

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
“ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΥΓΕΙΑ –
ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ”

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Κοινωνικοί προσδιοριστές και ανισότητα στην υγεία -

Τα σύγχρονα δεδομένα στην Ευρώπη

ΝΙΚΟΛΙΑ ΕΛΕΝΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ 20180932

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2020

NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
DEPARTMENT OF MEDICINE

POSTGRADUATE PROGRAMME
“GLOBAL HEALTH –
DISASTER MEDICINE”

MSc THESIS

Social determinants and inequity in health -
Current data in Europe

NIKOLIA ELENİ

REGISTRATION NUMBER 20180932

ATHENS, JUNE 2020

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της μεταπτυχιακής φοιτήτριας *Νικολιά Ελένης*

Εξεταστική Επιτροπή

-, Επιβλέπων
-, Μέλος
-, Μέλος

Η τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίστηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση τηςης 20... για την αξιολόγηση και εξέταση τ... υποψηφίου κ..., συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η επιτροπή διαπίστωσε ότι η Διπλωματική Εργασία της *Νικολιά Ελένης* με τίτλο “**Κοινωνικοί προσδιοριστές και ανισότητα στην υγεία - Τα σύγχρονα δεδομένα στην Ευρώπη**”, είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ’ όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «(Άριστα/Λίαν Καλώς/Καλώς) & (Βαθμός).....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων (Υπογραφή).....
-, Μέλος (Υπογραφή).....
-, Μέλος (Υπογραφή).....

Περίληψη

Οι ανισότητες στην υγεία είναι οι άδικες διαφορές στην υγεία ανάμεσα σε άτομα, ομάδες και χώρες και προκαλούνται λόγω των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας. Βασικοί κοινωνικοί προσδιοριστές όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η εργασία, οι περιβαλλοντικές και γενικότερες οικονομικές συνθήκες μιας χώρας, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία. Οι μέθοδοι υπολογισμού τους όμως, είναι ακόμα ελλιπείς.

Η παρούσα ανασκόπηση είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της σύγχρονης κατάστασης στην Ευρώπη και των ανισοτήτων που επικρατούν. Αποδείχθηκε πως οι ανισότητες στην υγείας, όχι μόνο δε μειώνονται αλλά συχνά ακόμη και αυξάνονται. Οι πληθυσμοί που υφίστανται διακρίσεις πλήττονται ιδιαίτερα. Ακόμη, το κόστος των ανισοτήτων στην Ευρώπη είναι πολύ υψηλό.

Τα τελευταία έτη έχουν γίνει αρκετά βήματα στην αντιμετώπισή των ανισοτήτων, χωρίς ακόμη όμως να έχει καλυφθεί το χάσμα ανάμεσα στους πληθυσμούς της Ευρώπης και τα κράτη. Η διεθνής συνηγορία, μπορεί να προωθήσει δράσεις για να επιτευχθεί η ισότητα στην υγεία.

Λέξεις - κλειδιά : ανισότητες στην υγεία, κοινωνικοί προσδιοριστές, διακρίσεις, Ευρώπη

Abstract

Health inequities are the unfair health differences between individuals, groups and countries and are caused by the social determinants of health. Key social determinants such as income, education, employment, environmental and general economic conditions, greatly affect health. However, their calculation methods are still incomplete.

The purpose of this review was to investigate the current situation in Europe and the inequities that prevail. It has been proven that inequities in health, not only do not decrease, but often even increase. Populations that experience discrimination are particularly affected. Moreover, the cost of inequities across Europe is very high.

In recent years, steps have been taken to address inequities, but the gap between the populations of Europe and the countries has not yet been filled. International advocacy can promote action to achieve health equity.

