υγείας σε επιλεγμένες χώρες της
Λατινικής Αμερικής

Ματράκα Βιολέττα

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως
μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και
Διοίκηση της Υγείας

Πειραιάς, 2019

UNIVERSITY OF PIRAEUS



DEPARTMENT OF ECONOMICS

M.Sc. in Health Economics and Management

Health Expenditures study for Selected

Countries of Latin America

Matraka Violetta

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 Economics and Management

Piraeus, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την σημαντική συμβολή τους στην εκπόνηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου για την θερμή υποστήριξή της, καθώς επίσης και τον επιβλέποντα καθηγητή του Τμήματος της Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς κ. Χρήστο Αγιακλόγλου.

Διερεύνηση Δαπανών Υγείας σε επιλεγμένες Χώρες της Λατινικής Αμερικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο τομέας της Υγείας, αποτελεί έναν από τους πιο ευαίσθητους αλλά και πολύπλοκους τομείς για την οικονομική ζωή μίας χώρας. Το υψηλό και ποιοτικό επίπεδο της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, δείχνει στοιχεία ευημερίας και ανάπτυξης, αλλά παράλληλα απαιτεί την υψηλή κατανάλωση των διαθέσιμων πόρων του συστήματος υγείας, που διαθέτει μια χώρα. Σε ένα σύστημα υγείας, η παραγωγικότητα και οι δαπάνες υγείας σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους και η σχέση αυτή είναι πολλαπλά τεκμηριωμένη με διάφορες έρευνες και μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ οι χώρες που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση, προστατεύουν και προάγουν τον τομέα της υγείας, για την προστασία των πολιτών. Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προσπάθεια να διερευνηθεί η συμπεριφορά των δαπανών υγείας των χωρών της Λατινικής Αμερικής και πιο συγκεκριμένα της Αργεντινής, της Βραζιλίας, της Κολομβίας του Μεξικού και της Χιλής σε σχέση με μερικών βασικών μακροοικονομικών μεταβλητών. Οι πληροφορίες που έχουν αναζητηθεί γι' αυτή τη διερεύνηση είναι τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τάσεις, η κατάσταση και οι τάσεις θνησιμότητας, κρίσιμα προβλήματα υγείας και ασθένειες, χρόνιες καταστάσεις και ασθένειες λόγω εξωτερικών αιτιών και τέλος η κατάσταση της υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, η περιοχή της Λατινικής Αμερικής έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο στην υγεία, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχίας της σε ορισμένους στόχους στο πλαίσιο των Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας. Παρόλ' αυτά χρειάζονται ακόμα πολλά βήματα για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας την μείωση των δαπανών υγείας και την αύξηση της παραγωγικότητας.

Health expenditures study for selected countries of Latin America

ABSTRACT

The health sector is one of the most sensitive and complicated sectors of the financial life of a country. A high-quality level of public health shows signs of prosperity, growth but simultaneously requires a high level of consumption of the available resources in a country's the health care system. In a health care system, productivity and health care expenses are directly correlated and this relationship is well-documented by various researches and studies carried out by the World Health Organization, whilst the countries that possess a good economic state protect and promote the health sector in order to protect their people. The aim of this master thesis is to investigate the behavior of health expenses in the Latin American countries and more specifically of Argentina, Brazil, Colombia, Mexico and Chile correlated with some of the most basic macroeconomic variables. The data researched for this particular study are the population characteristics, trends, situation, mortality rates, critical health problems and illnesses, chronic situations and illnesses due to external causes and finally the health condition during lifetime. During the last decade, Latin America has shown great progress in the health sector, including its success on various goals in the context of Millennium Developmental Goals. On the other hand, in order for the health sector to be upgraded and for the productivity to rise, there are still a lot of changes that need to be done.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη	x
Abstract	xi
Κατάλογος Πινάκων	xiii
Κατάλογος Διαγραμμάτων	xiii
Κεφάλαιο 1: Δαπάνες Υγείας και μακροοικονομικές μεταβλητές	1
1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Δαπάνες Υγείας	2
1.3 Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	9
1.4 Προσδόκιμο Ζωής	12
1.5 Ανεργία.....	15
1.6 Πληθωρισμός.....	18
1.7 Συναλλαγματική Ισοτιμία.....	20
1.8 Ανακεφαλαίωση	22
Κεφάλαιο 2: Συστήματα υγείας σε χώρες της Λατινικής Αμερικής	23
2.1 Εισαγωγή	23
2.2 Λατινική Αμερική και Συστήματα Υγείας	24
2.3 Παρουσίαση συστημάτων υγείας σε επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής	28
2.4 Ανακεφαλαίωση	53
Κεφάλαιο 3: Εμπειρική Ανάλυση	55
3.1 Εισαγωγή	55
3.2 Παρουσίαση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων	55
3.3 Συμπεράσματα.....	62
Βιβλιογραφία	63

Κατάλογος Πινάκων:

Πίνακας 3.1: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Αργεντινή.	57
Πίνακας 3.2: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Βραζιλία.	58
Πίνακας 3.3: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Κολομβία.	59
Πίνακας 3.4: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για το Μεξικό.	60
Πίνακας 3.5: Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Χιλή.	61

Κατάλογος διαγραμμάτων:

Διάγραμμα 3.1.: Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ.	56
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δαπάνες ενός συστήματος υγείας αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι για τον κρατικό προϋπολογισμό μιας χώρας και για αυτό υπάρχουν αρκετές οικονομετρικές μελέτες προκειμένου να διερευνηθεί η συμπεριφορά τους. Οι ερευνητές αυτές μελετούν τις δαπάνες ενιαία, ως συνολικές δαπάνες υγείας, και στη συνέχεια τις συνδέουν με άλλα μεγέθη και δείκτες της οικονομίας, όπως για παράδειγμα, το Α.Ε.Π. τον ρυθμό ανάπτυξης, τον πληθωρισμό, την ανεργία, κ.α..

Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές επικεντρώνουν την μελέτη τους και σε επιμέρους στοιχεία των συνολικών δαπανών υγείας σε ένα σύστημα. Άλλοι μελετούν με βάση τα συστατικά των υπηρεσιών κατά φορέα και άλλοι κατά πάροχο, δηλαδή νοσοκομεία, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και ασφαλιστικοί οργανισμοί, είτε είναι δημόσιοι είτε ιδιωτικοί, ενώ άλλοι με βάση τις πηγές χρηματοδότησης. Επίσης, χρησιμοποιούνται στις έρευνες και ποιοτικοί δείκτες για την εξαγωγή συμπερασμάτων, που επηρεάζουν το ύψος των συνολικών νοσοκομειακών και φαρμακευτικών δαπανών υγείας, όπως η ηλικία σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού, ο τρόπος ζωής των πολιτών σε συνδυασμό με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τόσο για δημόσιες όσο και για ιδιωτικές πηγές (Κατσιμπρή, 1999).

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν οι δαπάνες υγείας, οι οποίες αποτελούν ένα σημαντικό δείκτη της ευημερίας των πολιτών. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν οι σημαντικότεροι μακροοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία των δαπανών υγείας. Ειδικότερα, θα παρουσιαστούν το Ακαθάριστο Εγχώριο προϊόν, το προσδόκιμο ζωής, η ανεργία, ο πληθωρισμός και η συναλλαγματική ισοτιμία,

μεταβλητές οι οποίες θα χρησιμοποιηθούν στην εμπειρική ανάλυση των δαπανών υγείας για τις επιλεγμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής.

1.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όλες τις δαπάνες που πραγματοποιούνται έχοντας ως πρωτεύοντα σκοπό να βελτιώσουν ή να προλάβουν τη χειροτέρευση της κατάστασης της υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού ορίζονται ως δαπάνες υγείας. Οι δαπάνες υγείας αποτελούν ένα σημαντικό μέγεθος μέτρησης και σύγκρισης των οικονομικών δραστηριοτήτων σε σχέση με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και το αποτέλεσμα που παράγει το σύστημα υγείας. Με την έννοια των δραστηριοτήτων μπορεί να συσχετιστεί η αποτελεσματικότητα του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά και όλες εκείνες οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να συντηρηθεί ένα επίπεδο υγείας.

Η κατηγοριοποίηση των δαπανών υγείας περιλαμβάνει τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών:

- Οι ιατρικές δαπάνες, οι οποίες αφορούν τις αμοιβές των γιατρών, τα έξοδα μεταφοράς των ασθενών, τα έξοδα για οποιασδήποτε μορφής θεραπείες π.χ. θεραπείες με ιαματικά νερά, λουτροθεραπείες.
- Οι νοσοκομειακές δαπάνες οι οποίες περιλαμβάνουν τα έξοδα για τη νοσηλεία των ασθενών, τις δαπάνες για τις επεμβάσεις, τις δαπάνες για τα φάρμακα, τις δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις και
- Οι φαρμακευτικές δαπάνες, που αφορούν τις δαπάνες για τα φάρμακα, τα οπτικά και τα ορθοπεδικά προϊόντα.

Και στις κατηγορίες αυτές μπορούν να προστεθούν και οι δαπάνες της σχολικής ιατρικής, των υγειονομικών υπηρεσιών του στρατού, της ιατρικής της εργασίας, της πρόληψης, της έρευνας και των λειτουργικών δαπανών ώστε να ορισθούν οι συνολικές δαπάνες υγείας.

Το σύνολο των δαπανών υγείας μιας χώρας αποτελείται από το άθροισμα της ιδιωτικής και δημόσιας κατανάλωσης με τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις. Η δημόσια κατανάλωση περιλαμβάνει τα έξοδα για το σύστημα υγείας τα οποία καλύπτονται

από τον προϋπολογισμό της κάθε χώρας ενώ η ιδιωτική κατανάλωση περιλαμβάνει την συμμετοχή στο κόστος και τα ίδια έξοδα από την πλευρά των πολιτών – καταναλωτών. Επίσης το κράτος συμμετέχει στο σύστημα υγείας και με το κομμάτι των δημοσίων επενδύσεων. Η έννοια των ιδιωτικών επενδύσεων, σχετίζεται με την δημιουργία νέων υποδομών από ιδιώτες έχοντας ως κύριο σκοπό την απόδοση των κεφαλαίων τους σε μελλοντικό χρόνο, και επομένως έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα (Donaldson, Gerard, 1993).

Το συνολικό μέγεθος καθώς και η σύνθεση των δαπανών υγείας πολλές φορές δεν είναι γνωστά για αρκετές χώρες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ενώ μπορεί να υπολογιστεί το συνολικό ύψος των δημόσιων αλλά και των ιδιωτικών επενδύσεων όπως επίσης και το συνολικό ύψος της δημόσιας κατανάλωσης, αντιθέτως δεν μπορούν να βρεθούν στοιχεία για την ιδιωτική κατανάλωση και για τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Επιπρόσθετα, το πρόβλημα να εκτιμηθούν οι συνολικές δαπάνες υγείας για κάθε κράτος, επιτείνεται αφού δεν τελείται διάκριση των δαπανών σύμφωνα με τη βαθμίδα περίθαλψης που υπάγονται. Παρατηρείται αδυναμία κατά την προσπάθεια να γίνει περιγραφή της πορείας που ακολουθεί ένας ασθενής στο σύστημα υγείας καθ' όλη την διάρκεια ζωής του και σε πολλές περιπτώσεις χρειάζεται ταυτόχρονη χρήση ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του ασθενή.

Προσδιοριστικοί Παράγοντες Δαπανών Υγείας Έως και τα μέσα της δεκαετίας του 1970, το κόστος που αφορούσε τον κλάδο της υγείας, δεν αποτελούσε ένα ζήτημα για τις κυβερνήσεις των κρατών, μιας και η εξέλιξη των δαπανών υγείας συμβάδιζε με τη σταθερή αύξηση που επιτυγχανόταν στο Α.Ε.Π. των χωρών αυτών. Εντούτοις, από τα τέλη της υπόψιν δεκαετίας και μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, διάφοροι οικονομολόγοι μελετητές ξεκίνησαν να διερευνούν τον τομέα των δαπανών για την υγεία, κρίνοντας πως, ο ρυθμός της μεταβολής τους είναι περισσότερο ταχύς από τον αντίστοιχο ρυθμό μεταβολής του Α.Ε.Π. και ενδεχομένως να πρέπει με κάποιο τρόπο να συγκρατηθούν.

Για το λόγο αυτό, οι προσπάθειές τους επικεντρώθηκαν στην αναζήτηση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την αυξητική τους πορεία, με πληθώρα ερευνών, τόσο από μεμονωμένους ερευνητές, όσο και από εμπειρογνώμονες διεθνών και δημόσιων οργανισμών. Όλη αυτή η επιστημονική δραστηριότητα αναπτύχθηκε κυρίως υπό την

αιγίδα αλλά και την εποπτεία οργανισμών όπως είναι, ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.), ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), τα Ηνωμένα Έθνη, η Παγκόσμια Τράπεζα κ.α.. Απώτερος στόχος όλων των ανωτέρω οργανισμών ήταν η ταυτοποίηση εκείνων των παραγόντων που επηρεάζουν την αυξητική πορεία των δαπανών υγείας και παράλληλα, η διατύπωση προτάσεων που θα αφορούν την εφαρμογή νέων πολιτικών υγείας, κατάλληλων ώστε να εξουδετερώσουν την επίδραση των παραγόντων αυτών .

Η λίστα των προσδιοριστικών παραγόντων των δαπανών υγείας είναι πολυπληθής και πολυποίκιλη, με τους κυριότερους εξ αυτών να έχουν ως ακολούθως:

Βιοτικό Επίπεδο

Ένας εκ των σημαντικότερων παραγόντων και λόγων, που μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση των δαπανών υγείας θεωρείται πως είναι και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου που χαρακτηρίζει τους πληθυσμούς των ανεπτυγμένων κυρίως χωρών, κατά τη διάρκεια των τελευταίων πενήντα (50) ετών. Μια χώρα όσο πιο πλούσια θεωρείται και είναι, τόσο υψηλότερη σημασία προσδίδει στον κλάδο της υγείας, διοχετεύοντας πλήθος οικονομικών πόρων προς αυτόν.

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

θεωρείται πως είναι ένας εκ των βασικότερων παραγόντων που μπορούν να προσδιορίσουν τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών περίθαλψης. Το οικονομικό αυτό μέγεθος, δεν επηρεάζει τις δαπάνες υγείας μόνο σε επίπεδο κράτους, αλλά και σε ιδιωτικό επίπεδο (νοικοκυριών). Πλήθος μελετών και ερευνών που έχουν διεξαχθεί έχουν αποκαλύψει πως, εκείνες οι χώρες που μπορεί να εμφανίζουν ένα υψηλό μέγεθος κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. εμφανίζουν ταυτόχρονα και υψηλότερες δαπάνες υγείας, όχι μόνο σε όρους απόλυτους, αλλά και σε όρους σχετικούς, που εκφράζονται ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

Το εισόδημα των νοικοκυριών

Ένας ακόμη σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας που οδηγεί στην αύξηση των δαπανών για την υγεία και σχετίζεται άμεσα με το βιοτικό επίπεδο μιας χώρας . Εκείνα τα νοικοκυριά τα οποία παρουσιάζουν υψηλότερα εισοδήματα, εμφανίζουν παράλληλα και υψηλότερη πιθανότητα να καταφύγουν στη χρήση ιατρικών υπηρεσιών, ιδιωτικού χαρακτήρα, ή να επισκεφθούν κάποιο ιατρό ή γενικότερα, να δαπανήσουν χρήματα

προκειμένου να λάβουν μια ιατρική φροντίδα (Canadian Institute for Health Information, 2002).

Από αυτή τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα, στο εισόδημα μιας χώρας ή πιο συγκεκριμένα ενός νοικοκυριού και στις δαπάνες υγείας στις οποίες το νοικοκυριό αυτό μπορεί να προβεί, είναι εφικτό να διαμορφωθούν δυο δύο βασικά συμπεράσματα. Αρχικά, υπάρχει μια θετική σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα, στο εισόδημα και στις δαπάνες για την υγεία, η οποία σχέση εκφράζεται μέσω της ελαστικότητας του εισοδήματος. Όπου υπάρχει εισοδηματική ελαστικότητα που διαμορφώνεται σε μεγέθη μεγαλύτερα της μονάδας (1), η δημιουργία της μπορεί να οφείλεται στην ύπαρξη αδυναμίας ελέγχου επί των πραγματικών επιδράσεων που ασκούν τόσο οι τεχνολογικές εξελίξεις που λαμβάνουν χώρα διαχρονικά, όσο και οι σχετικές τιμές στις οποίες διαμορφώνονται οι υγειονομικές υπηρεσίες.

Επίσης, ένας εκ των βασικότερων παραγόντων που συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση της κατανάλωσης της ιατρικής περίθαλψης και των δαπανών υγείας, είναι και ο δημογραφικός, δηλαδή η κατανομή του πληθυσμού ανά Ηλικία και οι Επιδημιολογικές Ανάγκες. Τα αποτελέσματα των βελτιώσεων που επέρχονται στον τομέα της υγείας είναι η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας που μειώνονται με ταχύτατο ρυθμό, σε συγκρίσει με τα αντίστοιχα ποσοστά γεννητικότητας που παρουσιάζονται. Με τη διαφορά μεταξύ των ποσοστών θνησιμότητας – γεννητικότητας να μεγαλώνει, είναι απόλυτα φυσιολογικό και αναμενόμενο να παρουσιάζεται σταδιακή αύξηση στον πληθυσμό των κρατών, ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων.

Παράλληλα όμως, δημιουργείται και μια κατάσταση όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων επί του συνόλου του πληθυσμού αυξάνεται, λόγω της μείωσης της θνησιμότητας, επηρεάζοντας τόσο τις ανάγκες, όσο και τη ζήτηση για τη λήψη υπηρεσιών υγείας. Επομένως, η δομή του πληθυσμού ανά ηλικιακή ομάδα μεταβάλλεται, επηρεάζοντας και τη ζήτηση που εμφανίζεται για υπηρεσίες περίθαλψης, μιας και τα άτομα που έχουν ηλικία άνω των εξήντα πέντε (65) ετών, καθώς και όσα παιδιά έχουν ηλικία μικρότερη των δέκα πέντε (15) ετών, παρουσιάζουν αυξημένη την ανάγκη της ιατρικής κατανάλωσης. Η αλλαγή αυτή στη δομή του πληθυσμού, αλλά και στη ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί ένα σημαντικό θέμα έρευνας, με γνώμονα τη σημαντικότητα που υπάρχει στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε άτομα άνω των εξήντα πέντε (65) ετών.

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας, επί του οποίου κινήθηκαν οι έρευνες ήταν και η οικονομική κατάσταση που παρουσίαζαν τα ηλικιωμένα αυτά άτομα, η οποία επηρεάζει τη λήψη και κατανάλωση υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης. Πέραν της μεταβολής της ηλικιακής κατανομής των ατόμων, υπάρχει και ένας ακόμη παράγοντας ο οποίος επηρεάζει τις ανάγκες λήψης υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό και αφορά την επιδημιολογική μετάβαση. Οι επιδημιολογικές ανάγκες του πληθυσμού αναφέρονται στην τάση που υπάρχει για μεταβολή ως προς το προφίλ των ασθενειών που παρουσιάζονται στους ανθρώπους, συνέπεια της οικονομικής ανάπτυξης και της πτώσης των ποσοστών γεννητικότητας. Τέτοιες διαφοροποιημένες ασθένειες είναι οι διάφορες λοιμώξεις που εμφανίζονται και οι οποίες μπορεί να συνδέονται με παρελθούσες καταστάσεις (προγεννητικές και επιλόχειες καταστάσεις), ή ο υποσιτισμός, αλλά πλέον έχουν εξελιχθεί και επηρεάζονται άμεσα από το σύγχρονο τρόπο διαβίωσης των ατόμων (Υφαντόπουλος, 2003).

Οι νέες, διαφοροποιημένες ασθένειες έχουν ως βασική πηγή δημιουργίας τους την υιοθέτηση επικίνδυνων ατομικών συμπεριφορών (τοξικομανίες, επικίνδυνη οδήγηση, παχυσαρκία, κάπνισμα, κλπ.), καθώς επίσης και την επιδείνωση του περιβάλλοντος. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των νέων αυτών ασθενειών περιλαμβάνει επίσης και παθήσεις που χαρακτηρίζονται ως μη ιάσιμες, όπως είναι η νόσος του Alzheimer, το HIV, αλλά και οι καρκινοπάθειες.

Η έννοια της υγείας και του προσδόκιμου ζωής είναι σχετική, καθώς ορισμένα άτομα εργάζονται παραγωγικά επι χρόνια και τελειώνει η ζωή τους όντας σε βαθιά γηρατειά, ενώ αντιθέτως άλλα άτομα αγωνιούν για λίγους μήνες ή χρόνια και πεθαίνουν σε πρόωρη ηλικία. Επομένως η κατανομή της υγείας δεν αποτελεί φύσει δίκαιη και το επίπεδο της υγείας δεν συνδέεται απαραίτητα με το ύψος του προσωπικού εισοδήματος. Όσον αφορά σε εθνικό επίπεδο θα εξετάσουμε κατά πόσο είναι άραγε δυνατόν το καλό επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού να συνδέεται με το συνολικό ύψος των δαπανών υγείας ενός κράτους. Δηλαδή αν ένα κράτος διαθέσει παραπάνω χρήματα στον τομέα της υγείας θα μπορέσει να εξασφαλίσει καλύτερο επίπεδο υγείας για τον πληθυσμό του. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι πολίτες στις πιο ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες βρίσκονται σε καλύτερα επίπεδα υγείας, καθώς είναι σε θέση να διαθέσουν περισσότερα χρήματα για την υγειονομική τους φροντίδα (Σούλης, 1998).

Επιπρόσθετα, είναι γνωστό ότι, επιδρούν θετικά ή αρνητικά στην κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού, εξωγενείς παράγοντες όπως η εφαρμογή προληπτικών υγειονομικών μέτρων - παρεμβάσεων, η εκπαίδευση και η διατροφή. Σύμφωνα με τα παραπάνω όμως δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί το γεγονός ότι παρατηρείται αύξηση στο προσδόκιμο χρόνο επιβίωσης σε πιο φτωχές χώρες τα τελευταία 20 χρόνια παρόλο που οι συνολικές κατά κεφαλή δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι αρκετά ή και κατά πολύ μικρότερες από εκείνες των ανεπτυγμένων χωρών. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να διερευνηθούν οι αιτίες αλλά και οι παράγοντες που επιδρούν στην αύξηση των δαπανών υγείας, ενώ τελικά μπορεί να δρουν αδιάφορα ή και επιβαρυντικά για τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών.

Ως πρώτος αιτιολογικός παράγοντας για την αύξηση των δαπανών για την υγεία σε ανεπτυγμένες κυρίως χώρες αναφέρεται η αύξηση των εισοδημάτων των πολιτών. Πράγματι, όταν αυξάνεται το εισόδημα συμβάλλει στην άμεση δημιουργία προτεραιοτήτων των αναγκών του ατόμου, αφού σκοπός δεν είναι μόνο η κάλυψη των βιολογικών αναγκών για την επιβίωση, αλλά και η αναβάθμιση του επιπέδου υγείας άρα και της ποιότητας ζωής του ατόμου. Κατά συνέπεια, ο παράγοντας αυτός συμβάλλει δραστικά στην καλύτερευση της υγείας του πληθυσμού. Δεδομένου ότι, ο πολίτης αποτελεί τον βασικό χρηματοδότη του συστήματος υγείας μέσα από τη φορολογία, τις εργοδοτικές και ασφαλιστικές εισφορές σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ή μέσα από τη συμμετοχή του στο κόστος με ίδιες πληρωμές είναι εμφανές ότι η επιβάρυνση του κόστους των υπηρεσιών υγείας θα μετακυλήσει τελικά προς αυτόν.

Το μέγεθος των εισφορών και της φορολογίας καθορίζονται συνήθως από το επάγγελμα και το εισόδημα του πολίτη. Από την αντίθετη πλευρά του συστήματος υγείας ο πολίτης παρουσιάζεται όχι μόνο ως ο κύριος χρηματοδότης στο σύστημα αλλά και ως ο βασικός αγοραστής των υπηρεσιών υγείας του συστήματος. Έτσι, ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις συνολικές δαπάνες για την υγεία σχετίζεται με τα καταναλωτικά πρότυπα ως ανάγκη ικανοποίησης των αναγκών για επιβίωση αλλά και ως ανάγκη για τη βελτιστοποίηση του επιπέδου της υγείας.

Ο σύγχρονος καταναλωτικός τρόπος ζωής αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης των κατοίκων των βιομηχανικών χωρών φαίνεται να έχουν συμβάλει δραστικά στην αύξηση των χρόνιων ασθενειών και νοσημάτων, που απαιτούν μακροχρόνια φροντίδα υγείας. Γεγονός αποτελεί ότι η θεραπευτική εξέλιξη δεν επέφερε πλήρη ίαση και

αποθεραπεία, όμως, είχε σημαντικά αποτελέσματα στην επιμήκυνση της διάρκειας ζωής των πασχόντων. Τέλος, με τις νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις που έχουν αναπτυχθεί, είναι αναπόφευκτη η αύξηση του κόστους υγείας κυρίως εξαιτίας των χρόνιων ασθενών που καταναλώνουν συνεχώς πόρους. Ένας επιπλέον παράγοντας που θεωρείται ότι σχετίζεται άμεσα με την αύξηση των δαπανών της υγείας είναι η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης. Αποτελεί κοινό συμπέρασμα στις συζητήσεις που γίνονται στις μέρες μας, ότι οι πολίτες όπως και οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, δεν είναι αρκετά ενήμεροι για το κόστος της περίθαλψης (Shieberetal, 1994).

Ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας που φαίνεται ότι επιδρά θετικά στην αύξηση των δαπανών υγείας φαίνεται να είναι ο δημογραφικός παράγοντας, με εκτενή αναφορά στην γήρανση του πληθυσμού. Γεγονός αποτελεί η άποψη, ότι ο πληθυσμός άνω των 65 ετών έχει σημειώσει μεγάλη αύξηση τις τελευταίες δεκαετίες, με πολλές έρευνες να επιβεβαιώνουν την κλασική άποψη που τονίζει τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στην συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

Στον αντίποδα αυτής της άποψης, βρίσκονται άλλοι επιστήμονες οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού έχει υπερεκτιμηθεί ως επιβαρυντικός παράγοντας του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Με το φαινόμενο αυτό μάλιστα, να επιβαρύνει περισσότερο τις συντάξεις παρά τον κλάδο της υγείας. Επιπλέον, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού αυτού παρουσιάζεται να έχει καλή κατάσταση υγείας, να συμμετέχει ενεργά στην αγορά εργασίας και κατά συνέπεια να προσφέρει για περισσότερα χρόνια. Με το υψηλό κόστος υγείας, να συνδέεται και να αυξάνεται κατά μεγάλο ποσοστό από την προσπάθεια ανακούφισης ασθενών οι οποίοι τελικά καταλήγουν, γεγονός που δεν φαίνεται να έχει αλληλένδετη σχέση με τον ηλικιακό παράγοντα.

Ένας άλλος παράγοντας που θα αναφερθεί παρακάτω, και θεωρείται ότι δρα επιβαρυντικά στο κόστος των συστημάτων υγείας καθώς και συνδέεται άμεσα με την ιατρική θεραπευτική πράξη είναι αυτός της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Παράγοντας ο οποίος θα εξεταστεί όχι μόνο ως προς την εξέλιξη και υιοθέτησή του αλλά και ως προς την αλόγιστη και μη ορθολογική του χρήση. Οι οικονομολόγοι έχοντας ως σκοπό τους να εξηγήσουν την υιοθέτηση της βιοϊατρικής τεχνολογίας δημιούργησαν τρία μοντέλα νοσοκομειακής συμπεριφοράς που σχετίζονται με τρία διαφορετικά κριτήρια: α) το κριτήριο της τιμής, β) το κριτήριο της τεχνολογίας και γ) το κριτήριο της χρησιμότητας.

Πιο συγκεκριμένα, το μοντέλο ανταγωνισμού στην τιμή, που υποθέτει ότι τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν μια μείωση στην καμπύλη της ζήτησης τους και κατά συνέπεια μειώνονται τα έσοδά τους.

Προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδα, τα νοσοκομεία αγοράζουν νέα τεχνολογία και αυξάνουν την ζήτηση. Το μοντέλο ανταγωνισμού στην τεχνολογία, το οποίο προκύπτει από τον συνδυασμό της θεωρίας μεγιστοποίησης των πωλήσεων των υπηρεσιών υγείας και της θεωρίας του καταναλωτισμού. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα νοσοκομεία υιοθετούν την τεχνολογία προκειμένου να είναι σε θέση να μπορούν να την διαθέσουν πρώτα στα όρια μιας γεωγραφικής περιοχής, καθώς και να μην υστερούν σε σχέση με τα άλλα νοσοκομεία στη περιοχή τους (Getzen, 1997).

Τέλος, το μοντέλο μεγιστοποίησης της χρησιμότητας εξετάζει τις νέες τεχνολογίες και τελικά τις υιοθετεί, εφόσον παράγονται θετικά υγειονομικά αποτελέσματα και μεγαλύτερη πληθυσμιακή κάλυψη. Στην άποψη της θέσπισης κριτηρίων ώστε να προαχθεί η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών, φαίνεται να συμφωνούν πέρα από τους οικονομολόγους και άλλοι επιστήμονες, οι οποίοι θεωρούν ότι η υιοθέτηση της τεχνολογίας δεν συμβάλλει στην αύξηση του νοσοκομειακού κόστους, εφόσον η υιοθέτησή της από μια μονάδα υγείας, στηρίζεται στην πρότερη αξιολόγησή της. Η χρήση προηγμένης τεχνολογίας μπορεί να μειώσει το κόστος, μόνο στη περίπτωση όπου η τεχνολογία που ήδη διαθέτει η μονάδα είναι λιγότερο αποτελεσματική από τη νέα τεχνολογία (Κυριόπουλος - Νιάκας, 1994).

1.3 ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΙΟΝ

Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν είναι ένα συνολικό μέτρο παραγωγής που ισούται με τη συνολική αξία των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών από επιχειρήσεις, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, το κράτος και τα νοικοκυριά σε μια οικονομία μείον την αξία των ενδιάμεσων εισροών, σε αγοραίες τιμές. Αλλιώς, είναι η συνολική προστιθέμενη αξία σε μια οικονομία σε τιμές αγοράς. Στο άθροισμα αυτό επειδή είναι τιμές αγοράς, προστίθενται οι φόροι (ΦΠΑ και οι φόροι στις εισαγωγές) και αφαιρούνται οι τυχόν επιδοτήσεις. Υπολογίζεται συνήθως ετησίως αλλά και σε τριμηνιαία ή μηνιαία βάση.

Εννοιολογικά το ΑΕΠ αποτιμά την αξία από την οποία δεν έχουν αφαιρεθεί οι δαπάνες για τη συντήρηση κεφαλαίου, δηλαδή οι αποσβέσεις. Ο όρος εγχώριο αφορά το προϊόν που παράγεται σε μία χώρα από οικονομικές μονάδες που διαμένουν στην χώρα αυτή.

Τέλος, το Προϊόν αναφέρεται στην αποτίμηση του συνόλου των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών σε χρηματικούς όρους. Το ΑΕΠ υπολογίζεται με τρεις εναλλακτικούς τρόπους:

α) Μέθοδος παραγωγής, είναι το άθροισμα των δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του έτους για την απόκτηση όλων των νεοπαραχθέντων τελικών αγαθών και υπηρεσιών (Σούλης, 1998).

Το συνολικό ΑΕΠ σε αυτή την περίπτωση είναι το άθροισμα της ακαθάριστης προστιθέμενης αξίας από τις παραγωγικές μονάδες της εγχώριας οικονομίας (σε διάφορες οικονομικές δραστηριότητες) συν τους φόρους επί των προϊόντων και των εισαγωγών (ΦΠΑ, ειδικοί φόροι κατανάλωσης και δασμοί) μείον τις επιδοτήσεις. Η μέθοδος υπολογισμού του ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής μπορεί να σχηματιστεί με τον ακόλουθο τρόπο: $GDPS = GDP + T - S$ Όπου $GDPS$ είναι η είναι το ΑΕΠ από την πλευρά της παραγωγής ή αλλιώς η συνολική Εθνική Δαπάνη από την οποία αφαιρείται η ενδιάμεση κατανάλωση για την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών. GDP είναι η εγχώρια παραγωγή (αγαθά και υπηρεσίες) ή αλλιώς το συνολικό ΑΕΠ σε τιμές αγοράς, ενώ T είναι φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές, S είναι επιδοτήσεις προϊόντων.

β) Εισοδηματική μέθοδος, όπου το ΑΕΠ υπολογίζεται αθροίζοντας τις αμοιβές (εισοδήματα) των συντελεστών που χρησιμοποιήθηκαν για την παραγωγή του προϊόντος. Το άθροισμα αυτό ονομάζεται Εθνικό Εισόδημα. Ο υπολογισμός του ΑΕΠ με βάση την προσέγγιση αυτή βασίζεται στο άθροισμα των εσόδων εκείνων των θεσμικών μονάδων που 33 συμμετέχουν άμεσα στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών σε μια δεδομένη περίοδο: $GDP = W + E + R + \Pi + I + Tr + PS + T - S$ Όπου GDP είναι το συνολικό ΑΕΠ σε τιμές αγοράς, W είναι οι αμοιβές εξαρτημένης εργασίας. Περιλαμβάνονται οι απολαβές των εργαζομένων όπως ημερομίσθια, μισθοί, παροχές και οι ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών. E είναι το εισόδημα από ατομική απασχόληση. Είναι το εισόδημα των αυτοαπασχολούμενων και περιλαμβάνει τα έσοδα του είτε από εργασία είτε από κεφάλαιο. R είναι το εισόδημα φυσικών προσώπων από ακίνητα.

Είναι δηλαδή το εισόδημα από ακίνητα που εισπράττουν άτομα που εκμισθώνουν γη ή κτίρια σε τρίτους. Π είναι τα εταιρικά κέρδη. Είναι τα κέρδη των επιχειρήσεων και αντιπροσωπεύουν το υπόλοιπο των εταιρικών εσόδων μετά την αφαίρεση μισθών, τόκων και κάθε άλλου κόστους. Καθαρό εισόδημα από τόκους. I όπου περιλαμβάνονται οι τόκοι που εισπράττουν τα φυσικά πρόσωπα από τις επιχειρήσεις και από διάφορες πηγές του εξωτερικού. Tr είναι οι τρέχουσες εταιρικές μεταβιβαστικές πληρωμές, όπως δωρεές, ασφαλιστικές αποζημιώσεις και εισφορές των τραπεζών στον οργανισμό προστασίας των καταθετών. PS είναι το τρέχον πλεόνασμα δημοσίων επιχειρήσεων, το οποίο εμπεριέχει τα κέρδη των δημοσίων επιχειρήσεων, όπως επιχειρήσεις ηλεκτρισμού, αποχέτευσης, διαχείρισης απορριμμάτων και επιχειρήσεις κατασκευής κατοικιών. T είναι φόροι στην παραγωγή και τις εισαγωγές, S είναι επιδοτήσεις προϊόντων

γ) Μέθοδος δαπάνης, όπου το ΑΕΠ υπολογίζεται αθροίζοντας τις αξίες όλων των νεοπαραχθέντων τελικών αγαθών και υπηρεσιών κατά τη διάρκεια του έτους.

$$GDP = C + I + G + NX$$

όπου C είναι η κατανάλωση, I η επένδυση, G οι δημόσιες δαπάνες για την αγορά αγαθών και υπηρεσιών, NX οι καθαρές εξαγωγές (εξαγωγές - εισαγωγές).

Ως κατανάλωση ορίζεται η συνολική δαπάνη που πραγματοποιούν τα νοικοκυριά για να αγοράσουν προϊόντα ή υπηρεσίες. Η δαπάνη για κατανάλωση περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες: Α) τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, που είναι καταναλωτικά είδη με μεγάλη διάρκεια ζωής. π.χ. αυτοκίνητα ή οικιακές συσκευές. Β) τα μη διαρκή αγαθά που είναι καταναλωτικά είδη με μικρή διάρκεια ζωής όπως τα τρόφιμα ρούχα και τα καύσιμα. Γ) τις υπηρεσίες όπως η εκπαίδευση, η ιατρική περίθαλψη και οι μεταφορές (Mossialos et al, 2005).

Η επένδυση περιλαμβάνει τις δαπάνες για νέα κεφαλαιουχικά αγαθά (επενδύσεις σε πάγια στοιχεία), δηλαδή δαπάνες για εγκαταστάσεις, εξοπλισμό, προγράμματα πληροφορικής και τις επενδύσεις σε κατοικίες, που αποτελούν τη δαπάνη για κατασκευή νέων σπιτιών. Επίσης περιλαμβάνει τις αυξήσεις στα αποθέματα των επιχειρήσεων (επενδύσεις σε αποθέματα). Οι δημόσιες δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες περιλαμβάνουν κάθε δημόσια δαπάνη για ένα αγαθό εγχώριο ή ξένο. Οι καθαρές εξαγωγές είναι η διαφορά των εξαγωγών μείον τις εισαγωγές. Οι εξαγωγές

προστίθενται στη συνολική δαπάνη για τελικά αγαθά και υπηρεσίες που παράγονται σε μια χώρα. Οι εισαγωγές αφαιρούνται από τη συνολική δαπάνη, γιατί η κατανάλωση, η επένδυση και οι δημόσιες δαπάνες εξ ορισμού περιλαμβάνουν εισαγόμενα αγαθά και υπηρεσίες (Γκόλνα, Σουλιώτης 2007).

Το ΑΕΠ επίσης διακρίνεται σε ονομαστικό και πραγματικό ΑΕΠ. Ως ονομαστικό ΑΕΠ ορίζεται η αξία σε χρηματικές μονάδες του τελικού προϊόντος μιας οικονομίας εκφρασμένη σε τρέχουσες τιμές. Το πραγματικό ΑΕΠ μετρά τον όγκο του τελικού προϊόντος μιας οικονομίας χρησιμοποιώντας τιμές ενός έτους βάσης. Επομένως, δεν επηρεάζεται από τις μεταβολές των τιμών και οι μεταβολές του αντανακλούν μόνο τις μεταβολές στις παραγόμενες ποσότητες. Προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός στον οποίο μια χώρα αναπτύσσεται εκτιμάται ο δείκτης οικονομικής μεγέθυνσης ή ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, ο οποίος είναι ο μακροχρόνιος μέσος ποσοστιαίος ρυθμός αύξησης του πραγματικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται σε πραγματικούς όρους (πραγματικό ΑΕΠ), δηλαδή διορθωμένους ως προς τον πληθωρισμό, και όχι σε ονομαστικούς όρους.

1.4 ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ

Ο δείκτης μετρά πόσα χρόνια αναμένεται ένα νεογέννητο μωρό να ζουν κατά μέσο όρο λαμβάνοντας υπόψη τα τρέχοντα ποσοστά θνησιμότητας λόγω ηλικίας. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι μια ένδειξη των συνθηκών θνησιμότητας και, μέσω πληρεξουσίου, των συνθηκών υγείας. Η θνησιμότητα, με τη γονιμότητα και τη μετανάστευση, καθορίζει το μέγεθος των ανθρώπινων πληθυσμών, τη σύνθεση τους κατά ηλικία και φύλο και το δυναμικό ανάπτυξης του πληθυσμού. Το προσδόκιμο ζωής, ένας βασικός δείκτης, συνδέεται στενά με τις συνθήκες υγείας που υπάρχουν.

Το Πρόγραμμα Δράσης της Διεθνούς Διάσκεψης για τον Πληθυσμό και την Ανάπτυξη (ICPD) επισημαίνει ότι η άνευ προηγουμένου αύξηση της ανθρώπινης μακροζωίας αντανακλά τα οφέλη της δημόσιας υγείας και την πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία η Ατζέντα αναγνωρίζει ως αναπόσπαστο μέρος της αειφόρου ανάπτυξης και πρωτογενούς περιβαλλοντικής φροντίδας (Σουλιώτης, 1999).

Το Πρόγραμμα Δράσης της ICPD υπογραμμίζει την ανάγκη μείωσης των διαφορών στη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα μεταξύ των χωρών και μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών και των εθνοτικών ομάδων. Προσδιορίζει τις επιπτώσεις της περιβαλλοντικής υποβάθμισης και της έκθεσης σε επικίνδυνες ουσίες στην υγεία στο χώρο εργασίας ως θέματα που προκαλούν αυξανόμενη ανησυχία.

Το προσδόκιμο ζωής περιλαμβάνεται ως βασικός δείκτης για την υγεία και την κοινωνική ανάπτυξη, μεταξύ άλλων, στο Ελάχιστο Εθνικό Σύνολο Κοινωνικών Δεδομένων που εγκρίθηκε από την Στατιστική Επιτροπή των Ηνωμένων Εθνών κατά την 29η σύνοδό του το 1997, ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης και ο δείκτης UNDG-CCA Βασικοί δείκτες του ΟΟΣΑ / ΕΑΒ. Η Διακήρυξη της Alma Ata (1978) θέτει ως στόχο το προσδόκιμο ζωής άνω των 60 ετών έως το έτος 2000. Η Παγκόσμια Διάσκεψη Κορυφής για την Κοινωνική Ανάπτυξη (WSSD) περιλάμβανε επίσης αυτόν τον στόχο. Το Πρόγραμμα Δράσης της ICPD διευκρίνισε ότι: το προσδόκιμο ζωής πρέπει να είναι μεγαλύτερο των 65 ετών έως το 2005 και 70 έως το 2015 για τις χώρες που έχουν σήμερα τα υψηλότερα επίπεδα θνησιμότητας, και 70 έτη και 75 έτη, αντίστοιχα, για τις άλλες χώρες.

Ο υπολογισμός του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση βασίζεται σε ποσοστά θνησιμότητας για συγκεκριμένη ηλικία για συγκεκριμένη ημερολογιακή περίοδο. Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι συνήθως σε ομάδες ηλικιών 0 έως 1, 1 έως 5 ετών και στη συνέχεια για ηλικιακές ομάδες πέντε ετών έως ένα ανοιχτό χρονικό διάστημα που αρχίζει από την ηλικία των 80 ετών και άνω (Getzen, 1997). Απαιτούνται ορισμένα βήματα για να αντληθεί το προσδόκιμο ζωής από τα ποσοστά θνησιμότητας που σχετίζονται με την ηλικία. Όταν τα στοιχεία σχετικά με τους θανάτους κατά ηλικία είναι καλής ποιότητας ή μπορούν να γίνουν προσαρμογές για ηλικιακές σφαλίσες και ελλείψεις, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μπορεί να υπολογιστεί απευθείας από τους καταχωρημένους θανάτους και τον αριθμό των πληθυσμών, οι οποίοι βασίζονται συνήθως σε απαριθμήσεις απογραφής (Μπουρσανίδης, 2000).

Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τους θανάτους κατά ηλικία διότι η ζωτική καταχώριση είναι ανεπαρκής, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μπορεί να εκτιμηθεί χρησιμοποιώντας μεθόδους που λαμβάνουν δείκτες θνησιμότητας από έμμεσες πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους θανάτου που προκύπτουν από ειδικές ερωτήσεις που περιλαμβάνονται σε απογραφές ή δημογραφικές έρευνες. Ένας άλλος

δείκτης γενικής θνησιμότητας σε κοινή χρήση είναι ο Ακαθάριστος Βαθμός Θάνατος (CDR), ο οποίος είναι ο αριθμός των θανάτων σε μια περίοδο (συνήθως μια περίοδος ενός έτους) διαιρεμένος από τον πληθυσμό της μεσαίας περιόδου. συνήθως εκφράζεται σε θανάτους ανά πληθυσμό 1.000.

Το CDR μπορεί να υπολογιστεί από δεδομένα που έχουν λιγότερες λεπτομέρειες από εκείνα που απαιτούνται για τον υπολογισμό του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση, αλλά έχει το μειονέκτημα ότι επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την ηλικιακή δομή του πληθυσμού (Κουσουλάκου & Βίτσου, 2008). Δηλαδή, δύο πληθυσμοί με το ίδιο CDR θα μπορούσαν να υπόκεινται σε σημαντικά διαφορετικούς κινδύνους θνησιμότητας σε κάθε ηλικία. Το προσδόκιμο ζωής μπορεί να υπολογιστεί ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες ή και για τα δύο φύλα σε συνδυασμό.

Εάν επιτρέπονται τα υποκείμενα δεδομένα, το προσδόκιμο ζωής μπορεί επίσης να υπολογιστεί για τους υποεθνικούς πληθυσμούς. Το προσδόκιμο ζωής μπορεί επίσης να παρουσιαστεί για συγκεκριμένες ηλικίες μετά τη γέννηση. (Σούλης, 1998). Για παράδειγμα, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 60 ετών αντιπροσωπεύει τον αριθμό των πρόσθετων ετών που ένα άτομο ηλικίας 60 ετών αναμένεται να ζήσει, κατά μέσο όρο, λαμβάνοντας υπόψη τα τρέχοντα ποσοστά θνησιμότητας για ηλικίες άνω των 60 ετών.

1.5 ANEΡΓΙΑ

Η ανεργία συμβαίνει όταν ένα άτομο που αναζητά ενεργά εργασία δεν είναι σε θέση να βρει εργασία. Η ανεργία χρησιμοποιείται συχνά ως μέτρο της υγείας της οικονομίας. Το πιο συχνό μέτρο της ανεργίας είναι το ποσοστό ανεργίας, που είναι ο αριθμός των ανέργων διαιρούμενος με τον αριθμό των ατόμων στο εργατικό δυναμικό. Η ανεργία αποτελεί βασικό οικονομικό δείκτη, διότι υποδηλώνει την (μη) ικανότητα των εργαζομένων να αποκτούν εύκολα αμειβόμενη εργασία για να συμβάλλουν στην παραγωγική παραγωγή της οικονομίας.

Περισσότεροι άνεργοι εργαζόμενοι σημαίνει ότι θα υπάρξει λιγότερη συνολική οικονομική παραγωγή από ό, τι θα μπορούσε διαφορετικά. Σε αντίθεση με το αδράνεια του κεφαλαίου, οι άνεργοι εργαζόμενοι θα εξακολουθήσουν να πρέπει να διατηρούν τουλάχιστον την κατανάλωση ύπαρξης κατά τη διάρκεια της περιόδου ανεργίας τους (National Center for Policy Analysis, 1995). Αυτό σημαίνει ότι η οικονομία με υψηλή ανεργία έχει χαμηλότερη παραγωγή χωρίς αναλογική μείωση της ανάγκης για βασική κατανάλωση. Η υψηλή, επίμονη ανεργία μπορεί να δηλώσει σοβαρές δυσχέρειες σε μια οικονομία και ακόμη και να οδηγήσει σε κοινωνικές και πολιτικές αναταραχές.

Από την άλλη πλευρά, το χαμηλό ποσοστό ανεργίας σημαίνει ότι η οικονομία είναι πιο πιθανό να παράγει κοντά στην πλήρη παραγωγική της ικανότητα, μεγιστοποιώντας την παραγωγή, αυξάνοντας την αύξηση των μισθών και αυξάνοντας το βιοτικό επίπεδο με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, η εξαιρετικά χαμηλή ανεργία μπορεί επίσης να είναι ένα σημάδι προειδοποίησης για μια υπερβολική οικονομία, πληθωριστικές πιέσεις και αυστηρές συνθήκες για επιχειρήσεις που χρειάζονται πρόσθετους εργαζόμενους.

Ενώ ο ορισμός της ανεργίας είναι σαφής, οι οικονομολόγοι χωρίζουν την ανεργία σε πολλές διαφορετικές κατηγορίες. Οι δύο ευρύτερες κατηγορίες ανεργίας είναι η εθελοντική και ακούσια ανεργία. Όταν η ανεργία είναι εθελοντική, σημαίνει ότι ένα άτομο εγκατέλειψε τη δουλειά του με πρόθυμο τρόπο αναζητώντας άλλη απασχόληση. Όταν είναι ακούσια, σημαίνει ότι ένα άτομο έχει απολυθεί ή απολυθεί και πρέπει τώρα να αναζητήσει άλλη δουλειά. Η ανίχνευση βαθύτερα, η ανεργία - τόσο εθελοντική όσο και ακούσια - μπορεί να καταταχθεί σε τέσσερις τύπους, οι οποίοι είναι:

- Συχνή έλλειψη εργατικής απασχόλησης

Η ανεργία λόγω τριβής δημιουργείται όταν ένα άτομο βρίσκεται μεταξύ εργασίας. Αφού ένα άτομο αποχωρήσει από μια επιχείρηση, είναι φυσικό να πάρει χρόνο για να βρει άλλη δουλειά, κάνοντας αυτό το είδος ανεργίας βραχύβια. Είναι επίσης το λιγότερο προβληματικό από οικονομική άποψη. Η ανεργία λόγω τριβής είναι φυσικό αποτέλεσμα του γεγονότος ότι οι διαδικασίες της αγοράς χρειάζονται χρόνο και οι πληροφορίες μπορεί να είναι δαπανηρές. Η αναζήτηση μιας νέας θέσης εργασίας, η πρόσληψη νέων εργαζομένων και η προσαρμογή των σωστών εργαζομένων στις σωστές θέσεις εργασίας απαιτούν χρόνο και προσπάθεια, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα την ανεργία λόγω τριβής.

- Κυκλική ανεργία

Η κυκλική ανεργία είναι η διακύμανση του αριθμού των ανέργων κατά τη διάρκεια των οικονομικών αναθεωρήσεων και των περιόδων ύφεσης. Η ανεργία αυξάνεται κατά τις περιόδους ύφεσης και μειώνεται κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής ανάπτυξης. Η πρόληψη και η ανακούφιση της κυκλικής ανεργίας κατά τη διάρκεια της ύφεσης αποτελεί βασικό μέλημα της μελέτης των οικονομικών και του σκοπού των διαφόρων εργαλείων πολιτικής που χρησιμοποιούν οι κυβερνήσεις για να τονώσουν την οικονομία.

- Διαρθρωτική ανεργία

Η διαρθρωτική ανεργία επέρχεται μέσω τεχνολογικών αλλαγών στη δομή της οικονομίας στην οποία λειτουργούν οι αγορές εργασίας. Οι τεχνολογικές αλλαγές, όπως η αυτοματοποίηση της κατασκευής ή η αντικατάσταση των οχημάτων που μεταφέρονται με άλογα με αυτοκίνητα, οδηγούν στην ανεργία των εργαζομένων που μετακινούνται από θέσεις εργασίας που δεν χρειάζονται πλέον. Η επανεκπαίδευση αυτών των εργαζομένων μπορεί να είναι δύσκολη, δαπανηρή και χρονοβόρα και οι εκτοπισμένοι εργαζόμενοι συχνά καταλήγουν είτε σε ανεργία για παρατεταμένες χρονικές περιόδους είτε σε πλήρη αποχώρηση από το εργατικό δυναμικό.

- Θεσμική ανεργία

Θεσμική ανεργία είναι η ανεργία που προκύπτει από μακροπρόθεσμους ή μόνιμους θεσμικούς παράγοντες και κίνητρα στην οικονομία. Κυβερνητικές πολιτικές, όπως υψηλά ελάχιστα επίπεδα μισθών, γενναιόδωρα προγράμματα κοινωνικών παροχών και περιοριστικοί νόμοι περί αδειών εργασίας, φαινόμενα της αγοράς εργασίας, όπως οι μισθοί απόδοσης και οι μισθώσεις που εισάγουν διακρίσεις · και οι θεσμοί της αγοράς εργασίας, όπως τα υψηλά ποσοστά συνδικαλιστικής συνείδησης, μπορούν να συμβάλουν στη θεσμική ανεργία. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η κυβέρνηση χρησιμοποιεί τις έρευνες, τον αριθμό των απογραφών και τον αριθμό των αιτήσεων ασφάλισης ανεργίας για την παρακολούθηση της ανεργίας (Σούλης, 1998).

Η αμερικανική απογραφή διεξάγει μηνιαία έρευνα εξ ονόματος του Γραφείου Στατιστικής Εργασίας, που ονομάζεται Επικαιροποιημένη Μελέτη Πληθυσμού (CPS), προκειμένου να παράγει την αρχική εκτίμηση του ποσοστού ανεργίας του έθνους. Η έρευνα αυτή γίνεται κάθε μήνα από το 1940. Το δείγμα αποτελείται από περίπου 60.000 επιλέξιμα νοικοκυριά, μεταφράζοντας σε περίπου 110.000 άτομα κάθε μήνα. Η έρευνα μεταβάλλει το ένα τέταρτο των νοικοκυριών στο δείγμα έτσι ώστε κανένα νοικοκυριό να μην εκπροσωπείται για περισσότερους από τέσσερις συνεχείς μήνες, προκειμένου να ενισχυθεί η αξιοπιστία των εκτιμήσεων.

Υπάρχουν πολλές παραλλαγές του ποσοστού ανεργίας με διαφορετικούς ορισμούς σχετικά με το ποιος είναι "άνεργος" και ποιος είναι στο "εργατικό δυναμικό". Για παράδειγμα, το Γραφείο Στατιστικής Εργασίας (BLS) αναφέρει συνήθως το ποσοστό ανεργίας "U-3" ως επίσημο ποσοστό ανεργίας, αλλά αυτός ο ορισμός της ανεργίας δεν περιλαμβάνει τους άνεργους που έχουν αποθαρρυνθεί από μια σκληρή αγορά εργασίας και δεν είναι πλέον ψάχνει για δουλειά.

1.6 ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ

Ο πληθωρισμός είναι ένα ποσοτικό μέτρο του ρυθμού με τον οποίο το μέσο επίπεδο τιμών ενός καλάθιού επιλεγμένων αγαθών και υπηρεσιών σε μια οικονομία αυξάνεται σε μια χρονική περίοδο. Είναι η συνεχής άνοδος του γενικού επιπέδου των τιμών, όπου μια μονάδα νομίσματος αγοράζει λιγότερο από ό,τι έκανε σε προηγούμενες περιόδους. Συχνά εκφράζεται ως ποσοστό, ο πληθωρισμός δείχνει μείωση της αγοραστικής δύναμης του νομίσματος ενός έθνους.

Καθώς οι τιμές αυξάνονται, μια ενιαία νομισματική μονάδα χάνει αξία δεδομένου ότι αγοράζει λιγότερα αγαθά και υπηρεσίες. Αυτή η απώλεια αγοραστικής δύναμης επηρεάζει το γενικό κόστος ζωής για το κοινό, το οποίο τελικά οδηγεί σε επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης. Η συναινετική άποψη μεταξύ των οικονομολόγων είναι ότι ο διατηρούμενος πληθωρισμός συμβαίνει όταν η ανάπτυξη του χρήματος ενός έθνους ξεπεράσει την οικονομική ανάπτυξη. Για να καταπολεμηθεί αυτό, η κατάλληλη νομισματική αρχή μιας χώρας, όπως και η κεντρική τράπεζα, λαμβάνει στη συνέχεια τα απαραίτητα μέτρα για να διατηρήσει τον πληθωρισμό εντός των επιτρεπτών ορίων και να διατηρήσει την οικονομία της ομαλότητας.

Ο πληθωρισμός μετριέται με ποικίλους τρόπους, ανάλογα με τους τύπους αγαθών και υπηρεσιών που εξετάζονται και είναι το αντίθετο του αποπληθωρισμού, γεγονός που υποδηλώνει γενική μείωση των τιμών αγαθών και υπηρεσιών όταν ο πληθωρισμός μειωθεί κάτω από το 0% (Anderson, Steinberg, 1994). Οι αυξανόμενες τιμές είναι η ρίζα του πληθωρισμού, αν και αυτό μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους παράγοντες. Στο πλαίσιο των αιτίων, ο πληθωρισμός κατατάσσεται σε τρεις τύπους: τον πληθωρισμό με demand pull effect, cost push effect και τον built in inflation .

- Demand-Pull Effect

Ο πληθωρισμός στη ζήτηση εμφανίζεται όταν η συνολική ζήτηση αγαθών και υπηρεσιών σε μια οικονομία αυξάνεται ταχύτερα από ό,τι η παραγωγική ικανότητα της οικονομίας. Δημιουργεί κενό ζήτησης-ζήτησης με υψηλότερη ζήτηση και χαμηλότερη προσφορά, με αποτέλεσμα υψηλότερες τιμές. Για παράδειγμα, όταν τα έθνη παραγωγής πετρελαίου αποφασίσουν να μειώσουν την παραγωγή πετρελαίου, η

προσφορά μειώνεται. Αυτό οδηγεί σε μεγαλύτερη ζήτηση, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των τιμών και συμβάλλει στον πληθωρισμό. Επιπλέον, η αύξηση της προσφοράς χρήματος σε μια οικονομία οδηγεί επίσης σε πληθωρισμό. Με περισσότερα χρήματα διαθέσιμα σε άτομα, το θετικό κλίμα των καταναλωτών οδηγεί σε υψηλότερες δαπάνες. Αυτό αυξάνει τη ζήτηση και οδηγεί σε άνοδο των τιμών.

Η προσφορά χρήματος μπορεί να αυξηθεί από τις νομισματικές αρχές είτε με την εκτύπωση και την παροχή περισσότερων χρημάτων στους ιδιώτες είτε με την υποτίμηση (μείωση της αξίας) του νομίσματος. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις αύξησης της ζήτησης, τα χρήματα χάνουν την αγοραστική τους δύναμη.

- Cost-push effect

Ο πληθωρισμός με βάση το κόστος είναι αποτέλεσμα της αύξησης των τιμών των εισροών της διαδικασίας παραγωγής. Παραδείγματα αποτελούν η αύξηση του κόστους εργασίας για την κατασκευή ενός αγαθού ή η προσφορά υπηρεσίας ή η αύξηση του κόστους των πρώτων υλών. Αυτές οι εξελίξεις οδηγούν σε υψηλότερο κόστος για το τελικό προϊόν ή υπηρεσία και συμβάλλουν στον πληθωρισμό.

- Built-In Inflation

Ο ενσωματωμένος πληθωρισμός είναι η τρίτη αιτία που συνδέεται με προσαρμοστικές προσδοκίες. Καθώς αυξάνεται η τιμή των αγαθών και των υπηρεσιών, η εργασία αναμένει και απαιτεί μεγαλύτερο κόστος / μισθό για να διατηρήσει το κόστος ζωής. Οι αυξημένοι μισθοί τους οδηγούν σε υψηλότερο κόστος αγαθών και υπηρεσιών και αυτή η σπείρα των τιμών των μισθών συνεχίζεται καθώς ένας παράγοντας προκαλεί το άλλο και αντίστροφα. Θεωρητικά, ο μονεταρισμός καθιερώνει τη σχέση μεταξύ πληθωρισμού και προσφοράς χρήματος μιας οικονομίας. Για παράδειγμα, μετά την ισπανική κατάκτηση των αυτοκρατοριών των Αζτέκων και Ίνκας, μεγάλες ποσότητες χρυσού και κυρίως αργύρου έπεσαν στις ισπανικές και άλλες ευρωπαϊκές οικονομίες (Souliotis, 2000; Souliotis & Kyriopoulos, 2005). Δεδομένου ότι η προσφορά χρήματος αυξήθηκε ραγδαία, οι τιμές σημείωσαν άνοδο και η αξία του χρήματος μειώθηκε, συμβάλλοντας στην οικονομική κατάρρευση.

1.7 ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑ

Η συναλλαγματική ισοτιμία είναι η αξία του νομίσματος ενός έθνους έναντι του νομίσματος άλλου έθνους ή οικονομικής ζώνης. Οι περισσότερες συναλλαγματικές ισοτιμίες καθορίζονται από την αγορά συναλλάγματος ή το forex. Οι τιμές αυτές ονομάζονται ευέλικτες συναλλαγματικές ισοτιμίες. Για το λόγο αυτό, οι συναλλαγματικές ισοτιμίες κυμαίνονται ανά λεπτό.

Οι ευέλικτοι συντελεστές ακολουθούν αυτό που οι έμποροι του forex πιστεύουν ότι αξίζει το νόμισμα. Αυτές οι κρίσεις εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Τα τρία πιο σημαντικά είναι τα επιτόκια της κεντρικής τράπεζας, τα επίπεδα χρέους της χώρας και η ισχύς της οικονομίας της.

Οι Ηνωμένες Πολιτείες επιτρέπουν στην αγορά συναλλάγματος να καθορίσει την αξία του δολαρίου ΗΠΑ. Το αμερικανικό δολάριο ενισχύθηκε έναντι των περισσότερων νομισμάτων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης του 2008. Όταν οι χρηματιστηριακές αγορές έπεσαν παγκοσμίως, οι έμποροι συρρέουν στη σχετική ασφάλεια του δολαρίου. Αλλά, γιατί ήταν το δολάριο ασφαλές; Εξάλλου, η κρίση ξεκίνησε στις Ηνωμένες Πολιτείες. Το δολάριο γίνεται ισχυρό όταν είτε η ζήτηση υπερβεί είτε η αξία του ευρώ πέφτει (Υφαντόπουλος, 2003).

Παρά ταύτα, οι περισσότεροι επενδυτές εμπιστεύτηκαν ότι το αμερικανικό Υπουργείο Οικονομικών θα εγγυηθεί την ασφάλεια του παγκοσμίου νομίσματος παγκοσμίως. Το δολάριο ανέλαβε το ρόλο αυτό όταν αντικατέστησε το χρυσό πρότυπο κατά τη διάρκεια της συμφωνίας του Bretton Woods το 1944. Αυτός είναι ο βασικός λόγος για τη δύναμη του δολαρίου ΗΠΑ. Οι διάφοροι τύποι τιμών συναλλάγματος είναι οι εξής :

- Δωρεάν πλοήγηση
Μια ελεύθερη κυμαινόμενη συναλλαγματική ισοτιμία αυξάνεται και μειώνεται λόγω των μεταβολών στην αγορά συναλλάγματος.

- **Περιορισμένα νομίσματα**
Ορισμένες χώρες έχουν περιορισμένα νομίσματα, περιορίζοντας την ανταλλαγή τους εντός των συνόρων των χωρών. Επίσης, ένα περιορισμένο νόμισμα μπορεί να έχει την αξία του από την κυβέρνηση.
- **Νόμισμα Peg**
Μερικές φορές μια χώρα θα συνδέσει το νόμισμά της με αυτό ενός άλλου έθνους. Για παράδειγμα, το δολάριο του Χονγκ Κονγκ είναι συνδεδεμένο με το δολάριο ΗΠΑ σε μια περιοχή από 7,75 έως 7,85. Αυτό σημαίνει ότι η αξία του δολαρίου του Χονγκ Κονγκ προς το δολάριο ΗΠΑ θα παραμείνει εντός αυτού του εύρους.
- **Onshore Vs. Offshore**
Οι συναλλαγματικές ισοτιμίες μπορούν επίσης να διαφέρουν για την ίδια χώρα. Σε ορισμένες περιπτώσεις, υπάρχει ένα χερσαίο ποσοστό και ένα offshore ποσοστό. Γενικά, μια ευνοϊκότερη συναλλαγματική ισοτιμία μπορεί συχνά να βρεθεί στα σύνορα μιας χώρας έναντι των συνόρων της. Η Κίνα είναι ένα μεγάλο παράδειγμα μιας χώρας που έχει αυτή τη δομή των επιτοκίων. Επιπλέον, το Γιουάν της Κίνας είναι νόμισμα που ελέγχεται από την κυβέρνηση. Κάθε μέρα, η κινεζική κυβέρνηση θέτει μια μέση τιμή για το νόμισμα, επιτρέποντας στο Γιουάν να εμπορεύεται με μια ζώνη 2% από το μέσο όρο.
- **Σημείο προς τα εμπρός**
Οι συναλλαγματικές ισοτιμίες μπορούν να έχουν την ονομαστική τιμή ή την αξία μετρητών, η οποία είναι η τρέχουσα αγοραία αξία. Εναλλακτικά, μια συναλλαγματική ισοτιμία μπορεί να έχει μια προθεσμιακή τιμή, η οποία βασίζεται στις προσδοκίες για άνοδο ή πτώση του νομίσματος έναντι της άμεσης τιμής. Οι τιμές προθεσμιακών τιμών ενδέχεται να παρουσιάζουν διακυμάνσεις λόγω των μεταβολών στις προσδοκίες για μελλοντικά επιτόκια σε μία χώρα έναντι άλλου. Για παράδειγμα, ας υποθέσουμε ότι οι έμποροι έχουν την άποψη ότι η ευρωζώνη θα διευκολύνει τη νομισματική πολιτική έναντι των ΗΠΑ. Στην περίπτωση αυτή,

οι έμποροι θα μπορούσαν να αγοράσουν το δολάριο έναντι του ευρώ, με αποτέλεσμα την πτώση της αξίας του ευρώ.