Key - words: health inequities, social determinants, discrimination, Europe

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	1
Μεθοδολογία.....	2

Α΄ Μέρος

1. Ανισότητα στην υγεία	3
2. Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας.....	3
3. Παρακολούθηση & αξιολόγηση ανισοτήτων	7

Β΄ Μέρος

4. Η Ανισότητα στην Ευρώπη.....	9
5. Ανάλυση δεδομένων.....	12
5.1 Κοινωνικοί προσδιοριστές.....	12
5.1.1 Συστήματα υγείας & δαπάνες κοινωνικής προστασίας.....	12
5.1.2 Περιβαλλοντικές συνθήκες.....	15
5.1.3.Εισόδημα & οικονομική βαθμίδα.....	16
5.1.4 Εργασία.....	20
5.1.5 Εκπαίδευση.....	21
5.1.6 Συνθήκες διαβίωσης	23
5.1.7 Ατομικές συνήθειες & διατροφή.....	24
5.2.Διακρίσεις & ανισότητα στην υγεία.....	27
5.2.1 Φύλο, ταυτότητα φύλου & σεξουαλικός προσανατολισμός.....	28
5.2.2 Ρομά.....	30
5.2.3 Μετανάστες.....	31
6. Οικονομικές επιπτώσεις ανισοτήτων στην υγεία.....	32

Γ΄ Μέρος

7. Συμπεράσματα, προτάσεις & παρεμβάσεις κατά των ανισοτήτων.....	33
Βιβλιογραφία.....	37

Εισαγωγή

Όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ιδρύθηκε το 1948, όρισε τη ισότητα στην υγεία ως βασική και απαρέγκλιτη αρχή του (1). Όμως, παρά τις προηγμένες ανακαλύψεις και την ταχεία εξέλιξη, φαίνεται πως ένα μεγάλο μέρος των ανθρώπων δεν απολαμβάνει το επίπεδο υγείας που του αξίζει. Φαίνεται πως ακόμα και αν διανύουμε τη νέα χιλιετία απέχουμε ακόμα πολύ από το στόχο μας. Παρά τις ποικίλες αλλαγές στις αιτίες θανάτων τα τελευταία 150 χρόνια, οι διαφορές στην υγεία ανάμεσα στις κοινωνικές τάξεις έχουν παραμείνει οι ίδιες (2).

Οι ανισότητες στην υγεία ανάμεσα σε χώρες αλλά και ανάμεσα σε πληθυσμιακές ομάδες παγκοσμίως, παραμένουν πολύ μεγάλες και σε πολλές περιπτώσεις έχουν αυξηθεί (3), με τους ευάλωτους πληθυσμούς να πλήττονται ιδιαίτερα. Άνθρωποι με χαμηλότερο εισόδημα, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, κοινωνικά αποκλεισμένοι πληθυσμοί, τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα νοσηρότητας αλλά και θνησιμότητας (4). Ή και με άλλα λόγια, όσο πιο φτωχός είναι κάποιος, τόσο αυξάνει η πιθανότητα να αρρωστήσει ή να πεθάνει πιο νέος (5).

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, αναλύονται οι ανισότητες στην υγεία και επίσης, οι κοινωνικοί προσδιοριστές της. Διερευνάται επίσης η βαρύτητα της επίδρασής τους στην υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Η ανασκόπηση αποτελείται από τρία μέρη.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος, αρχικά αναφέρονται βασικοί ορισμοί που αφορούν τις ανισότητες στην υγεία. Στη συνέχεια, αναλύονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, που αποτελούν τους βασικούς παράγοντες ανάπτυξης ανισοτήτων, όπως και οι μέθοδοι παρακολούθησής τους από την επιστημονική κοινότητα.

Στο δεύτερο μέρος της διπλωματικής, γίνεται εκτενής ανάλυση των σύγχρονων ερευνών που υπάρχουν, σχετικά με τις ανισότητες στην υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού, με ξεχωριστή ανάλυση ανά κοινωνικό προσδιοριστή. Ειδική μελέτη γίνεται για αρκετές ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Ακόμη διερευνώνται οι οικονομικές επιπτώσεις των ανισοτήτων.

Το τρίτο και τελευταίο μέρος, αναφέρει τα συμπεράσματα της ανασκόπησης, καθώς και τις μέχρι τώρα δράσεις και πρωτοβουλίες για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην Ευρώπη.

Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, να θεωρούμε πως οι ανισότητες δεν αφορούν σύγχρονα ισχυρά κράτη αλλά μόνο τον αναπτυσσόμενο κόσμο. Τα επιστημονικά δεδομένα όμως συμφωνούν; Ποιο είναι το μέγεθος των ανισοτήτων στην - κατά τα άλλα - πλούσια Ευρώπη; Καταφέρνουν όλες οι πληθυσμιακές ομάδες να έχουν ίσα δικαιώματα στην υγεία; Αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουν να βρουν την απάντησή τους σε αυτή την εργασία, γιατί ίσως τελικά οι ανισότητες να είναι ένα ζήτημα που μας αφορά περισσότερο από ότι νομίζουμε.

Μεθοδολογία

Η παρούσα μελέτη είναι μια περιγραφική ανασκόπηση. Η πηγή αναζήτησης των πληροφοριών σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας αλλά και σχετικά με την ανισότητα στην υγεία στην Ευρώπη είναι οι μεγάλες βάσεις ιατρικών δεδομένων όπως το PubMed, πρωτογενείς και δευτερογενείς μελέτες και επιστημονικά περιοδικά. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης δεδομένα από παγκόσμιες ή πανευρωπαϊκές οργανώσεις, όπως ο ΠΟΥ και η Eurostat.

Οι βασικές λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν οι εξής : «ανισότητες στην υγεία», «κοινωνικοί προσδιοριστές», «Ευρώπη» και τα ανωτέρω σε ποικίλους συνδυασμούς, ώστε να συγκεκριμενοποιηθεί το αποτέλεσμα. Αναζητήθηκαν μελέτες και επιστημονικά άρθρα που είναι γραμμένα στην ελληνική, αγγλική και γαλλική γλώσσα.

Καθώς η παρούσα διπλωματική στοχεύει στην παρουσίαση όσο πιο σύγχρονων δεδομένων, απορρίφθηκαν όλα τα άρθρα που είχαν δημοσιευθεί πριν το 2010. Κατά την αναζήτηση δεν απορρίφθηκαν κείμενα γκρίζας βιβλιογραφίας, όπως αναφορές και παρουσιάσεις συνεδρίων.

Η βιβλιογραφική έρευνα για τον εντοπισμό των κατάλληλων πηγών πραγματοποιήθηκε από το Νοέμβριο του 2019 έως και το Φεβρουάριο του 2020.

Τελικά, για την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας, χρησιμοποιήθηκαν 100 βιβλιογραφικές πηγές, από το σύνολο των 244 που είχαν αρχικώς επιλεγεί. Τα κριτήρια επιλογής των άρθρων, καθορίστηκαν κατά βάση, από τα παρακάτω : τα ποιοτικά και μεθοδολογικά χαρακτηριστικά των μελετών, το επίπεδο αντιπροσωπευτικής εξέτασης κα μελέτης του πληθυσμού της Ευρώπης , συμπεριλαμβανομένων μειονοτήτων/προσφύγων, η επάρκεια σύγκρισης των στοιχείων που ελήφθησαν από όσο το δυνατόν περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, εξετάστηκαν ως προς την αξιοπιστία τους και στη συνέχεια έγινε η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

1. Ανισότητα στην υγεία

Η θεμελίωση μια δίκαιης κοινωνίας επιτυγχάνεται μέσω της διασφάλισης όλων των ατομικών ελευθεριών και της προφύλαξης του κοινού αισθήματος δικαίου. Η ισότητα, ως έννοια δυναμική στο χρόνο, είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της αναγνώρισης όλων των αναφαίρετων δικαιωμάτων του ανθρώπου, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην υγεία.