1.8 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Ο ορισμός της υγείας είναι από μόνος του άνισος διότι μερικά άτομα εργάζονται παραγωγικά για χρόνια και πεθαίνουν όντας σε βαθιά γηρατειά, ευτυχισμένοι και εύρωστοι οικονομικά, ενώ άλλοι άνθρωποι αγωνιούν για μερικούς μήνες ή χρόνια και πεθαίνουν πρόωρα. Η φύσει κατανομή της υγείας λοιπόν δεν είναι δίκαιη και ένα καλό επίπεδο υγείας δεν συνδέεται με το ύψος του ατομικού εισοδήματος. Όσον αφορά τις δαπάνες υγείας είναι γεγονός ότι αυξάνονται διεθνώς την τελευταία δεκαετία και οι κυβερνήσεις αντιμετωπίζουν αυτή την αύξηση ως αδικαιολόγητη και επιζήμια τόσο για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, όσο και για τα οικονομικά συστήματα.

Η διεθνής ανάλυση μάκρο – οικονομικών δεικτών αποτελεί τον κύριο τρόπο οικονομικής αξιολόγησης των συστημάτων υγείας. Η σχέση ανάμεσα στις δημόσιες δαπάνες και κατ' επέκταση στις δαπάνες υγείας και την οικονομική ανάπτυξη έχει προκαλέσει μεγάλο ενδιαφέρον τις τελευταίες δεκαετίες. Η δημιουργία του Κράτους πρόνοιας και ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης, που έθεταν ως βασική υποχρέωση του κράτους τη προστασία όλων των πολιτών και ως πρωταρχικό δικαίωμα όλων των πολιτών αυτό της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με σκοπό την κάλυψή τους κατά του κινδύνου της ασθένειας, αποτελούν κύριο παράγοντα της διόγκωσης των δαπανών.

Οι παράγοντες που κατά κύριο λόγο ενοχοποιούνται για την αύξηση των δαπανών και έχουν επισημανθεί από πολλούς ερευνητές στη βιβλιογραφία αναλύονται σε δημογραφικούς, επιδημιολογικούς, κοινωνικό – οικονομικούς και υγειονομικούς, και ασκούν επιρροή τόσο στον όγκο όσο και στην αξία των υπηρεσιών υγείας. Τέλος, θα ήταν καλό να ελεγχθούν διεξοδικά οι παράγοντες αυτοί από τις εκάστοτε κυβερνήσεις έτσι ώστε να υπάρξει τρόπος να μειωθούν οι δαπάνες υγείας και να αυξηθεί η παραγωγικότητα των συστημάτων υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΛΑΤΙΝΙΚΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι μια προϋπόθεση που επιτρέπει την πλήρη απόλαυση άλλων δικαιωμάτων. Πολλοί άνθρωποι στη Λατινική Αμερική δεν έχουν πρόσβαση στη βασική υγειονομική περίθαλψη. Οι ανισότητες στα αποτελέσματα της υγείας είναι παρούσες από την αρχή της ζωής και διαμορφώνονται από τη διασταύρωση των χαρακτηριστικών όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα και ο τόπος διαμονής.

Η Οικονομική Επιτροπή της Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής (ECLAC) επιβεβαίωσε, ότι αυτές οι ανισότητες στον τομέα της υγείας συσσωρεύονται κατά τη διάρκεια της ζωής και αποτρέπουν την πλήρη απόλαυση των δικαιωμάτων και την πλήρη συμμετοχή σε όλες τις σφαίρες των κοινωνιών μας. Επίσης έχουν σοβαρές επιπτώσεις για τη γενεαλογική μετάδοση της ευημερίας στις μελλοντικές γενιές.

Στο πλαίσιο της οικονομικής επιβράδυνσης, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ενισχυθούν οι κυβερνήσεις της Λατινικής Αμερικής και να δεσμευτούν τους για καθολική κάλυψη υγείας, η οποία είναι ένα κρίσιμο βήμα για την οικοδόμηση συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Πρέπει επίσης να σημειωθεί πρόοδος όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την προώθηση μιας ολοκληρωμένης και ολιστικής προσέγγισης για την υγεία, προκειμένου να δημιουργηθούν θετικές συνεργικές σχέσεις με άλλες διαστάσεις της ευημερίας.

Επιπλέον, πολλές χώρες της περιοχής αυτής ανταποκρίνονται ταυτόχρονα στις πιέσεις υγείας που συνδέονται όλο και περισσότερο με τον ηλικιωμένο πληθυσμό, με ταυτόχρονη αύξηση των χρόνιων μη-μεταδοτικών ασθενειών και την επίμονη πρόκληση των επαναληπτικών και αναδυόμενων μολυσματικών ασθενειών, όπως ο

δάγκειος πυρετός και ο Zika. Η κλιματικής αλλαγή αποτελεί ένα ακόμα σημαντικό παράγοντα που προκαλεί μεγάλες φυσικές καταστροφές που ευθύνονται για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, ιδίως μεταξύ των φτωχών, των νέων, των ηλικιωμένων, αλλά και των γυναικών, η αντιμετώπιση των απρόβλεπτων αλλά και συχνά καταστροφικών επιπτώσεων αποτελεί τεράστια πρόκληση.

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει αρχικά μια σύντομη παρουσίαση των συστημάτων υγείας στις χώρες της Λατινικής Αμερικής. Στη συνέχεια θα αναφερθούν τα προβλήματα υγείας στις χώρες, ενώ λεπτομερή παρουσίαση που αφορούν τους κοινωνικούς προσδιορισμούς της υγείας, την υγειονομική κατάσταση καθώς και τις δυσκολίες που έχει αντιμετωπίσει κάθε χώρα από τις προεπιλεγμένες ξεχωριστά.

2.2 ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα εθνικά συστήματα υγείας των χωρών της Λατινικής Αμερικής είναι πολύ διαφορετικά μεταξύ τους όσον αφορά την οργανωτική τους δομή και τους στόχους τους, όπως αυτό καθορίζεται από τους θεσμούς και τις αρχές που διέπουν τη δημόσια και την ιδιωτική ζωή των κατοίκων του εκάστοτε κράτους. Για παράδειγμα, υπάρχουν 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, στο Εκουαδόρ και στο Περού. (Getzen, 1997)

Σε όλες τις χώρες της λατινικής Αμερικής οι ιδιωτικές δαπάνες (συμπεριλαμβανομένων των άμεσων out-of-pocket 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 στο Περού. Ωστόσο, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία υπολείπονται πολύ των αντίστοιχων δαπανών υγείας σε επίπεδα δυτικών χωρών υψηλού εισοδήματος, 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.

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 κατάσταση 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. Ωστόσο, 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, 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. Αντίθετα, 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 άλλες 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, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι 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 σημειώνεται μείωση της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας η οποία έπεσε κατά 0,3%.

Παρά την αύξηση αυτή της χρηματοδότησης του συστήματος 29 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 (Μπουρσανίδης, 2000).

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.

Καθ' όλη τη δεκαετία του '90, οι χώρες της Λατινικής Αμερικής εφάρμοσαν μια σειρά μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας(HSR) στην οποία ο στόχος ήταν να αυξηθεί η ισότητα, η αποτελεσματικότητα, η ποιότητα, η αποδοτικότητα, η βιωσιμότητα και η κοινωνική συμμετοχή. Παρόλο που αυτές οι μεταρρυθμίσεις είχαν κάποια θετικά αποτελέσματα στη μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και βελτιώνοντας την κατανομή των πόρων, συνολικά, η HSR δεν κατάφερε να επιτύχει τους προτεινόμενους στόχους. Ένας από τους λόγους για την αποτυχία αυτή μπορούν να αποδοθούν στο γεγονός ότι η δημόσια υγεία απουσίαζε σε μεγάλο βαθμό από το πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων.

Η ικανότητα δημόσιας υγείας είναι ξεπερασμένη και ευάλωτη στην Λατινική Αμερική. Το εργατικό δυναμικό στερείται κατάλληλης κατάρτισης και ενίσχυσης, καθώς και εργαστηριακή ικανότητα είναι απαρχαιωμένη. Επιπλέον υπάρχει έλλειψη παρακολούθησης και επιδημιολογικών συστημάτων σε πραγματικό χρόνο, συμπεριλαμβανομένων των αναποτελεσματικών και κατακεραματισμένων δικτύων επικοινωνιών, εγχώρια ετοιμότητα και αντίδραση έκτακτης ανάγκης είναι ανεπαρκείς και πολλές κοινότητες εξακολουθούν να μην έχουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Η λειτουργία του συστήματος δημόσιας υγείας απαιτείται για θέματα ασφάλειας τροφίμων και ναρκωτικών, παρακολούθηση της επίπτωσης και της εξάπλωσης των ανθεκτικών μικροβίων και των χρόνιων ασθενειών, καθώς η περιοχή συνεχίζει να υφίσταται την επιδημιολογική μετάβαση από τις μολυσματικές έως τις χρόνιες ασθένειες. Με την πάροδο του χρόνου, τα συστήματα και οι λειτουργίες PH θεωρήθηκαν δεδομένες και αυτό οδήγησε σε διάβρωση της χωρητικότητας PH. Η αύξηση των επενδύσεων και η κατανόηση του PH είναι απαραίτητη για τη μείωση του βάρους των ασθενειών και των τραυματισμών των οικογενειών, των κοινοτήτων και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τη διασφάλιση της ικανότητας αντιμετώπισης καταστροφών και επιδημιών. Ανανεωμένη αναγνώριση της κρίσιμης σημασίας ενός αποτελεσματικού συστήματος PH καθίσταται ολοένα και περισσότερο είναι σημαντικό οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας, η κυβέρνηση, οι ΜΚΟ, οι εθελοντικές οργανώσεις και το κοινό να αναπτύξουν με κοινή κατανόηση του τι κάνει η δημόσια υγεία και τι χρειάζεται για να λειτουργήσει αποτελεσματικά το σύστημα σε καθημερινή βάση και σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (National Center for Policy Analysis, 1995).

2.3 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΛΑΤΙΝΙΚΗΣ ΑΜΕΡΙΚΗΣ

Λατινική Αμερική ονομάζεται το κεντρικό και νότιο τμήμα της Αμερικάνικης Ηπείρου, δηλαδή οι χώρες που βρίσκονται νότια των ΗΠΑ, και οι χώρες της Καραϊβικής. Ανακαλύφθηκε από τον Amerigo Vespucci, (1454 - 1512 μ.Χ.), στην υπηρεσία της Ισπανίας. Κατοικούμενη τότε από τους λεγόμενους Προκολομβιανούς πολιτισμούς, η Νότια ή Λατινική Αμερική εξερευνήθηκε, αποικήθηκε και κατακτήθηκε, για εκατονταετίες από τους Ισπανούς και τους Πορτογάλους, οι οποίοι με αιματηρούς πολέμους εξάλειψαν τελείως τους Προκολομβιανούς πληθυσμούς και δημιούργησαν μια σειρά από νέα κράτη. Ως αποτέλεσμα, οι σημερινοί Νοτιοαμερικανοί μιλούν κυρίως Ισπανικά ή Πορτογαλικά, διατηρώντας την Ιβηρική κουλτούρα.

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.

Εξετάζοντας το υγειονομικό σύστημα και τα προβλήματα υγείας των χωρών της παρατηρείται ότι εμφανίζονται συνεχώς ασθένειες και πολλές φορές αυτές είναι καταστροφικές. Από το 2009, οι ιοί εποχικής γρίπης που κυκλοφορούν στην Αμερική είναι γρίπη Α (H1N1) pdm09, γρίπη Α (H3N2), και γρίπη Β (Victoria and Yamagata

γενεαλογίες). Οι τάσεις και η σοβαρότητα των περιόδων γρίπης τείνουν να διαφέρουν από έτος σε έτος και ανά υπό-περιφέρεια και χώρα. Κατά την περίοδο 2010-2016, αναφέρθηκαν περιπτώσεις χολέρας στην Κούβα, τη Δομινικανή Δημοκρατία, την Αϊτή και το Μεξικό. Στην Αϊτή ανέφεραν 179.379 περιπτώσεις και 3.390 θανάτους το 2010 και το 2011 ο μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων για την περίοδο (340.311).

Όσον αφορά το Μεξικό εμφανίστηκαν 203 περιπτώσεις και 1 θάνατος. Μια σταθερά αυξανόμενη τάση είναι η αντιμικροβιακή αντοχή των κύριων παθογόνων παραγόντων στον άνθρωπο, και στα δύο στην κοινότητα και στα νοσοκομεία, έχει καταγραφεί από το 1996. Τα συστήματα επιτήρησης τεκμηριώνουν την εξάπλωση των αναδυόμενων μηχανισμών αντίστασης στην περιοχή. Κατά την περίοδο 2011-2016, η παρουσία του KPC που παράγει εντεροβακτηρίδια ανθεκτικά σε καρβαπενέμη τεκμηριώνεται σε όλες σχεδόν τις χώρες της Λατινικής Αμερικής.

Ο μηχανισμός αυτός έχει ποσοστό θνησιμότητας κατά περίπου 50%. Το 2017, η Περιφέρεια έφτασε το ιστορικό ορόσημο 4 διαδοχικών ετών χωρίς την αρρώστια των ποδιών και του αφθώδους πυρετού (FMD). Ωστόσο, η επανεμφάνιση του οροτύπου O του αφθώδους πυρετού στην Κολομβία στα τέλη Ιουνίου του 2017, καταδεικνύει τον συνεχιζόμενο κίνδυνο που θέτει η νόσος στην Κολομβία και στις γειτονικές χώρες.

Η επανεμφάνιση δείχνει επίσης τη συνεχιζόμενη ανάγκη ενίσχυσης του εθνικού προγράμματος πρόληψης και εξάλειψης του αφθώδους πυρετού. Το 2015, περίπου 2 εκατομμύρια άνθρωποι ζούσαν με HIV λοίμωξη στη Λατινική Αμερική, 98% από αυτούς ηλικίας 15 ετών και άνω. Από το ίδιο έτος, ο εκτιμώμενος επιπολασμός της λοίμωξης από τον ιό HIV στο άτομα 15-49 ετών παρέμεινε σταθερή για μια δεκαετία, στο περίπου 0,5% (κυμαίνεται μεταξύ 0,4% και 0,6%).

Τέλος, στη Λατινική Αμερική, από την επιδημία HIV επηρεάζονται κυρίως οι άνδρες, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν το 68% των ανθρώπων που ζουν με τον ιό HIV, ενώ στην Καραϊβική, το 52% των ανθρώπων που πάσχουν από HIV είναι γυναίκες (108). Οι πληθυσμοί που πλήττονται περισσότερο είναι άνδρες που έχουν σεξουαλική επαφή με άλλους άνδρες, σεξουαλικοί εργαζόμενοι, οι τρανς, οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών και οι ιθαγενείς ομάδες. Σε 2015, ο μέσος όρος επικράτησης της λοίμωξης από τον ιό HIV στους άνδρες οι σχέσεις με άλλους άνδρες ήταν 15% (Anderson, Steinberg, 1994)

Στη συνέχεια, θα παρουσιαστούν τα προβλήματα υγείας των χωρών της Λατινικής Αμερικής που μελετηθούν στη εργασία αυτή. Πιο συγκεκριμένα οι χώρες αυτές που θα αναλυθούν είναι η Αργεντινή, η Βραζιλία, η Κολομβία, το Μεξικό και η Χιλή.

ARGENTINH

Η Αργεντινή (Argentina) ή επισήμως η Αργεντινή Δημοκρατία, είναι μία χώρα που βρίσκεται κυρίως στο νότιο μισό της Νότιας Αμερικής. Βρίσκεται μεταξύ των Άνδεων και του νότιου Ατλαντικού ωκεανού. Είναι η δεύτερη σε μεγαλύτερη έκταση χώρα της Λατινικής Αμερικής μετά τη Βραζιλία. Συνορεύει με τις Ουρουγουάη, Βραζιλία, Παραγουάη, Βολιβία και Χιλή. Πήρε την ονομασία της από το «αργέντουμ» (άργυρος), ένα πολύτιμο μέταλλο το οποίο προμηθεύονταν οι πρώτες ευρωπαϊκές αποικίες στην περιοχή. Πρωτεύουσα της χώρας είναι το Μπουένος Άιρες, το οποίο βρίσκεται στο ανατολικό τμήμα της χώρας και είναι ένα από τα μεγαλύτερα λιμάνια του Ατλαντικού Ωκεανού.

Άλλες σημαντικές πόλεις είναι οι Σάντα Φε και Ροσάριο στο κεντρικό τμήμα της χώρας, Τουκουμάν στο βόρειο και Ρίο Γκράντε στο νότιο. Μεταξύ του 1990 και του 2014, ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά περίπου 30,5%, φθάνοντας τα 42,7 εκατομμύρια το 2014. Ο πληθυσμός έχει ηλικιωθεί και η δομή του έχει σταματήσει. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση το 2015 ήταν 76,6 έτη (80,4 γυναίκες και 72,8 άνδρες). Το σύνολο του 91% του πληθυσμού ζει σε αστικές περιοχές και το 2,4% του πληθυσμού είναι αυτόχθονες, με 31 αυτόχθονες ομάδες σε ολόκληρη τη χώρα.

Κοινωνικοί προσδιορισμοί της υγείας

Το 2014, το μέσο εκπαιδευτικό επίτευγμα ήταν 9,8 έτη σχολικής φοίτησης. το 2015, το ποσοστό αλφαριθμητισμού στον ηλικιωμένο πληθυσμό 15-24 ήταν 99,3% (99,5% των

γυναικών και 99,1% των ανδρών). Το 2016, η κάλυψη του πόσιμου νερού από τη δημόσια ύδρευση ήταν 84,4%, ενώ το 58,4% του κοινού είχε πρόσβαση στο σύστημα αποχέτευσης. Από το συνολικό πληθυσμό, το 75,7% είναι μετανάστες, ποσοστό που ήταν παρόμοιο στις τρεις τελευταίες απογραφές. Οι μετανάστες προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τις γειτονικές χώρες. Περουβιανοί είναι περίπου το 3,5% και άτομα από άλλες χώρες 0,9%. Το 2015, το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας ήταν 3,9 θανάτους ανά 10.000 γεννήσεις, αποκαλύπτοντας βαθιές ανισότητες μεταξύ των διαφόρων επαρχιών για τις ίδιες αιτίες θανάτου. Η νόσος Chagas θεωρείται ότι συνδέεται στενά με τη φτώχεια και ένα πρόβλημα προτεραιότητας που πρέπει να επιλυθεί.

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώθηκε σταδιακή αύξηση της ιδιωτικής χρηματοδότηση της επιστήμης, αν και η χρηματοδότηση από το δημόσιο τομέα εξακολουθεί να υπερισχύει. Λόγω της γεωγραφικής της θέσης και της παραγωγικής δομής η Αργεντινή είναι μία από τις χώρες που πλήττονται περισσότερο από την παγκόσμια υπερθέρμανση. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών, κατά μέσο όρο οι θερμοκρασίες στη χώρα συνολικά έχουν αυξηθεί κατά το ήμισυ ένα βαθμό, και στην περίπτωση της Παταγονίας, κατά 1 βαθμό. Αν η τρέχουσα τάση συνεχίζεται, οι προβλέψεις για το 2080 είναι πιθανή αύξηση έως και 4 ° C στο βόρειο τμήμα της χώρας και 2 ° C στο νότο, φέρνοντας υψηλότερα επίπεδα υδρευτικού στρες, ξηρασία και αυξημένη απερίμωση.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Το 2015, η μητρική θνησιμότητα ήταν 3,9 ανά 10.000 γεννήσεις. Οι κύριες αιτίες θανάτου ήταν η αιμορραγία, η υπέρταση, οι λοιμώξεις και αποβολή. Σημαντικές ανισότητες στη μητρική θνησιμότητα καταγράφηκαν σε όλες τις επαρχίες. Άμεση ανάγκη για μαία ήταν η αιτία για πάνω από το 50% των περιπτώσεων κατά την περίοδο 2010-2014. Η παιδική θνησιμότητα παρουσίασε πτωτική πορεία κατά την περίοδο 2010-2014, από 12 έως 10,6 ανά 1.000 γεννήσεις, αντίστοιχα. Το 2014 καταγράφηκαν 325.539 θάνατοι, συνολικά ποσοστό θνησιμότητας 7,6 θανάτων ανά 1.000 κατοίκους (Jara J. 2007).