Ισότητα στην υγεία θεωρούμε την απουσία όλων των άδικων και αποφευκτών διαφορών ανάμεσα σε ανθρώπους ή ομάδες ανθρώπων (6,7). Είναι η δυνατότητα επίτευξης του υψηλότερου επιπέδου υγείας για όλους (8,9), μία θεμελιώδης αρχή κοινωνικής δικαιοσύνης (7,10). Ιδανικά όλοι θα έπρεπε να έχουν τις ίδιες δυνατότητες και ευκαιρίες ώστε να φτάσουν στο μέγιστο επίπεδο υγείας που θα μπορούσαν (11).

Διαφοροποιήσεις στην υγεία φυσικά υπάρχουν ανάμεσα σε όλους τους ανθρώπους αλλά δε θεωρούνται όλες ανισότητες – η διαφορά στο επίπεδο της υγείας για παράδειγμα ενός νεαρού ενήλικα με έναν ηλικιωμένο δε θεωρείται ανισότητα (12).

Ανισότητα στην υγεία ορίζεται η διαφορά στο επίπεδο υγείας των ανθρώπων ανάμεσα σε πληθυσμιακές ομάδες στην ίδια χώρα ή ανάμεσα σε κατοίκους διαφορετικών χωρών, που μπορεί να αποφευχθεί (13). Τα βασικά χαρακτηριστικά των ανισοτήτων στην υγεία είναι πως είναι συστηματικές – δεν πλήττουν το ίδιο όλες τις πληθυσμιακές ομάδες - και πως είναι άδικες (4,14). Ουσιαστικά, όποια διαφοροποίηση στην υγεία ανάμεσα σε άτομα ή ομάδες είναι μη απαραίτητη, άδικη και μπορεί να αποφευχθεί, ορίζεται ως ανισότητα (7). Αφορούν περισσότερο τους ανθρώπους που έχοντας κοινωνικό μειονέκτημα αντιμετωπίζουν μόνιμα εμπόδια στην επίτευξη καλύτερου επιπέδου υγείας (12).

Διακηρύξεις και έρευνες συνδέουν πια, άμεσα, την υγεία με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης (15). Οι ανισότητες στην υγεία είναι προφανές, πως αποτελούν εν τέλει και παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων (16).

2. Κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας

Όλοι οι μη-παθοφυσιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία μελετώνται έντονα τις τελευταίες δυο δεκαετίες και έχουν μπει στο επίκεντρο (17,18). Παράγοντες όπως το ατομικό εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το περιβάλλον, η εργασία, το φύλο, όλες οι συνθήκες της

καθημερινής ζωής (19) καθορίζουν την υγεία σε πολύ μεγάλο βαθμό και προκαλούν ανισότητες στην υγεία (1,12,20).

Οι ανισότητες αυτές, που πηγάζουν από διαφορές σε οικονομικό, εκπαιδευτικό και κοινωνικό επίπεδο, ονομάζονται κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας (4).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας ως όλες τις συνθήκες ή τις καταστάσεις στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται και ζουν. (9,18). Αρχικά στη βιβλιογραφία οι κοινωνικοί προσδιοριστές που περιγράφονταν κατά βάση ήταν η εργασία, η εκπαίδευση, το εισόδημα, το περιβάλλον και το σύστημα υγείας όμως με τον καιρό η λίστα αυτή μεγαλώνει. Παράγοντες όπως το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η εθνικότητα, το στίγμα και ο κοινωνικός αποκλεισμός θεωρούνται πια βασικοί κοινωνικοί προσδιοριστές (17).