Γεωγραφικά, η θνησιμότητα κυμαίνεται από 10,7 θανάτους ανά 1.000 άτομα πληθυσμού στην πόλη του Μπουένος Άιρες και σε 3,7 ανά 1.000 άτομα πληθυσμού της Tierra del Fuego. Το 2014, οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος ήταν

υπεύθυνες για το 28% των θανάτων και των νεοπλασμάτων το 20%. Αυτές οι δύο ομάδες προκαλούν συνολικά σχεδόν το ήμισυ όλων των θανάτων. Μεταξύ του 2010 και του 2014, η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά και από νεοπλάσματα μειώθηκε κατά 13% και 2,5%, αντίστοιχα, ενώ η θνησιμότητα από μολυσματικές ασθένειες και οι εξωτερικές αιτίες αυξήθηκαν κατά 5,5% και 3,4% αντίστοιχα.

Το 2013, το ποσοστό επίπτωσης του HIV ήταν 13,5 περιπτώσεις ανά 100.000 του πληθυσμού και της θνησιμότητας που σχετίζεται με το HIV / AIDS, 3,4 ανά 100.000 πληθυσμού. Το 2015, το εκτιμώμενο ποσοστό μόλυνσης από τη φυματίωση ήταν 22,6% των περιπτώσεων ανά 100.000 κατοίκους και το 2014 το ποσοστό θνησιμότητας ήταν 1,6 ανά 100.000 πληθυσμού. Η κατάσταση του δάγκειου χαρακτηρίζεται από μεγάλα κρούσματα όπως αυτά του 2009 και 2013.

Η ελονοσία θεωρείται ελεγχόμενο πρόβλημα, δεδομένης της απουσίας των αναφερόμενων περιπτώσεων από το 2010. Η σπλαχνική λειψμανίαση είναι νέο φαινόμενο στη βορειοανατολική περιοχή της χώρας, με 11 περιπτώσεις που καταγράφηκαν κατά την περίοδο 2010-2015. Το 2013, ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη στον πληθυσμό ηλικίας 18 ετών και άνω ήταν 9,8%, φτάνοντας το 20,3% μεταξύ των ηλικιωμένων (ηλικίας 65 ετών και άνω). Η Πολιομυελίτιδα, η ιλαρά, η ερυθρά και η συγγενή ερυθρά θεωρείται ότι έχουν εξαλειφθεί στη χώρα. Η ενσωμάτωση του τύπου *Haemophilus influenzae b* (Hib) στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού το 1997 άλλαξε την επιδημιολογική κατάσταση της λοίμωξης Hib: ένα σταθερό ποσοστό σε εθνικό επίπεδο <0,1 περιπτώσεις ανά 100.000 του πληθυσμού έχει επιτευχθεί (Thomsonetal, 2003; CarrionSilvestre, 2005).

Το 2015, υπήρξαν 975 επιβεβαιωμένα κρούσματα κοκκύτη από τα οποία ένα ποσοστό 77,7% αφορά σε παιδιά κάτω του 1 έτους. Από το 2015 έχει γίνει οεμβολιασμός κατά της ανεμοβλογιάς υποχρεωτικός και καθολικός για όλα τα παιδιά ηλικίας 15 μηνών, χρησιμοποιώντας ένα σχήμα μιας δόσης. Το εμβόλιο ροταϊού έχει επίσης συμπεριληφθεί στο πρόγραμμα. Η τελευταία περίπτωση λύσσας καταγράφηκε ήταν το 2008. Ο μέσος όρος σε ετήσια επίπτωση εχινοκόκκωσης κατά την περίοδο 2010-2014 ήταν 1,5 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους.

Το σύστημα υγείας είναι οργανωμένο σύμφωνα με τη χώρα και την ομοσπονδιακή δομή. Αποτελείται από τρεις τομείς: δημόσιο, κοινωνική ασφάλεια και ιδιωτικό. Κάθε επαρχία έχει αυτονομία ως προς τη διακυβέρνηση, τη χρηματοδότηση και την παροχή

υπηρεσιών. Έτσι, το σύστημα υγείας έχει μια κατακερματισμένη δομή. Ο δημόσιος τομέας αποτελείται από το εθνικό και το επαρχιακό, τα υπουργεία και το δίκτυο των δημόσιων νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας. Όλες αυτές οι εγκαταστάσεις παρέχουν δωρεάν φροντίδα κατόπιν ζήτησης. Εξυπηρετούν ουσιαστικά τους ανθρώπους με το χαμηλότερο εισόδημα χωρίς κοινωνική ασφάλιση, που δεν μπορούν να πληρώσουν από την τσέπη τους.

Η χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα αντιπροσωπεύει σχεδόν το 2,2% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ). Σε εθνικό επίπεδο, υπάρχουν περισσότερες από 200 από αυτές τις οντότητες, που αντιπροσωπεύουν δαπάνες ισοδύναμες με το 1,59% του ΑΕΠ, ενώ οι δαπάνες των 23 provincial obras sociales, η οποία καλύπτουν τους δημόσιους υπαλλήλους στις αντίστοιχες δικαιοδοσίες τους, εκπροσωπούν το 0,74% του ΑΕΠ. Το Εθνικό Ινστιτούτο Κοινωνικών Υπηρεσιών για συνταξιούχους παρέχει κάλυψη για τους συνταξιούχους και των οικογενειών τους καλύπτει το 20% του πληθυσμού και αντιπροσωπεύει δαπάνες ισοδύναμες με 0,75% του ΑΕΠ.

Ο ιδιωτικός τομέας αποτελείται από επαγγελματίες του τομέα της υγείας και εγκαταστάσεις που εξυπηρετούν άτομα που πληρώνουν από την τσέπη τους. Η χώρα έχει 3,6 ιατρούς και 3,2 νοσοκομειακά κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους. Αυτά τα ποσοστά είναι τα υψηλότερα στην αυτόνομη πόλη του Μπουένος Άιρες (10,2 γιατροί και 7,3 κρεβάτια ανά 1.000 πληθυσμό) και το χαμηλότερο στην επαρχία Misiones, με μόνο 1,2 γιατροί και 1,1 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους.

Τέλος, η Αρχή Υπηρεσιών Υγείας ρυθμίζει όλες τις κοινωνικές παροχές σε όλη την επικράτεια. Οι ιατρικές συσκευές διαδραματίζουν βασικό ρόλο σε ρυθμιστικά θέματα. Η Διεύθυνση Στατιστικών και Πληροφοριών Υγείας είναι υπεύθυνη για το συντονισμό και τη ρύθμιση της συλλογής των στατιστικών στοιχείων σχετικά με τα προγράμματα στον τομέα της υγείας και από το 1996 έχει συμμετάσχει στην πρωτοβουλία PAHO και ΠΟΥ για τους βασικούς δείκτες υγείας. Έτσι, η Αργεντινή περιλαμβάνεται σε μια κοινή βάση δεδομένων για την περιοχή της Αμερικής.

Δυσκολίες και Επιτεύγματα

Το 2014, οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας αντιπροσώπευαν το 8,5% του ΑΕΠ. Αν και ο πληθυσμός στο σύνολό του έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες που παρέχει ο δημόσιος

τομέας, εμφανίζονται επιτεύγματα στην υγεία σε σχέση με τους πόρους που διατέθηκαν, λόγω των ανισοτήτων στη διανομή. Ο κατακερματισμός υπάρχει σε τρεις τομείς:

- Κάλυψη, δεδομένου ότι η πρόσβαση σε παρόμοια οφέλη και υπηρεσίες υγείας δεν επεκτείνεται σε ολόκληρο τον πληθυσμό.
- Ρυθμιστικές λειτουργίες, από την ηγεσία και η ρυθμιστική αρχή διανέμονται και από τις 24 δικαιοδοσίες και σε διάφορους υποτομείς.
- Εδαφική, λόγω των έντονων διαφορών στην οικονομική κατάσταση από τη μια περιοχή στην άλλη.

Ο κατακερματισμός του συστήματος εμποδίζει την ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, τη ρύθμιση και τον έλεγχο των διαφόρων επιπέδων και τομέων και εμποδίζει την επίτευξη μεγαλύτερης ισότητας μεταξύ των εδαφών.

Έχουν οριστεί ορισμένες προτεραιότητες για να αποκτηθεί καθολική κάλυψη για την υγεία, να αναπτυχθεί ένας οργανισμός για την τεχνολογία της υγείας και την αξιολόγηση και να καθιερωθεί ένα σύστημα διαπίστευσης ποιότητας. Η εφαρμογή αυτών των προτάσεων θα απαιτήσει όχι μόνο χρηματοοικονομικούς πόρους, αλλά και την ικανότητα επίτευξης συναίνεσης μεταξύ των διάφορων ενδιαφερομένων μερών που θα επέτρεπαν την επίτευξη ισότιμης πρόσβασης σε παρόμοιες υπηρεσίες από οικονομική άποψη, την προστασία, την επικαιρότητα και την ποιότητα, ανεξάρτητα από την απασχόληση, την κατάσταση, τον τόπο διαμονής, το επίπεδο εισοδήματος ή οποιονδήποτε άλλο κοινωνικό προσδιοριστικό παράγοντα.

ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Η Βραζιλία ή επισήμως η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Βραζιλίας (República Federativa do Brasil) είναι η μεγαλύτερη και πολυπληθέστερη χώρα της Λατινικής Αμερικής, στη Νότια Αμερική. Επίσης, είναι η πέμπτη μεγαλύτερη σε έκταση χώρα στον κόσμο και πέμπτη σε πληθυσμό. Καλύπτει μια τεράστια έκταση μεταξύ των

Ανδεων και του Ατλαντικού ωκεανού, ενώ συνορεύει με όλες τις χώρες της Νότιας Αμερικής, εκτός από τη Χιλή και τον Ισημερινό.

Από νότο προς βορρά, συνορεύει με την Ουρουγουάη, την Αργεντινή, την Παραγουάη, τη Βολιβία, το Περού, την Κολομβία, τη Βενεζουέλα, τη Γουιάνα, το Σουρινάμ και τη Γαλλική Γουιάνα. Η ακτογραμμή της με τον Ατλαντικό ωκεανό έχει μήκος 7.491 χλμ., ενώ ανήκουν σε αυτή νησίδες και νησιωτικά συγκροτήματα, όπως το αρχιπέλαγος Φερνάντο ντε Νορόνια, η Ατόλλη Ρόκας, οι Βράχοι του Αγίου Πέτρου και του Αγίου Παύλου, καθώς και οι νησίδες Τριντάντε και Μαρτίνος Βαζ.

Η Βραζιλία έχει πληθυσμό 204,4 εκατομμυρίων κατοίκων και μια έκταση γης άνωθεν 8,5 εκατομμυρίων km². Είναι χωρισμένη πολιτικά σε 26 κράτη και μια Ομοσπονδιακή Περιφέρεια, με 5.570 δήμους. Τα κράτη είναι οργανωμένα σε πέντε γεωγραφικές περιοχές. Μεταξύ 1990 και 2015, ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά 35,9%. Το 1990, η πληθυσμιακή πυραμίδα είχε μια εκτεταμένη δομή αλλά από τότε έχει να γίνει παλινδρόμηση. Η χώρα αυτή ήταν αποικία της Πορτογαλίας από το 1500 —όταν ανακαλύφθηκε από τον Πέντρο Άλβαρες Καμπράλ— μέχρι την ανεξαρτησία της το 1822. Κοινοβουλευτική μοναρχία από το 1824 ανακηρύχθηκε σε αβασίλευτη δημοκρατία το 1889. Το ισχύον Σύνταγμα του 1988 ορίζει τη Βραζιλία ως Ομοσπονδιακή Δημοκρατία που στηρίζεται στην ένωση 27 πολιτειών, της ομοσπονδιακής πρωτεύουσας και 5.564 δήμων.

Η Βραζιλία αποτελεί την δέκατη μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο σε δυναμικό αγοράς και την ένατη σε αγοραστική δύναμη. Οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις έχουν δώσει στη χώρα νέα διεθνή προοπτική. Επίσης, η Βραζιλία είναι μέλος των Ηνωμένων Εθνών και της Ένωσης των Κρατών της Νότιας Αμερικής. Με πολυεθνική, πολυπολιτισμική, κυρίως Καθολική και πορτογαλόφωνη κοινωνία, η Βραζιλία φιλοξενεί τεράστια βιοποικιλότητα και πολυσχιδές φυσικό περιβάλλον, ιδιαίτερα εκτεταμένους φυσικούς πόρους και ένα πλήθος προστατευόμενων οικοσυστημάτων (Bronstein M. 2003).

Το προσδόκιμο ζωής το 2013 ήταν 75,0 έτη (78,5 έτη για τις γυναίκες και τις γυναίκες και 71,3 έτη για τους άνδρες). Το 2014, οι δαπάνες για την υγεία αντιπροσώπευαν το 6,7% του συνόλου της κυβέρνησης και οι δαπάνες εκτός τσέπης αντιστοιχούσαν στο ένα τέταρτο όλων των δαπανών για την υγεία.

Κοινωνικοί προσδιορισμοί της υγείας

Μεταξύ 2000 και 2013, κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) αυξήθηκε κατά 29%. Το χάσμα μεταξύ των φτωχότερων και των πλουσιότερων μειώθηκε χάρη στην αύξηση του εισοδήματος, το φτωχότερο πεμπτημόριο που ήταν τρεις φορές μεγαλύτερο από το πλουσιότερο. Ο συντελεστής Gini μειώθηκε από 0,553 σε 0,497. Το ποσοστό ανεργίας μειώθηκε από 10,2% σε 7,1% μεταξύ 2000 και 2013, αλλά η οικονομική και κοινωνική κρίση των επόμενων ετών επηρέασε δυσμενώς την αγορά εργασίας. Η ανεργία αυξήθηκε στο 11,3% το 2016 και τα εισοδήματα μειώθηκαν σημαντικά.

Ο γηγενής πληθυσμός της Βραζιλίας, αποτελούμενος από 305 εθνοτικές ομάδες, αυξήθηκε σε 896.900 το 2010. Ο αριθμός των μεταναστών διπλασιάστηκε μεταξύ του 2010 και του 2015. Οι περισσότεροι προέρχονταν από την Αιτή, τη Βολιβία, την Κολομβία, την Αργεντινή και την Κίνα. Μεταξύ 2001 και 2012, οι υδραυλικές εγκαταστάσεις προστέθηκαν σε περισσότερα από 17 εκατομμύρια νοικοκυριά, με κάλυψη αποχέτευσης αυξανόμενη στο 66,7%. Μετρώντας επίσης τις σηπτικές δεξαμενές, την πλήρη αποχέτευση η κάλυψη έφτασε το 78,6% όλων των νοικοκυριών. Πρόσβαση σε πόσιμο νερό βελτιώθηκε από 81,1% σε 86,4% την ίδια περίοδο. (Fabio D. 2004)

Τα τελευταία χρόνια, η κατάσταση υγείας της χώρας που πλήττονται από φυσικές καταστροφές, συμπεριλαμβανομένων ανεμοστρόβιλων, πλημμυρών, από ξηρασίες και κατολισθήσεις. Η Βραζιλία οδηγεί τον κόσμο στη χρήση φυτοφαρμάκων. Μεταξύ 2008 και 2013, ο ρυθμός δηλητηρίασης από φυτοφάρμακα αυξήθηκε από 3,7 σε 6,26 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Το μέσο εκπαιδευτικό επίτευγμα αυξήθηκε σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το ποσοστό αναλφαβητισμού στον πληθυσμό άνω των 15 ετών μειώθηκε από 13,6% το 2000 σε 8,3% το 2013.

Κοινωνικοί προσδιορισμοί της υγείας

Μεταξύ του 2000 και του 2014, η κάλυψη της προγεννητικής φροντίδας βελτιώθηκε από 43,7% σε 64,6%, με 98,4% των γεννήσεων να συμβαίνουν σε νοσοκομεία. Οι καισαρικές τομές αντιστοιχούσαν στο 57,1%. Η μητρική θνησιμότητα μειώθηκε από 73,3 σε 58,2 ανά 100.000 γεννήσεις κατά την περίοδο 2000-2013. Η παιδική

θνησιμότητα μειώθηκε από 16 σε 14,1 ανά 1.000 γεννήσεις μεταξύ 2000 και 2014. Το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των 5 ετών μειώθηκε από 32 σε 16,3 ανά 1.000 γεννήσεις. Παρά την εκδήλωση ιλαράς στις πολιτείες Pernambuco και Ceará (2013-2014), η ιλαρά και η ερυθρά εξαλείφθηκαν, όπως και η πολιομυελίτιδα και η συχνότητα εμφάνισης της διφθερίτιδας, του τετάνου, του μαύρου βήχα, του ροταϊού και της επεμβατικής πνευμονιοκοκκικής νόσου μειώθηκε. (García Prado A. and C. Lao Peña. 2010)

Η κάλυψη BCG κατά της φυματίωσης έφθασε το 100%, ενώ ο ροταϊός και ο πνευμονιοκοκκική κάλυψη εμβολίων κυμάνθηκε από 80% έως 90%. Από το 2014, το εμβόλιο HPV έχει παρασχεθεί μέσω του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού. Από την επανεισαγωγή του δάγκειου πυρετού το 1981, παρατηρήθηκε ανοδική τάση. Εισαγωγή του ιού chikungunya εντοπίστηκε το 2014 και ο ιός Zika, το 2015. Και οι δύο αυτές οι αναδυόμενες αρμοειδείς ασθένειες, καθώς και ο δάγκειος πυρετός, είναι που μεταδίδονται από το κουνούπι *Aedes aegypti*, το οποίο βρίσκεται σε όλα τα κράτη της Βραζιλίας. Η ελονοσία μειώνεται σταθερά. Αντίθετα, ο κίτρινος πυρετός παραμένει, με υψηλό ποσοστό θνησιμότητας και η οξεία νόσος του Chagas παραμένει ένα ζήτημα. Και οι δύο σχετίζονται με τη μετάδοση με φορέα στην περιοχή του Αμαζονίου. Το 2014, ο επιπολασμός της λέπρας ήταν 1,27 ανά 10.000 πληθυσμού.

Η σχιστοσωμίαση εξακολουθεί να είναι ενδημική σε εννέα κράτη, με σοβαρές περιπτώσεις και θανάτους που αναφέρθηκαν. Στην πολιτεία Pernambuco, η Recife είναι η μοναδική περιοχή με ενεργή μετάδοση της λεμφικής φλεαρρίσεως. Υπάρχει μια γνωστή εστίαση του onchocerciasis, με ενεργή μετάδοση σε γη Yanomami. Το ενεργό τραχώμα είναι ενδημικό σε 486 δήμους, με επικράτηση άνω του 5% στην ηλικιακή ομάδα 1-14 ετών. Το 2013, η επιβάρυνση της φυματίωσης ήταν υψηλή, με συχνότητα 35,9 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Εκτιμάται ότι 734.000 άνθρωποι ζουν με το HIV / AIDS στη Βραζιλία. Ο επιπολασμός του ιού HIV στον πληθυσμό ηλικίας 15-49 ετών παραμένει (0,6% συνολικά, 0,4% στις γυναίκες, 0,7% στους άνδρες). Μετάδοση μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών και της μητέρας σε παιδί εκπομπής βρίσκονται σε παρακμή.

Το 2014, το συνολικό ποσοστό θνησιμότητας ήταν 6.2 θάνατοι ανά 1.000 (7,8 στους άνδρες και 4,7 στις γυναίκες). Η πιο συχνή συγκεκριμένα αίτια ήταν εγκεφαλοαγγειακή νόσος (46,2 θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμούς), οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (39.7), πνευμονία (31,8), ανθρωποκτονία (28,1) και σακχαρώδης διαβήτης (26.7). Το 2013, το

39,3% του ενήλικου πληθυσμού είχε τουλάχιστον μία χρόνια μη μεταδοτική ασθένεια (44,5% των γυναικών και 33,4% των ανδρών). Η βελτιωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τα αυξανόμενα εισοδήματα έχουν συμβάλει σε μια καλύτερη διατροφική κατάσταση. Ωστόσο, χρόνια ο υποσιτισμός παραμένει διαδεδομένος στις ευάλωτες ομάδες, όπως και τα διατροφικά ελλείμματα (σίδηρος, βιταμίνη Α, βιταμίνη Β1 και θειαμίνη, με αναγέννηση του ενδημική μορφή πολυνευρίτιδας) (Gesaworld 2004).

Το 2013, περισσότερα από 1 εκατομμύριο νοσήλεια λόγω εξωτερικών ασθενειών, οι αιτίες καταγράφηκαν, κυρίως σε άνδρες ηλικίας 20-39 ετών, με ποσοστό θνησιμότητας 75,5 ανά 100.000 κατοίκους. Κίνηση στον δρόμο και τα ατυχήματα ήταν η κύρια αιτία θανάτου στα 10-14 και 40-59 ηλικιακές ομάδες. Το 2013, το 6,2% του πληθυσμού άνω των 18 ανέφερε κάποιο είδος αναπηρίας. Η οπτική δυσλειτουργία είναι συχνότερη (3,6%), ακολουθούμενη από σωματική αναπηρία (1,3%), απώλεια ακοής (1,1%) και νοητική αναπηρία (0,8%).

Η χρήση καπνού μειώθηκε από 18,2% σε 14,7% του πληθυσμού μεταξύ του 2008 και του 2013. Μέχρι το 13,7% του πληθυσμού πάνω από 18 κατανάλωσε αλκοόλ σε υπερβολές τον τελευταίο μήνα, με ένα τριπλάσιο ποσοστό στους άνδρες. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας αυξήθηκε κατά την περίοδο 2002 - 2013 σε 17,5% στους άνδρες και 25,2% στις γυναίκες. Υπερβολικό βάρος . Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται από φόρους και κρατικές και δημοτικές συνεισφορές. Μεταξύ 2000 και 2013, ολική υγεία οι δαπάνες αυξήθηκαν από 7,2% σε 8,0% του ΑΕΠ (3,8% δημόσια) και από \$ 502 σε \$ 946 κατά κεφαλήν.

Δυσκολίες και Επιτεύγματα

Από τη δεκαετία του 2000, η Βραζιλία έχει μειώσει τις ανισότητες στον πληθυσμό. Αυτό έχει επιτευχθεί μέσω της διαρκούς υποστήριξης στην εφαρμογή των πολιτικών κοινωνικής ένταξης που οδήγησαν στη μείωση της φτώχειας και σταδιακή βελτίωση της κατάστασης της υγείας. Τα ποσοστά της μείωσης της μητρικής και βρεφικής θνησιμότητας ήταν αποτέλεσμα αυτών των βελτιώσεων στην υγεία και στις κοινωνικές συνθήκες. Επίσης, έχουν εφαρμοστεί μέτρα που εστιάζουν στην πηγή των ανισοτήτων που διαμορφώνουν τους διαρθρωτικούς κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, συμπεριλαμβανομένου του φύλου και εθνικότητας.

Σημαντικό μεταξύ αυτών των μέτρων είναι η υιοθέτηση των αρχών της καθολικότητας, την ισότητα και την πληρότητα στην εθνική πολιτική για ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη των γυναικών . Με την εισαγωγή του ιού Zika στη χώρα, το σύνδρομο Guillain Barre και η μικροκεφαλία που σχετίζεται με το Zika έχουν αποτελέσει πραγματική πηγή ανησυχίας. Το 2015, η κυβέρνηση χορήγησε 200 εκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ για μέτρα κατά του Aedes aegypti και οι ασθένειες που μεταδίδονται από αυτό το κουνούπι (Zika, δάγκειο, και chikungunya). (Instituto Nacional de Estadística y Secretaría de Salud).

Αυτή η προσπάθεια αρχίζει να φέρει καρπούς, με μερικό έλεγχο της μετάδοσης αυτών των ασθενειών. Παρά την πρόοδο στη γενική κατάσταση της υγείας και του συστήματος, παραμένει η ανάγκη υποστήριξης της διατύπωσης και την εφαρμογή αποτελεσματικών, περιεκτικών και - βιώσιμων δημόσιων πολιτικών που βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εκτός από τη βελτίωση των δικτύων υγείας και των υπηρεσιών υγείας.

ΚΟΛΟΜΒΙΑ

Η Κολομβία είναι χώρα που βρίσκεται στη βορειοδυτική γωνία της Νότιας Αμερικής, με έκταση 1.141.748 τ.χλμ. και πληθυσμό 48.258.494 κατοίκους, σύμφωνα με την απογραφή του 2018. Το όνομα της πρωτεύουσας είναι Μπογκοτά. Εθνική εορτή είναι η 20η Ιουλίου. Συνορεύει με τον Παναμά βορειοδυτικά, βόρεια και ανατολικά με τη Βενεζουέλα, νότια με το Εκουαδόρ (Ισημερινό) και το Περού, και ανατολικά με τη Βραζιλία. Είναι μια ενωμένη δημοκρατία που αποτελείται από 32 περιοχές. Πριν την αποίκισή της από τους Ισπανούς το 1499, οι ιθαγενείς που κατοικούσαν ήταν οι Μουίσκα, οι Κιμπάγια, οι Ταϊρόνα και άλλοι. Το 1819, κέρδισε την ανεξαρτησία της από την Ισπανία, ως Νέα Γρανάδα, με πρωτεύουσα την Μπογκοτά.

Διαλύθηκε το 1830 και η χώρα έγινε μια συνομοσπονδία Παναμά-Κολομβίας, ονομαζόμενη ως Μεγάλη Κολομβία. Το νέο κράτος υπήρξε από το 1858-63 ως Γραναδιανή Συνομοσπονδία. Από το 1863, η χώρα ονομάστηκε Ηνωμένες Πολιτείες της Κολομβίας. Η σημερινή της έκταση δημιουργήθηκε το 1903, λόγω της απόσχισης του Παναμά. Σήμερα οι μεγαλύτερες πόλεις της βρίσκονται σε ορεινό υψόμετρο, στο

βόρειο μέρος των Άνδεων. Είναι η 4η μεγαλύτερη οικονομία της Νότιας Αμερικής. Ακόμη, είναι 4η σε έκταση στη Νότια Αμερική, μετά τη Βραζιλία, την Αργεντινή και το Περού (Jara J. 2007).

Η Κολομβία είναι διαιρεμένη σε 32 διαμερίσματα, σε μια πρωτεύουσα, σε 1.121 δήμους, και εγχώρια εδάφη. Η αύξηση του πληθυσμού κατά την περίοδο 1990-2016 ήταν 42,0%, κατά τη διάρκεια της οποίας η δομή του πληθυσμού έγινε πτωτική και παλαιότερη. Μέχρι το 2015, ο πληθυσμός ανήλθε σε 48.747.708, με το 79% να ζει σε αστικές περιοχές. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι 74,4 χρόνια. Επίσης, μεταξύ 1990 και 2015, οι βασικοί δείκτες υγείας αντικατοπτρίζουν αξιοσημείωτη βελτίωση συνολικά.

Κοινωνικοί προσδιορισμοί της υγείας

Το 2015, η εισοδηματική ανισότητα ήταν υψηλή, όπως αντανακλάται από τον συντελεστή Gini. Το 27,8% του πληθυσμού ζούσε κάτω από το όριο της φτώχειας. Η εισαγωγή των μισθολογικών μεταρρυθμίσεων συνέβαλε στη μείωση της ανεργίας σε 8,9% το 2015. Τα κλιματικά φαινόμενα El Niño και La Niña είχαν άμεσο αποτέλεσμα (θανάτους και τραυματισμοί) και τις έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, επηρεάζοντας αρνητικά τους καθοριστικούς παράγοντες όπως η φτώχεια, την επισιτιστική ανασφάλεια και την πρόσβαση σε ασφαλές νερό.

Το 2015, το 91,2% του πληθυσμού είχε πρόσβαση σε βελτιωμένες πηγές πόσιμου νερού και 81,1% σε βελτιωμένη αποχέτευση, αν και η κάλυψη σε αγροτικές περιοχές και μεταξύ των αυτόχθονων είναι χαμηλή. Η βία και η δημόσια ανασφάλεια αποτελούν σημαντικό πρόβλημα, που επιδεινώνεται από την επίδραση περισσότερων από πέντε δεκαετιών ένοπλης σύγκρουσης με δυνάμεις ανταρτών. Έτσι, δημιουργήθηκαν φαινόμενα όπως το οργανωμένο έγκλημα, και αναγκάστηκαν ν' εκτοπιστούν περίπου 8 εκατομμύρια άνθρωποι. Το 2013, η ανθρωποκτονία ήταν η δεύτερη σημαντική αιτία θανάτου στους άνδρες (57,38 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) και η δέκατη μεγαλύτερη αιτία στις γυναίκες (5,05 ανά 100.000 πληθυσμούς).

Η μετανάστευση είναι ένα σημαντικό φαινόμενο, ιδιαίτερα από τις Ηνωμένες Πολιτείες (34,6%), την Ισπανία (23,1%), την Βενεζουέλα (20,0%), και τον Ισημερινό

(3,1%), εκπροσωπώντας τους υπηκόους της Κολομβίας. Το 98% όλων των μεταναστών στη δεύτερη χώρα.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Το 2014, το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας ήταν 53 θανάτους ανά 100.000 ζωντανές γεννήσεις. Ωστόσο, ο ρυθμός ήταν 2,8 φορές υψηλότερος σε τμήματα μεγαλύτερης φτώχειας. Μέχρι 60% των μητρικών θανάτων καταγράφηκαν στους φτωχότερους και στους περισσότερο αναλφάβητους, 50% του πληθυσμού. Το 18% του συνόλου ήταν σε μητέρες ηλικίας μεταξύ 10 και 19 ετών. Το 2013, το ποσοστό παιδικής θνησιμότητας ήταν 17,25 θάνατοι ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις. Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο στους φτωχότερους τομείς της κοινωνίας και μεταξύ των μητέρων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η βρεφική θνησιμότητα αντιστοιχεί στο 82% των θανάτων παιδιών κάτω των 5 ετών (ποσοστό 14,1 ανά 10.000). Οι κύριες αιτίες περιλαμβάνουν την πρόωρη ζωή, συγγενείς δυσπλασίες, αναπνευστικές διαταραχές, λοιμώξεις του αναπνευστικού και του πεπτικού συστήματος και υποσιτισμό.

Το 2014, η χώρα κηρύχθηκε απαλλαγμένη από ιλαρά, ερυθρά, και το συγγενές σύνδρομο της ερυθράς. Μεταξύ του 2005 και του 2013, το 29,9% όλων των θανάτων προκλήθηκαν από ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος. Τα πλέον διαδεδομένα νεοπλάσματα περιλάμβαναν καρκίνο του στομάχου (16,5% όλων των μορφών καρκίνου στους άνδρες) και του καρκίνου του μαστού (12,6% του συνόλου καρκίνων στις γυναίκες). Η ελονοσία είναι ενδημική στην Κολομβία. Το 2015, υπήρχαν 52.416 καταγεγραμμένες περιπτώσεις ελονοσίας και 1.018 περιπτώσεις νόσου Chagas. Από το 2010, το τράχωμα θεωρείται ενδημικό, με ποσοστά έως 21% έως 26% κατά μήκος των συνόρων με τη Βραζιλία. Το δάγκειο είναι ένα πρόβλημα που εμφανίζεται ξανά. κρούσματα της σοβαρής μορφής αυξάνονται, με ποσοστό θνησιμότητας 6,3% το 2014 (Dinarte M. 2009).

Το 2015, η επίπτωση του chikungunya ήταν 1.359 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού, με ποσοστό θνησιμότητας 0,02%. Η επιδημία Zika (ZIKV) έληξε στα μέσα του 2016, με 8.826 ορισμένες περιπτώσεις, 91.640 κλινικά ύποπτες περιπτώσεις και 21 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις μικροκεφαλίας σχετιζόμενης με το ZIKV. Το 2014, το ποσοστό μόλυνσης από τον ιό HIV ήταν 11,6 περιπτώσεις ανά 10.000 άτομα με το 0,45% των ατόμων ηλικίας 15 έως 49 ετών να επηρεάζονται. Η επιδημία

επικεντρώνεται σε μεγάλες πόλεις, οι οποίες αντιπροσωπεύουν 86% των αναφερόμενων περιπτώσεων. Μεταξύ 2005 και 2013, υπήρξαν κατά μέσο όρο 417 θανάτους ετησίως από υποσιτισμό σε παιδιά κάτω των 5.

Το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο σε κυρίως αυτόχθονες πληθυσμούς που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Το 2016, το 2,7% του πληθυσμού είχε αναπηρία. αυτό το ποσοστό αυξήθηκε σε 45,5% σε άτομα άνω των 60 ετών. Το 2012, η αναλογία των επαγγελματιών υγείας ανά 10.000 πληθυσμού ήταν 17,7 για τους γιατρούς, 10,3 για τους νοσηλευτές και 8,3 για τους οδοντιάτρους. Η χώρα έχει 55 ιατρικές σχολές, αποφοιτούν κατά μέσον όρο 5.000 γιατροί ετησίως και 65 προγράμματα νοσηλευτικής, βαθμολογώντας κατά μέσο όρο 3.600 νοσοκόμες ετησίως.

Από το 2016 καταχωρήθηκαν 242 ιδρύματα δημόσιας υγείας να χρησιμοποιούν υπηρεσίες τηλεϊατρικής και να βελτιώνουν την ηλεκτρονική σύνδεση μεταξύ κλινικών υπηρεσιών, παρέχοντας έτσι καλύτερες υπηρεσίες και λειτουργική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Το Περιεκτικό Κοινωνικό σύστημα πληροφοριών προστασίας (SISPRO) παρέχει μηχανισμό για την απόκτηση και εδραίωση πληροφοριών για την υγεία, την επαγγελματική ασφάλεια και την κοινωνική ευημερία.

Από το 2013, η Κολομβία έχει Εθνική Αναπηρία και Κοινωνική πολιτική ένταξης, με στόχο τη διασφάλιση μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και εφαρμογή των δράσεων που συνδέονται με την αναπηρία. Το 2014, ψηφίστηκε ο νόμος αριθ. 1733, ο οποίος ρυθμίζει τις υπηρεσίες φροντίδας για την ολοκληρωμένη διαχείριση ασθενών με τελικές, χρόνιες, εκφυλιστικές και μη αναστρέψιμες ασθένειες που έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής.

Δυσκολίες και Επιτεύγματα

Το 2016, η πολιτική περί ολοκληρωμένης υγειονομικής περίθαλψης (PAIS) άλλαξε πολιτική κάνοντας το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία το κέντρο δράσης για την υγεία. Το μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης (MIAS) αποτελεί μια στρατηγική πρόοδο για το σύστημα υγείας στη δέσμευσή του να διασφαλίσει ότι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το λειτουργικό στοιχείο του PAIS είναι μια προσέγγιση οικογενειακής και κοινοτικής υγείας και ιατρικής, που έχει σχεδιαστεί για την οικοδόμηση ικανοτήτων στο εργατικό δυναμικό υγείας, είναι που αναπτύσσεται

στο πλαίσιο του MIAS. Τόσο το PAIS όσο και το MIAS αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας, τη βιωσιμότητα και την ισότητα στην υγεία. Παρέχουν ένα πλαίσιο των ενεργειών που κυμαίνονται από την προαγωγή της υγείας και τις ασθένειες έως την πρόληψη και τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη σε όλα τα στάδια της ζωής, όσο το δυνατόν πιο κοντά στην καθημερινή ζωή των πολιτών (García Prado A. and C. Lao Peña. 2010).

Το 2015, η κυβέρνηση δεσμεύτηκε να μειώσει την πρόωγη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη, καρκίνο και χρόνιες αναπνευστικές νόσους κατά 8% στον πληθυσμό ηλικίας 30 ετών έως 70. Το δεκαετές σχέδιο για τον έλεγχο του καρκίνου 2012-2021 επιδιώκει τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο κατά 30% την περίοδο αυτή, ενσωματώνοντας τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα, ο καθιστικός τρόπος ζωής, η υψηλή πρόσληψη ζάχαρης και η παχυσαρκία.

ΜΕΞΙΚΟ

Το Μεξικό είναι χώρα του νότιου τμήματος της Βόρειας Αμερικής και το επίσημο όνομά του είναι Estados Unidos Mexicanos (Ηνωμένες Μεξικανικές Πολιτείες). Βρέχεται από τον Ειρηνικό και Ατλαντικό ωκεανό και καταλαμβάνει το μεγαλύτερο τμήμα της Μεξικάνικης Χερσονήσου που ενώνει τη Βόρεια με τη Νότια Αμερική. Συνορεύει βόρεια με τις ΗΠΑ, νοτιοανατολικά με τη Γουατεμάλα και τη Μπελίζ. Έχει έκταση 1.964.375 τ.χλμ. και πληθυσμό 126.577.691 σύμφωνα με εκτιμήσεις του 2019. Πρωτεύουσα είναι η πόλη του Μεξικού. Άλλες πόλεις είναι: η Γουαδαλαχάρα, το Μοντερρέι, το Ακαπούλκο, το Μεξικό, η Τορρεόν, η Μέριδα, η Τιχουάνα, το Σαν Λουίς Ποτοσί, η Σιουδάδ Χουάρες κ.α.. Επίσημη γλώσσα είναι η ισπανική, ενώ το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού έχει ασπαστεί το χριστιανικό ρωμαιοκαθολικό δόγμα. Νομισματική μονάδα είναι το πέσο. Το Μεξικό είναι η πολυπληθέστερη ισπανόφωνη χώρα.

Έχει 32 αυτόνομα κράτη και 2.456 δήμους. Το 2016, ο πληθυσμός ήταν 119,5 εκατομμύρια, εκ των οποίων το 77,8% ζούσε σε αστικές περιοχές. Ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά 39,6% μεταξύ 1990 και 2016, με σημαντική αύξηση της γήρανσης του

πληθυσμού και μείωση του πληθυσμού. Το 7,2% του πληθυσμού είναι ηλικίας 65 ετών ή άνω με προβλέψεις για το 2050 στο 21,5%.

Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι 72,6 έτη για τους άνδρες και 77,8 έτη για τις γυναίκες. η διεπιστημονική έρευνα του 2015 έδειξε ότι το 21,5% του πληθυσμού θεωρείται ότι είναι ιθαγενείς και το 1,2% είναι αφρικανικής καταγωγής. Οι βασικοί δείκτες υγείας και ανάπτυξης βελτιώθηκαν συστηματικά μεταξύ του 1990 και του 2015, με βαθμολογία δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης της 0,756 το 2013. Σημειώνεται ότι το ονομαστικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) για το 2015 είναι 17,39 τρις Μεξικάνικο πέσο και η οικονομία της χώρας είναι μία από τις 20 μεγαλύτερες στον κόσμο. Ο τομέας των υπηρεσιών αντιπροσωπεύει περίπου το 62,% του ΑΕΠ.

Κοινωνικοί προσδιορισμοί της υγείας

Η άτυπη οικονομία απασχολεί το 57,8% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού. Το 2015, το πλουσιότερο 1% του πληθυσμού αντιπροσώπευε το 21% του εθνικού εισοδήματος, το οποίο προκαλεί ανισότητες. Το 2015, η μέση εκπαίδευση ήταν 9,1 χρόνια. Το ποσοστό του πληθυσμού που ζει σε φτώχεια το 2014 ήταν 46,2% (61,1% σε αγροτικές περιοχές και 41,7% στις αστικές περιοχές) και το ποσοστό που ζουν σε ακραία φτώχεια ήταν 9,5%. Το 2010, το 76,4% του πληθυσμού ήταν ιδιοκτήτες σπιτιού, ποσοστό που είχε μειωθεί στο 67,7% έως το 2015. Το 2010, περίπου 86.357 τόνοι αστικών στερεών αποβλήτων ήταν συγκεντρωμένοι. Το πλήρες 93,% των στερεών αποβλήτων της χώρας αποστέλλεται σε εγκαταστάσεις επεξεργασίας. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν χωματερές σε ανοικτές περιοχές όπως οι δρόμοι, οι βράχοι, οι χαράδρες και σε ρυάκια.

Το 2014, το 26,6% των μεταναστών στις Ηνωμένες Πολιτείες ήταν με Μεξικάνικη προέλευση. Οι περισσότερες καταστροφές προκαλούνται από τροπικές καταιγίδες και τυφώνες, που έχουν σημαντικές οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις. Μάλιστα, το 2013, οι τροπικές καταιγίδες Ingrid και Manuel δημιούργησαν έντονες καταστροφές οι οικονομικές απώλειες ανήλθαν σε 4.816 δισεκατομμύρια δολάρια ΗΠΑ, το δεύτερο υψηλότερο ποσό από το έτος 1985 που έγινε σεισμός. Περίπου 500.000 εκτάρια δασών και ζούγκλας υποβαθμίζονται ετησίως, ιδίως λόγω αλλαγών στη χρήση γης και την παράνομη υλοτομία (Jara J. 2007).

Η ατμοσφαιρική ρύπανση αποτελεί πρόβλημα δημόσιας υγείας. Αυτό είναι γιατί η χώρα έχει δημιουργήσει 176 σταθμούς παρακολούθησης ατμοσφαιρικών σωματιδίων, όζον, διοξείδιο του θείου, διοξείδιο του αζώτου, και μονοξείδιο του άνθρακα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 6,2% του ΑΕΠ το 2012. Ωστόσο, το 2015 μειώθηκε στο 5,6%. Σύμφωνα με το Γενικό Αρχείο Υγείας του 2014, περίπου 35,4 εκατομμύρια άνθρωποι συνδέονται με την κοινωνική ασφάλιση του Μεξικανικού Ινστιτούτου (IMSS), 7 εκατομμύρια με το Ινστιτούτο Ασφάλειας. Το Μεξικό έχει 12 συμφωνίες ελεύθερων συναλλαγών με 46 χώρες, οι Ηνωμένες Πολιτείες είναι ο κύριος εμπορικός εταίρος της.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Το 2015, η μητρική θνησιμότητα ήταν 34,6 θάνατοι ανά 100.000 ζώντες γεννήσεις. Σε κράτη με τα υψηλότερα περιθώρια περιθωριοποίησης (Chiapas, Guerrero και Oaxaca), η μητρική θνησιμότητα ήταν τουλάχιστον 55 θάνατοι ανά 100.000 ζωντανές γεννήσεις. Το 95,6% των γεννήσεων παρακολουθείται από εκπαιδευμένο προσωπικό. από το 2009 έως το 2014, 46 από τις 100 παραδόσεις ήταν με καισαρική τομή. Το 2015, η θνησιμότητα σε παιδιά ηλικίας κάτω του 1 έτους ήταν 12,5 θάνατοι ανά 1.000 ζώντες τοκετούς και 15.1 σε παιδιά κάτω των 5. Το ήμισυ των θανάτων κατά το πρώτο έτος της ζωής οφείλονται σε διαταραχές στην προγεννητική περίοδο και το ένα τέταρτο προκαλούνται από συγγενείς δυσπλασίες.