Το μοντέλο του «ουράνιου τόξου» των Dahlgren και Whitehead είναι πολύ χρήσιμο, καθώς κατηγοριοποιεί τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας σε τρία επίπεδα, ανάλογα με το αν αντιστοιχούν σε ατομικό, κοινωνικό ή ευρύτερο οικονομικό-περιβαλλοντικό τομέα (21)

Εικόνα 1

Το μοντέλο του “ουράνιου τόξου” σχετικά με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, από τους Dahlgren G. και Whitehead M. (1991)



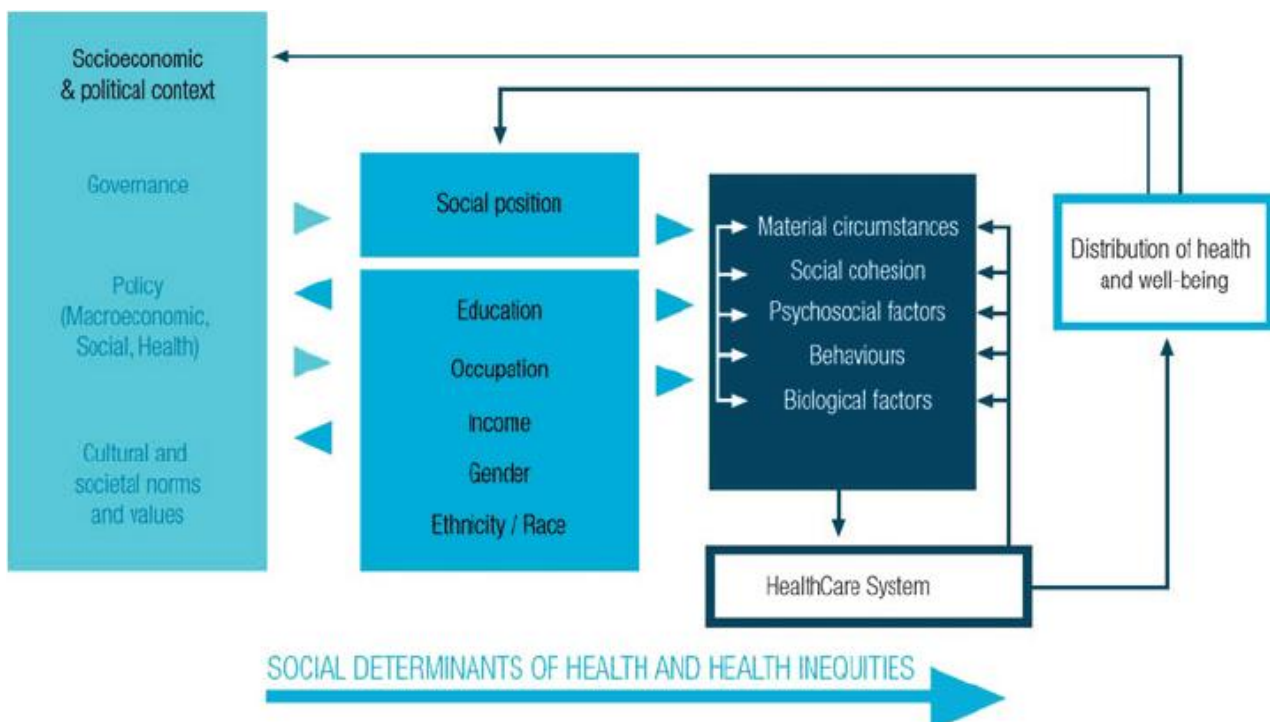
Πηγή : Šlachťová H, Jiřík V, Tomášek I, Tomášková H. Environmental and Socioeconomic Health Inequalities: a Review and an Example of the Industrial Ostrava Region. Cent Eur J Public Health. 2016;24 Suppl:S26–32.

Αυτές οι ανισότητες σχηματίζονται από κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές δυνάμεις. Είναι ένας τοξικός συνδυασμός κακών πολιτικών και άδικων οικονομικών αποφάσεων που οδηγεί σε αυτό το αποτέλεσμα (17). Σχηματίζονται από την άνιση διανομή της δύναμης, του χρήματος και

των μέσων σε μία κοινωνία αλλά και ανάμεσα σε κράτη, όπως αναφέρει ο ΠΟΥ το 2008 στην αναφορά του για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (2,3,19). Ο ΠΟΥ χρησιμοποιεί τον όρο κοινωνικοί προσδιοριστές αναφερόμενος σε όλο τον κοινωνικό μηχανισμό που γεννά την ιεραρχία και την κοινωνικό-οικονομική θέση στα άτομα (2).