Το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού περιλαμβάνει εμβόλια κατά εκατοντάδων ασθενειών όπου το 2015 καλύφθηκε το 87% του πληθυσμού. Το 2012, το Εθνικό Συμβούλιο Πληθυσμού προσαρμόζει τον πληθυσμό σε προβολές και αύξησε τον αριθμό των παιδιών κάτω των 5 ετών, οι οποίοι πρέπει να ανοσοποιηθούν. Με αυτήν την αλλαγή στο δείκτη κάλυψης για το 2013 έπεσε στο 83% για την τρίτη δόση του εμβολίου διφθερίτιδας-κοκκύτη-τετάνου (DPT). Έκτοτε σημειώθηκε αύξηση της κάλυψης, φθάνοντας το 87,0% το 2015. Η τελευταία περίπτωση ερυθράς αναφέρθηκε το 2010 και η τελευταία επιβεβαιωμένη περίπτωση νεογνού τετάνου εμφανίστηκε το 2011. Μεταξύ του 2011 και του 2015, οι ετήσιες περιπτώσεις κοκκύτη στα παιδιά κάτω των 5 κυμαίνονταν μεταξύ 252 και 1.107 (Rojas S. 2004).

Το 2014, η ομάδα ασθενειών του κυκλοφορικού συστήματος προκάλεσε το 25% των θανάτων, οι ασθένειες του ενδοκρινικού συστήματος προκάλεσαν το 17%, και τα

νεοπλάσματα προκάλεσαν το 13%. Από το 2010 έως το 2015 αναφέρθηκαν περίπου 364.014 περιπτώσεις δαγκείου, με ποσοστό θνησιμότητας κατά 0,52% το 2015. Περίπου το 49% των περιπτώσεων εμφανίστηκαν σε τρεις μόνο χώρες. Κατά τους πρώτους 9 μήνες του 2016, υπήρχαν 514 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις chikungunya και 4,306 επιβεβαιωμένες περιπτώσεις ιού Zika (από τις οποίες 2.087 ήταν έγκυες). Το 2013, αναφέρθηκαν 184 περιπτώσεις χολέρας και το 2011, 1.106 περιπτώσεις ελονοσίας, ενώ 538 περιπτώσεις λείσμανίασης αναφέρθηκαν το 2010 και 6 περιπτώσεις ανθρώπινης λύσσας που μεταδόθηκαν από νυχτερίδες βαμπίρ καταγράφηκαν μεταξύ του 2010 και του 2011.

Συνολικά 980 περιπτώσεις διάγνωσης της νόσου Chagas αναφέρθηκαν το 2015. Ο αριθμός των διαγνωσμένων περιπτώσεων αυξήθηκε λόγω της στρατηγικής επιδημιολογικής επιτήρησης που εφαρμόστηκε στις τράπεζες αίματος. Κάθε χρόνο, εμφανίζονται περισσότερα από 19.000 κρούσματα φυματίωσης, εκ των οποίων το 80% είναι πνευμονική φυματίωση. Το 2014, υπήρχαν 15.885 θανάτους (13,3 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους) που προκλήθηκαν από οδικά ατυχήματα. Το 51,7% αυτών αφορούσε μηχανοκίνητα οχήματα και πεζούς. Το 2015, υπήρχαν 14 ανθρωποκτονίες ανά 100.000 κατοίκους. Το Guerrero είχε το υψηλότερο ποσοστό ανθρωποκτονίας: 56,5 ανά 100.000 κατοίκους. Οι πιο διαδεδομένες ασθένειες μεταξύ των ηλικιωμένων ήταν η υπέρταση (40%), ο διαβήτης (24,3%) και η υπερχοληστερολαιμία (20,4%).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, είναι επίσης πιο διαδεδομένα σε αυτή την ηλικιακή ομάδα. Ο σακχαρώδης διαβήτης, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και οι εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις είναι οι κύριες αιτίες των ετών απώλειας υγιούς ζωής. Συνολικά, το 5,1% του πληθυσμού πάσχει από κάποιο βαθμό αναπηρίας, κυρίως λόγω ασθένειας (39,4%), γήρατος (23%) και συγγενούς παραγόντων (16%). Το 2014, το 54,1% των ατόμων με αναπηρία ζούσε σε κατάσταση φτώχειας και το 51,1% είχε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Το 2012, ο εθνικός επιπολασμός του χαμηλού ύψους για τα παιδιά κάτω των 5 ετών ήταν 13,6%, και 0,4% με σοβαρό υποσιτισμό. Συνολικά το 16,7% των ανδρών και το 18,1% των γυναικών δεν πληρούν τα ελάχιστα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας που συνιστά η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ).

Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες έχουν υψηλότερη συχνότητα σωματικής αδράνειας. Η Γενική Γραμματεία Υγείας, μέσω του Γενικού Συμβουλίου Υγείας, που

περιλαμβάνει τις Γραμματείες Εκπαίδευσης και Οικονομικών, είναι η οντότητα που είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής για την κοινωνική πρόνοια, τις ιατρικές υπηρεσίες και τη δημόσια υγεία. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας επιβλέπει τον συντονισμό με τις πολιτείες. Ο δημόσιος τομέας έχει διαφορετικούς οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, όπως το IMSS, το ISSSTE, το Petróleos Mexicanos, τη Γραμματεία της Εθνικής Άμυνας, της Γραμματείας του Πολεμικού Ναυτικού και άλλων. Αυτά τα ιδρύματα παρέχουν υπηρεσίες στους εργαζόμενους στην οικονομία και τον τυπικό τομέα (Secretaría de Salud (Secretary of Health). 2001).

Ο ιδιωτικός τομέας παρέχει υπηρεσίες στον πληθυσμό που είναι σε θέση να πληρώσει. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στο 5,6% του ΑΕΠ το 2015. Οι δημόσιες δαπάνες ήταν 51,0% αυτού του ποσού. Από την τσέπη οι δαπάνες αντιπροσωπεύουν το 4% των δαπανών των νοικοκυριών. Το 2015 το Μεξικό είχε 2,2 γιατρούς και 2,6 επαγγελματίες νοσοκόμους ανά 1.000 κατοίκους, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών του ιδιωτικού τομέα. Υπάρχει σημαντική ανισότητα στη διανομή των πόρων ανθρώπινης υγείας στη χώρα. Οι διάφοροι οργανισμοί του συστήματος υγείας παρέχουν ποικίλες πληροφορίες για την υγεία, παρόλο που εξακολουθούν να στερούνται ενοποιημένης και σύστημα πληροφόρησης που μπορεί να ενσωματώνει πληροφορίες για την υγεία μεταξύ των διαφόρων κρατών και θεσμών.

Δυσκολίες και Επιτεύγματα

Η Εθνική Συμφωνία για την Ολοκλήρωση των Υπηρεσιών Υγείας αντανακλά την πολιτική βούληση να βελτιωθεί η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό. Η εφαρμογή του θα απαιτήσει θεσμική ενίσχυση στα συστήματα πληροφόρησης για την υγεία, πέραν της διασφάλισης της κατανομής των πόρων σε όλη τη χώρα, με έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η θνησιμότητα από τη μητέρα θα εξακολουθήσει να αποτελεί πρόβλημα υψηλής προτεραιότητας. Πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να εξασφαλίζεται η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των τρεχόντων προγραμμάτων, όπως οι ταξιαρχίες της κοινότητας και τα καταλύματα μητέρων. Πρόσβαση και κάλυψη των μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού, βέλτιστες πρακτικές για την προγεννητική φροντίδα και την παρακολούθηση των γέννησης με καισαρική τομή. Αυτό θα απαιτήσει επίσης

μια διαπολιτισμική προσέγγιση στα μαιευτικά θέματα, ένα επίκεντρο για την ισότητα των φύλων και για την ενθάρρυνση και την άσκηση του δικαιώματος στην υγεία ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα.

Ως αποτέλεσμα των προσπαθειών που καταβλήθηκαν και των τάσεων που παρατηρήθηκαν, η χώρα ελπίζει να επιτύχει την εξάλειψη ορισμένων παραμελημένων ασθενειών, όπως η λέπρα, η ελονοσία και η λύσσα, θεσπίζοντας κοινούς στόχους στους τομείς που αφορούν την αντιμετώπιση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας και τους στόχους της αειφόρου ανάπτυξης. Οι διατομεακές πολιτικές έχουν διατυπωθεί με σκοπό την πρόληψη και τον έλεγχο των μη μεταδοτικών χρόνιων ασθενειών. Αυτές οι πολιτικές ενσωματώνουν την προώθηση υγιεινών πρακτικών, ποιότητας περίθαλψης, ρύθμισης και νομοθεσίας.

Οι μηχανισμοί αξιολόγησης της επιτυχίας των διαφόρων προσπαθειών, μαζί με ένα ισχυρότερο κανονιστικό πλαίσιο για την επιβολή κυρώσεων για μη συμμόρφωση, απαιτούνται για πρωτοβουλίες όπως η εθνική συμφωνία για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και του υπερβολικού βάρους.

Η Γενική Διεύθυνση Υγείας δημιούργησε μια τεχνολογική πλατφόρμα για τη δημιουργία του Εθνικού Βασικού Συστήματος Πληροφοριών για την Υγεία, με στόχο την τυποποίηση των κριτηρίων και των διαδικασιών που χρησιμοποιούνται για την επεξεργασία των δεδομένων υγείας. Η πρωτοβουλία αυτή ήταν στη φάση υλοποίησης το 2016.

ΧΙΛΗ

Η Χιλή, ή επίσημα Δημοκρατία της Χιλής είναι χώρα της Νότιας Αμερικής που καταλαμβάνει 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 756.102 τ.χλμ. και ο πληθυσμός της ανέρχεται σε 19.107.216 κατοίκους σύμφωνα με επίσημες εκτιμήσεις για το 2019. Η πρωτεύουσα είναι το Σαντιάγο, το οποίο συγκεντρώνει το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Η Χιλή καταλαμβάνει μια ασυνήθιστα μακρόστενη λωρίδα στεριάς από βορρά

προς νότο, συνολικά 4.630 χλμ., ενώ το μέσο πλάτος της είναι μόλις 175 χλμ., ενώ μεγάλες πόλεις είναι το Βαλπαράϊσο, η Αντοφαγάστα και το Κονσεπσιόν.

Η χώρα επειδή εκτείνεται σε αρκετά μεγάλο γεωγραφικό πλάτος, καλύπτει σημαντικό φάσμα κλιματολογικών συνθηκών που προσφέρουν στη χώρα φυσική ποικιλομορφία. Στα βόρεια, στην έρημο Ατακάμα, όπου δεσπόζουν περιοχές άφθονες σε ορυκτό πλούτο, το κλίμα είναι ξηρό. Στις κεντρικές περιοχές, που είναι συγκεντρωμένο το μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού της χώρας, επικρατεί μεσογειακό κλίμα. Αντιθέτως, στο νότο, που χαρακτηρίζεται από πυκνές δασικές εκτάσεις με λίμνες, φιόρδ, ηφαίστεια, ακρωτήρια και μικρά νησιά, η υγρασία είναι έντονη με συνεχείς βροχοπτώσεις. Στον οικονομικό τομέα, ο πρωτογενής τομέας συνδυάζει τη γεωργία (σιτάρι, αμπέλια), την κτηνοτροφία (βοοειδή, πρόβατα) και την αλιεία, ενώ η εξόρυξη ορυκτού πλούτου, όπως του σιδήρου και κυρίως χαλκού, στην παραγωγή του οποίου είναι η πρώτη χώρα παγκοσμίως (Bortman M. 2010).

Πριν την άφιξη των Ισπανών αποίκων τον 16ο αιώνα, η βόρεια Χιλή βρίσκονταν υπό τον έλεγχο των Ίνκας ενώ στο κεντρικό και νότιο τμήμα κατοικούσαν πληθυσμοί της φυλής Μαπούτσε. Το 1810 η Χιλή ανακηρύχθηκε ανεξάρτητη χώρα και το 1818 αποτίναξε πλήρως την ισπανική επικυριαρχία. Την περίοδο 1879-1883 συγκρούστηκε και επικράτησε στον Πόλεμο του Ειρηνικού, εναντίον του Περού και της Βολιβίας. Κατά τον 20ο αιώνα, η χώρα γνώρισε ολοκληρωτικό καθεστώς για δεκαεπτά συνεχή έτη (1973-1990), το οποίο άσκησε έντονη βία και απαγορεύσεις στο μεγαλύτερο τμήμα της κοινωνίας. Σήμερα, ο εκδημοκρατισμός της χώρας έχει προχωρήσει σε τέτοιο βαθμό, ώστε η Χιλή θεωρείται παράγοντας σταθερότητας στην ευρύτερη περιοχή. Αν και το δημόσιο χρέος της παραμένει σχετικά υψηλό, η Χιλή ανθεί οικονομικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1980.

Η Χιλή χωρίζεται σε 15 περιφέρειες, 53 επαρχίες και 346 κοινότητες. Μέχρι το 87% του πληθυσμού ζει σε αστικές περιοχές. Μεταξύ 1990 και 2014, ο πληθυσμός αυξήθηκε κατά 34,9%. Το 1990, η πληθυσμιακή πυραμίδα είχε εκτεταμένη δομή στις ομάδες 25 ετών και μια στατική δομή σε νεότερες ομάδες. Έχει δεδομένα που γίνονται καταθλιπτικά ως αποτέλεσμα της γήρανσης, της φθίνουσας γονιμότητας και τη θνησιμότητα. Το 2014, ο πληθυσμός ήταν 17,8 εκατομμύρια. Το ποσοστό των ηλικιωμένων (άνω των 60 ετών) ήταν 14,5% το 2014. Η ζωή το προσδόκιμο κατά τη γέννηση είναι 80 έτη για τους άνδρες και 85 έτη για τις γυναίκες, ενώ το 2014, το κατά

κεφαλήν ακαθάριστο εθνικό εισόδημα ανερχόταν σε 21.290 δολάρια ΗΠΑ (ΣΔΙΤ). Μεταξύ 1961 και 2014, το μέσο ετήσιο ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) ήταν 4,3%.

Κοινωνικοί προσδιορισμοί της υγείας

Η υγεία και οι συνθήκες διαβίωσης έχουν ουσιαστική σημασία αλλά υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Ο συντελεστής Gini, ένα συνοπτικό μέτρο της εισοδηματικής ανισότητας, παρέμεινε γύρω στις 0,55 τις τελευταίες δεκαετίες. Το 2015, το 8,1% του πληθυσμού ζούσε στη φτώχεια και το 3,5% του πληθυσμού ζούσε σε ακραία φτώχεια. Μεταξύ 2003 και το 2014, το μέσο εισόδημα των φτωχότερων ήταν το 40% του πληθυσμού αυξήθηκε κατά 4,9%, σε σύγκριση με αύξηση 3,3% για τον πληθυσμό στο σύνολό του. Μία διαρκή αύξηση έχει επιτευχθεί στις γυναίκες η συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό, η οποία αυξήθηκε από 35,% το 2006 από το 2000 σε 47,7% το 2013. Τον Οκτώβριο του 2014, ο νόμος 20.786, για την οικιακή εργασία (σε μεγάλο βαθμό από γυναίκες), τέθηκε σε ισχύ. Ο νόμος, ο οποίος ρυθμίζει την εργάσιμη ημέρα, τον ελεύθερο χρόνο και τους μισθούς των εγχώριων εργαζομένων, θα πρέπει επίσης να έχουν αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Τα μέσα έτη εκπαίδευσης το 2013 ήταν 10,8 χρόνια, αλλά με έντονες διαφορές μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και εισόδημα πεμπτημώρα. Το 2014 επιτεύχθηκε βελτιωμένη κάλυψη για πόσιμο νερό και αποχέτευση Τα ποσοστά ήταν 99,% και 96,7% αντίστοιχα. Το 2015, η χώρα αφιέρωσε ισοδύναμους χρηματοοικονομικούς πόρους σε 7,7% του ΑΕΠ για την υγεία, των οποίων αντιστοιχούσε σε 46,1% των δημόσιων δαπανών και του 33% των δαπανών εκτός τσέπης. Λόγω της μετανάστευσης την τελευταία δεκαετία, πολιτικές για τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη έχουν εφαρμοστεί για τους μετανάστες, ιδιαίτερα την υγειονομική περίθαλψη για εγκύους και παιδιά κάτω των 18.

Η χώρα είναι επιρρεπής σε μεγάλες φυσικές καταστροφές διαφορετικών τύπων. Κατά τα τελευταία 10 χρόνια, έχει πληγεί τουλάχιστον από 17 φυσικές καταστροφές, συμπεριλαμβανομένων σεισμών και τσουνάμι, με σοβαρές συνέπειες για τον πληθυσμό. Η ευπάθεια σε φυσικές καταστροφές μειώθηκε επειδή εφαρμόστηκαν αυστηροί οικοδομικοί κώδικες, μηχανισμοί έγκαιρης προειδοποίησης, συντονισμό και

βοήθεια. Η ατμοσφαιρική ρύπανση στις αστικές περιοχές και οι επιπτώσεις της στην υγεία είναι σημαντικές περιβαλλοντικές ανησυχίες.

Υγειονομική κατάσταση και συστήματα υγείας

Ο λόγος μητρικής θνησιμότητας μειώθηκε σημαντικά μεταξύ των περιπτώσεων 1990 και 2014, από 39,9 σε 22,2 ανά 100.000 ζώντες γεννήσεις αντίστοιχα. Τα τελευταία χρόνια, τα κυρίαρχα αίτια του μητρικού θανάτου ήταν έμμεσες μαιευτικές αιτίες και άλλες συνθήκες που περιπλέκονται από την εγκυμοσύνη, οι οποίες αντιπροσώπευαν το 25% των συνολικών μητρικών θανάτων το 2014. Το ποσοστό θνησιμότητας κάτω των 1 ετών ήταν σταθερό τα τελευταία 7 έτη σε περίπου 7 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις (7.6 ανά 1.000 το 2006 έναντι 7.2 ανά 1.000 το 2014), ενώ η νεογνική θνησιμότητα μειώθηκε σημαντικά, από 7,5 ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις το 1990 σε 2,1 ανά 1.000 το 2012. Μεταξύ 2005 και 2012, η θνησιμότητα σε παιδιά ηλικίας 1-4 ετών μειώθηκε από 0,34 έως 0,28 ανά 1.000 παιδιά.

Οι πιο κοινές αιτίες θανάτου μεταξύ αυτών των παιδιών είναι ατυχήματα και βία (31%). Το 2014, οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος και των νεοπλασμάτων ήταν υπεύθυνοι για το 27% και το 26% των θανάτων, αντίστοιχα. Αυτές οι δύο ομάδες αιτιών αντιπροσωπεύουν περισσότερους από τους μισούς απ'όλους τους θανάτους. Το 2011, η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 149 ανά 100.000 πληθυσμού και θνησιμότητα από νεοπλάσματα, 142 ανά 100.000 κατοίκους. Οι κύριες αιτίες θανάτου από καρκίνο από τον τόπο του πρωτεύοντος όγκου ήταν καρκίνο του στομάχου (18,8 ανά 100.000 πληθυσμό), τραχεία, βρόγχου και πνεύμονα (16.1) και του παχέος εντέρου, της χοληδόχου κύστεως, των χολικών αγωγών και μαστού (περίπου 8,0 το καθένα).

Εγκεφαλοαγγειακή νόσος, ισχαιμική καρδιοπάθεια και κίρρωση ήταν οι κυριότερες αιτίες θανάτου το 2012. Το 2011, 9.104 άνθρωποι πέθαναν από αναπνευστικές νόσους. Το 2013, οι μη μεταδοτικές ασθένειες αντιπροσώπευαν το 82% του ΑΕΠ το βάρος της ασθένειας, όπως μετράται από τα χρόνια της υγιεινής ζωής που χάνεται, και η σχετική σημασία της αυξήθηκε κατά 19% μεταξύ του 1990 και το 2013, κυρίως λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Το σύστημα υγείας είναι ανάμεικτο, τόσο με δημόσια ασφάλιση το Εθνικό Ταμείο Υγείας [FONASA] και ιδιωτική ασφάλιση Social Ασφάλισης Υγείας [ISAPRE] και άλλων ειδικών ασφαλιστικών προγραμμάτων όπως

αυτά των Ενόπλων Δυνάμεων. Το 2013, 76,3% του πληθυσμού καλύφθηκε από το FONASA και 18,1% από την ISAPRE.

Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τη διακυβέρνηση του συστήματος και ρύθμιση, καθώς και για το κανονιστικό πλαίσιο. Το εθνικό σύστημα υπηρεσιών υγείας (SNSS) συντονίζει τις λειτουργίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης του δημόσιου τομέα, δηλαδή αποτελούμενη από 29 αποκεντρωμένες υπηρεσίες, διανεμημένες σε ολόκληρη την περιοχή 15 περιφέρειες της χώρας και το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (η οποία είναι σε μεγάλο βαθμό δημοτική). Το σύστημα υγείας είναι σήμερα κατακερματισμένο σε όρους χρηματοδότησης και ασφάλισης, καθώς και την παροχή υπηρεσιών και την άνιση διαθεσιμότητα πόρων που τείνουν στον πληθυσμό. Υπερβολικές δαπάνες υγείας αντιπροσωπεύουν το 38% των συνολικών δαπανών για την υγεία και πρωτίστως επηρεάζει τις οικογένειες με χαμηλότερο εισόδημα (García Prado A. and C. Lao Peña. 2010).