Εικόνα 2

Εννοιολογικό πλαίσιο που συνδέει τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και τη διανομή της υγείας, Επιτροπή για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας, (2008)



Πηγή : Šlachtová H, Jiřík V, Tomášek I, Tomášková H. Environmental and Socioeconomic Health Inequalities: a Review and an Example of the Industrial Ostrava Region. Cent Eur J Public Health. 2016;24 Suppl:S26–32.

Ακόμα και στις πιο πλούσιες χώρες, υπάρχει διαβάθμιση του επιπέδου της υγείας ανάλογα με το οικονομικό υπόβαθρο. Οι πληθυσμοί με οικονομικό πλεονέκτημα και όσοι είναι υψηλότερα στην κοινωνική ιεραρχία, έχουν πάντα και καλύτερη υγεία (2). Και όσο βελτιώνονται οι κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες σε μία χώρα, τόσο παρατηρείται και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (11). Πράγματι, οι άνθρωποι που βρίσκονται χαμηλά στην κοινωνική ιεραρχία ή είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι έχουν αυξημένες πιθανότητες για έκθεση σε επιβλαβείς επαγγελματικές ή περιβαλλοντικές εκθέσεις (5), χρόνιο stress (2), δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, μη ασφαλή στέγαση.

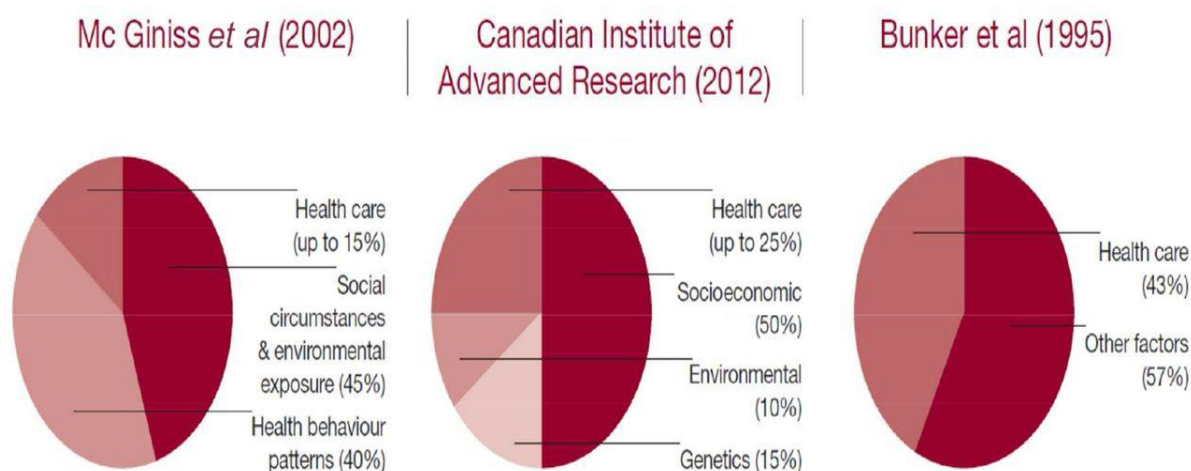
Η ευημερία όμως ενός κράτους δεν συνεπάγεται αυτόματα και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, καθώς ο βασικός καθοριστής είναι το πόσο δίκαια τα αποτελέσματα αυτής της ευημερίας διανέμονται σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες (22). Είναι γεγονός πως όσο πιο άνισα διανέμονται τα χρήματα σε μία χώρα, τόσο ο πληθυσμός της χώρας πλήττεται από ανισότητες στην υγεία. Πιο άνισες χώρες έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, αυξημένα ποσοστά ψυχικών ασθενειών, παχυσαρκίας και παιδικής θνησιμότητας (23).

Η κοινωνική βαθμίδα επηρεάζει την υγεία σε όλο της το εύρος κατά τη διάρκεια της ζωής με τα αποτελέσματα να είναι εμφανή στη νοσηρότητα, τη θνητότητα αλλά και την ψυχική υγεία (2). Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που συνδέουν άμεσα τη χαμηλή κοινωνικό-οικονομική θέση με ασθένειες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν και πρόωρο θάνατο (2,12). Η φτώχεια έχει αναγνωριστεί σαν ένας βασικός προσδιοριστής της υγείας (1). Ακόμη, ο ρατσισμός που υπόκειται κοινωνικές ομάδες έχει άμεση επίπτωση στην υγεία τους (15). Τα αποτελέσματα της υγείας των πληθυσμών είναι λοιπόν αποτέλεσμα πολιτικών και κοινωνικών συνθηκών σε πολύ μεγάλη κλίμακα.

Η υγεία καθορίζεται προφανώς και από βιολογικούς και γενετικούς παράγοντες (11). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας όμως έχουν ίσως και μεγαλύτερη επίδραση στην υγεία των πληθυσμών για αυτό και θεωρούνται πια σημαντικός τομέας δράσης της δημόσιας υγείας (17,20). Φαίνεται πως επηρεάζουν την υγεία ενός ανθρώπου κατά 40% (20) ή σύμφωνα με άλλες έρευνες έως και 60 % (24), ενώ οι ατομικές συμπεριφορές κατά 30% (20) και οι γενετικοί παράγοντες 15% .

Εικόνα 3

Εκτιμήσεις της επιρροής βασικών προσδιοριστών της υγείας, Kings Fund



Πηγή : Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. BMJ Global Health [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Jan 19];3(Suppl 1). Available from: https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000603

Οι κοινωνικοί προσδιοριστές δεν ακολουθούν το μοντέλο των βιομετρικών παραγόντων, αντιθέτως είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με την κοινωνία, την ιστορική και οικονομική εξέλιξη κάθε χώρας (15). Είναι φανερό πια πως ακόμα και οι παρεμβάσεις δημόσια υγείας που στοχεύουν στην αλλαγή ατομικών συμπεριφορών, μη λαμβάνοντας υπ' όψιν το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, είναι μειωμένης αποτελεσματικότητας (15). Κάθε παρέμβαση με στόχο την επίτευξη καλύτερου επιπέδου υγείας στον πληθυσμό πρέπει να στοχεύει στον έλεγχο των κοινωνικών προσδιοριστών, καθώς η υγεία σχετίζεται στενά με τις κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες.

3. Παρακολούθηση & αξιολόγηση ανισοτήτων

Παρά την πρόοδο των τελευταίων χρόνων στην έρευνα στον τομέα της υγείας υπάρχει ακόμα έλλειψη μεθόδων μέτρησης ώστε να αναλυθεί συνολικά και ολιστικά το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο με μεθόδους που να συνυπολογίζουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές (25). Για να μελετηθεί αποτελεσματικά η ανισότητα και οι παράγοντες που την επηρεάζουν πρέπει να υπάρχουν και οι ανάλογοι δείκτες ανισότητας (7). Η δυνατότητα ορθής μέτρησης της ανισότητας είναι σίγουρα μία από τις προκλήσεις αυτών των ετών (10) καθώς είναι προαπαιτούμενο της χάραξης στοχευμένων πολιτικών με σκοπό τη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών (26). Μόνο οι σαφείς μετρήσεις και υπολογισμοί μπορούν να οδηγήσουν σε σαφή και πραγματοποιήσιμα πλάνα δράσης (10,27).