Το 2015, η χώρα αφιέρωσε περίπου 7,7% του ΑΕΠ σε υγεία. Οι δαπάνες για την υγεία ανά κάτοικο (PPP) ήταν 1.689 δολάρια ΗΠΑ το 2014. Το 2014, η αναλογία των ιατρών και των νοσοκόμων ανά 1.000 πληθυσμός ήταν 1,7 και 5,6 αντίστοιχα. Η διαθεσιμότητα σε νοσοκομειακά κρεβάτια ήταν σταθερή τα τελευταία χρόνια (περίπου 2,2 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους). Το Σχέδιο Ψυχικής Υγείας του 2015 εξετάζει τη φροντίδα ψυχικής υγείας μέσω της δημιουργίας κοινοτικών κέντρων για εξειδικευμένη περίθαλψη στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Δυσκολίες και Επιτεύγματα

Η Εθνική Στρατηγική για την Υγεία 2010-2020 επικεντρώνεται στον κίνδυνο παράγοντες που προτείνουν "την ανάπτυξη υγιεινών συμπεριφορών και τρόπων ζωής που προάγουν τη μείωση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με το βάρος της νόσου στον πληθυσμό". Το 2013, ψηφίστηκε ο νόμος, δημιουργώντας το "Επιλέξτε να ζήσετε Υγιεινά", με στόχο την προώθηση υγιεινών συμπεριφορών και τον τρόπο ζωής. Κατά συνέπεια, το 2015, το Υπουργείο Υγείας εξέδωσε το έγγραφο Έννοιες Υποστήριξης Δικτύου Σχεδιασμού και Προγραμματισμού, με στόχο την έναρξη λειτουργίας και την ενσωμάτωση των τοπικών ομάδων υγείας το 2016 και βελτίωση των αρμοδιοτήτων τους για την αντιμετώπιση των επιδημιολογικών επιπτώσεων και τις καταστάσεις που προκύπτουν.

Τα επόμενα χρόνια, ο τομέας της υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίσει νέες επιδημίες που σχετίζονται με παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και ο υποσιτισμός λόγω της υπερβολικής πρόσληψης θερμίδων (αυτό με τα επακόλουθα αποτελέσματα του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας). Έχουν γίνει μεγάλα βήματα από την τελευταία δεκαετία, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών στον τομέα της υγείας που κατοχυρώνονται από νέους κανόνες για τη ρύθμιση στο φαρμακευτικό τομέα και του νόμου περί χρηματοοικονομικής προστασίας που διέπουν δαπανηρές διαγνώσεις και θεραπείες (Rojas S. 2004)

Από το 2002, η χώρα έχει πρόγραμμα πρωτοβάθμιας φροντίδας για τα καρδιαγγειακά για άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω. Αυτό πρόγραμμα καλύπτει αθηροσκληρωτικές καρδιαγγειακές παθήσεις, του σακχαρώδη διαβήτη, της υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας και του καπνίσματος. Το δημόσιο σύστημα προσπάθησε να αντιμετωπίσει αυτές τις προκλήσεις με τη βελτίωση των ολοκληρωμένων δικτύων παροχής υπηρεσιών υγείας και εφαρμογή του μοντέλου οικογενειακής υγείας για πρωτοβάθμια περίθαλψη.

2.4 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Συμπερασματικά, η υγεία πρέπει να αναγνωρίζεται ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα και όχι μόνο ως κοινωνικό όφελος. Για ηθικούς λόγους, η υγεία πρέπει να είναι εγγενής σε όλες τις πολιτικές, επειδή είναι σωστή και λόγω των πρακτικών επιταγών της ανάπτυξης. Η ιδέα της υγείας ως ανθρώπινου δικαιώματος επιβάλλει ευθύνες στις κυβερνήσεις και τα συστήματα υγείας που υπερβαίνουν κατά πολύ τη βελτίωση των γενικών δεικτών υγείας και την επέκταση της κάλυψης.

Η πρώτη από αυτές τις ευθύνες βασίζεται στην έννοια της δικαιοσύνης στην υγεία. Με την εστίαση της προσοχής σε όλες τις άδικες, περιττές και αποφευχθείσες ανισότητες, ένα στοιχείο διανομής προστίθεται στην αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας. Η ανάγκη μέτρησης και παρακολούθησης δύο διαστάσεων, μέσω όρων και διανομής θέτει νέες απαιτήσεις στα συστήματα πληροφοριών, τα οποία πρέπει να παράγουν σχετικό και έγκαιρο υλικό από αξιόπιστες πηγές.

Τα συστήματα πληροφοριών πρέπει να εξασφαλίζουν επαρκείς ροές συλλογής δεδομένων και να έχουν την ικανότητα να ερμηνεύουν και να κοινοποιούν τα αποτελέσματα σε σχέση με ένα ρεπερτόριο εφικτών και προβλέψιμων δράσεων. Η μέτρηση των ανισοτήτων, ιδίως, προϋποθέτει την επιλογή κατάλληλων δεικτών υγείας, κατάλληλων κριτηρίων διαστρωμάτωσης και κατάλληλων μετρήσεων. Μεταξύ άλλων προκλήσεων, τα συστήματα υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνδέονται με τις δημογραφικές αλλαγές και άλλες αλλαγές που προέρχονται εκτός της άμεσης σφαίρας δράσης του τομέα υγείας. Η γήρανση αποτελεί ήδη βασικό παράγοντα για τη δημόσια υγεία, και αυτό θα γίνει ολοένα και πιο αληθές τις επόμενες δεκαετίες.

Η αειφορία είναι μια επιτακτική έννοια που διαπερνά κάθε μελλοντική μελέτη της υγείας. Παρόλο που πολλά πρέπει να γίνουν κατανοητά για τους καθοριστικούς παράγοντες και τις διαδικασίες για την παρακολούθησή τους, μπορούν να εντοπιστούν τρία βασικά κριτήρια: Η μονιμότητα των οφελών για την υγεία που αποκτώνται στο πλαίσιο τοπικών παρεμβάσεων, προγραμμάτων ή πολιτικών στο βαθμό στον οποίο θεσμοποιούνται τα προγράμματα και το βαθμό στον οποίο η κοινότητα είναι εξουσιοδοτημένη. Σε μια ολοένα και πιο μηχανογραφημένη κοινωνία, με ένα μέλλον συνδέεται με την ανάπτυξη της τεχνολογίας της πληροφορίας και της επικοινωνίας, η ενσωμάτωση αυτής της τεχνολογίας στην εφαρμογή στρατηγικών δημόσιας υγείας θα είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη προόδου προς την καθολική υγεία και την αειφόρο ανάπτυξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

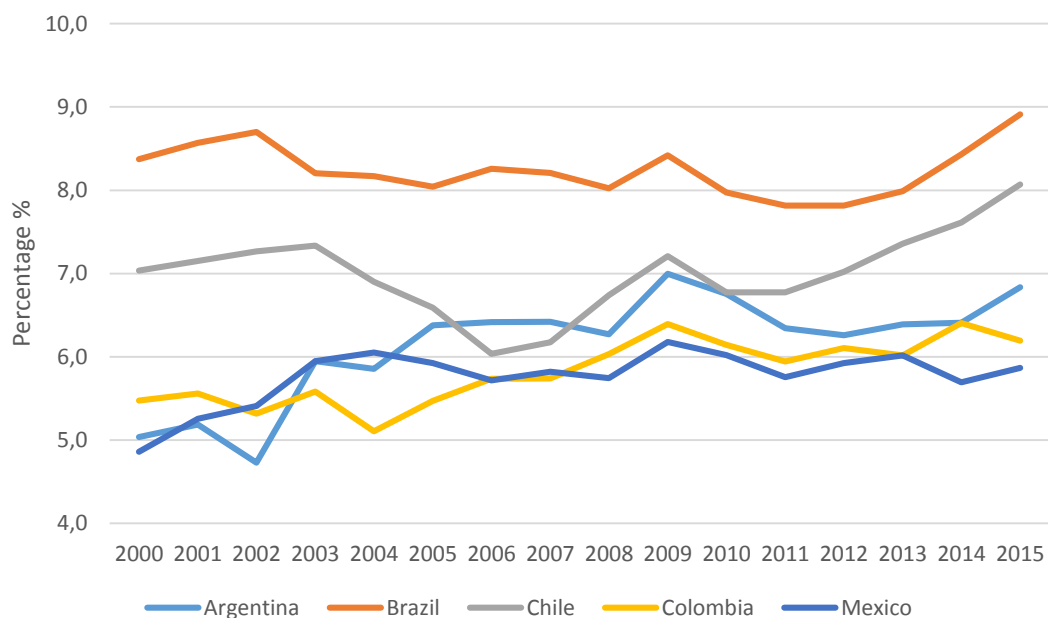
Στο κεφάλαιο Αυτό μελετάται η συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας σε σχέση με διάφορες μακροοικονομικές μεταβλητές για τις ακόλουθες χώρες της Λατινικής Αμερικής Αργεντινή, Βραζιλία, Κολομβία, Μεξικό και Χιλή. Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθεί και να καθοριστεί από ποιους παράγοντες επηρεάζεται η εξέλιξη των Δαπανών Υγείας. Πιο συγκεκριμένα για την εμπειρική μελέτη θα χρησιμοποιηθούν οι ακόλουθες μεταβλητές: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, Προσδόκιμο Ζωής, Πληθωρισμός, Ανεργία και Συναλλαγματική Ισοτιμία.

3.2 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν στη παρούσα μελέτη αφορούν τη χρονική περίοδο 2000 με 2015 και ελήφθησαν από τη βάση δεδομένων της Παγκόσμιας Τράπεζας (data.worldbank.org). Οι τιμές των μεταβλητών Δαπάνες Υγείας, ΑΕΠ, Πληθωρισμός και Ανεργία είναι εκφρασμένες ως ποσοστό, οι τιμές της μεταβλητής Προσδόκιμο Ζωής σε έτη και οι τιμές της μεταβλητής Συναλλαγματική Ισοτιμία σε μονάδες.

Η διαχρονική εξέλιξη της μεταβλητής Δαπάνες Υγείας παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3.1. Από το διάγραμμα αυτό διαπιστώνεται ότι η Βραζιλία καταναλώνει το μεγαλύτερο ποσοστό ως προς το ΑΕΠ σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Λατινικής Αμερικής.

Τέλος παρατηρείται ότι σε όλες τις υπο μελέτη χώρες οι δαπάνες υγείας κινούνται σε αυξητικά επίπεδα την περίοδο της μελέτης.



Διάγραμμα 3.1: Δαπάνες Υγείας ως Ποσοστό του ΑΕΠ

Για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το απλό γραμμικό υπόδειγμα σε όλες τις Χώρες στο οποίο χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή δαπάνες υγείας ως εξαρτημένη μεταβλητή και ως ανεξάρτητες, ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, το προσδόκιμο ζωής, ο πληθωρισμός, η ανεργία καθώς και η συναλλαγματική ισοτιμία. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του πακέτου data analysis του excel το οποίο για την εκτίμηση των δεδομένων εφαρμόζει τη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής για κάθε μια χώρα από τις επιλεγμένες ξεχωριστά.

Στους Πίνακες 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 και 3.5 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των παλινδρομήσεων ανά χώρα. Στους πίνακες αναφέρονται οι τιμές του συντελεστή Beta και της T στατιστικής για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή καθώς και η τιμή του συντελεστή προσδιορισμού για κάθε παλινδρόμηση ξεχωριστά. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων για κάθε χώρα περιγράφεται παρακάτω.

Πίνακας 3.1 : Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Αργεντινή.

ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ

	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R2
ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	6,015621	36,8112	0,045058	1,866596	0,199
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ	-40,7719	-4,04936	0,624068	4,659249	0,607
ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ	5,780212	17,58629	0,019442	1,243901	0,099
ΑΝΕΡΓΙΑ	7,588973	33,09737	-0,13576	-6,76246	0,765
ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑ	5,483837	19,03265	0,168595	2,584983	0,323

ΑΡΓΕΝΤΙΝΗ

Στον Πίνακα 3.1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Αργεντινή. Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται αρχικά ότι τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει η Ανεργία με ποσοστό 76,56% και στη συνέχεια το Προσδόκιμο Ζωής με ποσοστό 60,7%. Οι υπόλοιπες έχουν από μέτρια έως πολύ μικρή ερμηνευτική ικανότητα εφόσον δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Άρα οι Δαπάνες Υγείας ερμηνεύονται ικανοποιητικά από τον δείκτη Ανεργίας και από το Προσδόκιμο Ζωής.

Πίνακας 3.2 : Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Βραζιλία.

ΒΡΑΖΙΛΙΑ					
	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R2
ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	8,446742	88,18172	-0,0689	-2,84112	0,365
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ	11,09273	3,151922	-0,0391	-0,80962	0,044
ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ	8,266909	22,028	-0,00281	-0,06225	0,000
ΑΝΕΡΓΙΑ	7,129983	12,52086	0,135239	1,971858	0,217
ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑ	7,378482	24,91213	0,377242	2,990361	0,389

ΒΡΑΖΙΛΙΑ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις εκτιμήσεις του απλού γραμμικού υποδείγματος για τη Βραζιλία δίνονται στον Πίνακα 3.2. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται καταρχάς ότι ο Πληθωρισμός, δεν ερμηνεύει καθόλου τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας. Την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει η Συναλλαγματική Ισοτιμία που φτάνει στο 38,9% και κατόπιν ο Ρυθμός ανάπτυξης ΑΕΠ σε ποσοστό 36,5%. Ο Δείκτης Ανεργίας έχει ένα σχετικά μικρό ποσοστό ερμηνευτικής ικανότητας που φτάνει στο 21,7%, ενώ το Προσδόκιμο Ζωής όπως και ο Πληθωρισμός δεν είναι στατιστικά σημαντικά και δεν ερμηνεύουν τις Δαπάνες Υγείας.

Πίνακας 3.3 : Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για την Κολομβία.

ΚΟΛΟΜΒΙΑ					
	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R2
ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	5,992799	20,88613	-0,03935	-0,62314	0,026
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ	-17,2935	-4,07287	0,317782	5,445188	0,679
ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ	5,978349	47,14295	-0,02322	-1,52967	0,156
ΑΝΕΡΓΙΑ	6,864569	-0,08529	23,03779	-3,59575	0,480
ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑ	7,08907	-0,00057	11,85921	-2,13746	0,246

ΚΟΛΟΜΒΙΑ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις εκτιμήσεις του απλού γραμμικού υποδείγματος για την Κολομβία παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.3. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται καταρχάς ότι την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει το Προσδόκιμο Ζωής με ποσοστό 67,9%, κατόπιν η Ανεργία με ποσοστό 48% και τέλος, οριακά η συναλλαγματική ισοτιμία με ποσοστό 24,6%. Ο Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ καθώς και ο Πληθωρισμός δεν ερμηνεύουν τη συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας για τη χώρα αυτή καθώς δεν είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.

Πίνακας 3.4 : Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για το Μεξικό.

ΜΕΞΙΚΟ					
	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R2
ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	5,810277	51,29974	-0,02337	-0,68345	0,032
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ	-13,6636	-1,95438	0,256574	2,778349	0,355
ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ	6,303255	35,31491	-0,1012	-3,27429	0,433
ΑΝΕΡΓΙΑ	4,848909	17,51929	0,22696	3,383576	0,449
ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑ	4,380572	9,031986	0,117339	2,872523	0,370

ΜΕΞΙΚΟ

Τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων των απλών γραμμικών υποδειγμάτων για το Μεξικό παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.4. Από τον πίνακα αυτόν παρατηρείται ότι την μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα την έχει η Ανεργία και ο Πληθωρισμός με ποσοστά 44,9% και 43,3% αντίστοιχα. Την επόμενη σχετικά μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα έχουν η Συναλλαγματική Ισοτιμία με ποσοστό 37% και το Προσδόκιμο Ζωής με ποσοστό 35,5%. Τέλος, ο Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ δεν είναι στατιστικά σημαντικός και έτσι δεν ερμηνεύει τις Δαπάνες Υγείας την περίοδο της μελέτης.

Πίνακας 3.5 : Αποτελέσματα Ανάλυσης Παλινδρόμησης για τη Χιλή.

ΧΙΛΗ					
	Σταθερός Όρος	t-stat	Συντελεστής	t-stat	R2
ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ	7,562281	31,22582	-0,13288	-2,58112	0,322
ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ	-9,56519	-0,7109	0,212131	1,23141	0,097
ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ	7,327476	31,05528	-0,0651	-1,60108	0,154
ΑΝΕΡΓΙΑ	7,480748	7,559009	-0,06037	-0,4871	0,016
ΣΥΝΑΛΛΑΓΜΑΤΙΚΗ ΙΣΟΤΙΜΙΑ	4,934441	5,115753	0,003653	2,159499	0,249

ΧΙΛΗ

Στον Πίνακα 3.5 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις των απλών γραμμικών υποδειγμάτων για την Χιλή. Από τον πίνακα αυτόν διαπιστώνεται ότι για αυτή την χώρα ερμηνευτική ικανότητα έχει ο Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ με ποσοστό 32,3% και οριακά η Συναλλαγματική Ισοτιμία με ποσοστό 24,9% . Ο Πληθωρισμός, το Προσδόκιμο Ζωής και η Ανεργία δεν είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές και δεν ερμηνεύουν τις Δαπάνες Υγείας.

3.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο κεφάλαιο αυτό διερευνήθηκε η συμπεριφορά των Δαπανών Υγείας σε κάποιες Χώρες της Λατινικής Αμερικής και ειδικότερα στην Αργεντινή, την Βραζιλία, την Κολομβία, το Μεξικό και την Χιλή σε σχέση με διάφορες βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές, όπως είναι το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν, ο Πληθωρισμός, ο Δείκτης Ανεργίας το Προσδόκιμο Ζωής και η Συναλλαγματική Ισοτιμία. Από την ανάλυση της παλινδρόμησης που εφαρμόστηκε δεν προέκυψαν σε γενικές γραμμές ομοιόμορφα στατιστικά αποτελέσματα για όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές και για όλες τις χώρες.

Από όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν, η Συναλλαγματική Ισοτιμία και το Προσδόκιμο Ζωής έχουν τη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα και επηρεάζουν θετικά τις Δαπάνες Υγείας, αλλά με διαφορετικό μέγεθος ανά χώρα και όχι σε όλες τις χώρες. Στη συνέχεια, ο Ρυθμός Ανάπτυξης ΑΕΠ και η Ανεργία είχαν τη δεύτερη μεγαλύτερη ερμηνευτική ικανότητα με την σειρά τους να αλλάζει ανάλογα με τη χώρα που μελετήθηκε. Τέλος, ο Πληθωρισμός δείχνει να επηρεάζει τις Δαπάνες Υγείας μόνο σε μία από τις εξεταζόμενες χώρες καθώς δεν ήταν στατιστικά σημαντική μεταβλητή την περίοδο της μελέτης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΚΑΤΣΙΜΠΡΗ ΓΕΩΡΓΙΟΥ Μακροοικονομική Θεωρία και Πολιτική
ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ.. Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας. Τόμος Α.
Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ Οικονομικά της Υγείας ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΙΑΝΝΗΣ Ν..
Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική. Βιβλιοθήκη Οικονομίας Διοίκησης
& Πολιτικής Υγείας. Αθήνα
- ΙΑΣΠΙΣ ΙΔΕΩΔΕΣ ΑΣΚΛΗΠΙΑΚΟ Πάρκο Ιατρικής Σχολής.
- ΚΑΡΑΘΑΝΑΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Χρηματοοικονομική Διοίκηση και Χρηματιστηριακές
αγορές εκδόσεις Μπένου Αθήνα 1999
- ESTEVE V. SANCHIS J., Estimating the Substitutability Between Private and Public
Consumption.
- GERDTHAM. Econometric Analysis of Health Expenditure. A Cross Sectional Study
of the OECD Countries.
- KATZ M. L. ROSEN H. S., Μικροοικονομική Ανάλυση (3η Έκδοση). Αθήνα:
Επίκεντρο. 72 MINH QUANG DAO. Government Expenditure and Growth in
Developing Countries. Progress in Development Studies.
- O' HIGGINS M., Health Spending: A Way to Sustainable Growth.
- SINGER B. H. & MANTON K. G., The Effects of Health Changes on Projections of
Health Service Needs for the Elderly Population of the United States. Proceedings of
the National Academy of Sciences of the United States of America.
- Bortman M. 2010. Final draft of the project completion report for the Health Sector
Reform Project. Tegucigalpa, World Bank.
- Bronstein M. 2003. "Propuesta de los modelos de gestión, atención y financiamiento
para la extensión de cobertura de los servicios de salud a Punta Gorda Roatán, Islas de
la Bahía." Tegucigalpa.

Dinarte M. 2009. “Manual de normas y procedimientos para la contratación de servicios de salud.” Presentación preparada para la inducción al equipo técnico de la UECF. Tegucigalpa, Secretaría de Salud.

Souliotis K. The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece, 2000

Souliotis K, Kyriopoulos J. The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues. *Appl Health Econ Health Policy*, 2005

Thomson S, Mossialos E, Jemai N. Cost sharing for health services in the European Union. European observatory on health care systems. LSE health and social care. London School of Economics and Political Science, 2003

Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 2005

Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. *Health Econ*, 2005