Καθώς οι κοινωνικοί προσδιοριστές είναι πολύπλοκοι, αναδύονται από κάθε πλευρά της κοινωνικής ζωής και είναι υπεύθυνοι σε μεγάλο βαθμό για την ανισότητα στην υγεία είναι βασικό να βρεθεί τρόπος εντοπισμού και υπολογισμού τους.

Σημαντικό είναι να υπολογίζεται και πώς ο κάθε προσδιοριστής διανέμεται και επηρεάζει συγκεκριμένα μέρη του πληθυσμού ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την εθνικότητα, το φύλο κ.α.(10). Ως εκ τούτου είναι μείζονος σημασίας ο υπολογισμός της φτώχειας, των διακρίσεων, της ανάπτυξης στην αρχή της ζωής των παιδιών, της εκπαίδευσης και της ποιότητας της στέγασης. Το 2015-16 ο ΠΟΥ όρισε ένα νέο παγκόσμιο πλαίσιο δράσης και επιτήρησης των κοινωνικών προσδιοριστών. Νέοι δείκτες προτάθηκαν να συνυπολογίζονται όπως η κοινωνική κάλυψη και οι οικονομικές παροχές στην προαγωγή της υγείας (28). Έχει προταθεί επίσης η χρήση του Δείκτη Υγείας του Πληθυσμού (Population Health Index) από το πρόγραμμα «EURO-HEALTHY» που είναι χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση (29) και η χρήση του Πλαισίου Μέτρησης της Ισότητας στην Υγεία (Health Equity Measurement Framework) (26). Ένας καλός δείκτης ανισότητας στην υγεία ενός πληθυσμού είναι ο Δείκτης Συγκέντρωσης που προέρχεται από το συντελεστή Gini και υπολογίζει τη διανομή εισοδήματος σε ένα κράτος (7).

Όσο αφορά τα αποτελέσματα της ανισότητας στην υγεία διάφοροι δείκτες φαίνεται να έχουν χρησιμοποιηθεί στη βιβλιογραφία, με τους περισσότερους να σχετίζονται με υποκειμενικές μετρήσεις. Η αυτό-αξιολόγηση της υγείας είναι βασικός δείκτης αλλά χρησιμοποιούνται επίσης δείκτες όπως το προσδόκιμο ζωής, τα ποιοτικά προσδιορισμένα έτη επιβίωσης (QALY), ο επιπολασμός χρόνιων ασθενειών (22) και η παιδική θνησιμότητα (5).

Β' ΜΕΡΟΣ

4. Η ανισότητα στην Ευρώπη

Υπάρχει συχνά η λανθασμένη εντύπωση, πως η Ευρώπη απαρτίζεται από πλούσιες χώρες που προοδεύουν σε όλους τους τομείς και πως μία κουβέντα σχετική με τις ανισότητες δε μας αφορά και τόσο (30). Αντιθέτως, στην Ευρώπη υπάρχουν ευρείες και επίμονες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες (30,31), ανισότητες σε όλο το φάσμα της ζωής ενός ατόμου. Οι ανισότητες στην υγεία, ως απόρροια των ανωτέρω, είναι αναπόφευκτες.

Ενώ η υγεία του ευρωπαϊκού πληθυσμού έχει βελτιωθεί στο σύνολό της, οι ανισότητες δεν παύουν να παραμένουν οι ίδιες ή ακόμα και να χειροτερεύουν (11,30,32,33,34). Την πρόοδο στον τομέα της υγείας κάποιων ευρωπαϊκών χωρών δε την ακολουθούν οι υπόλοιπες, οι διαφορές παραμένουν έντονες ανάμεσα στα κράτη, σε πληθυσμιακές ομάδες, ανάμεσα στα φύλα, ανάμεσα σε άτομα της ίδιας χώρας (32). Παρά την αύξηση του πλούτου της Ευρώπης τα τελευταία χρόνια, δυστυχώς τα οφέλη του δε μοιράζονταν σε όλους το ίδιο (30,35). Το ισχυρότερο 1% του ευρωπαϊκού πληθυσμού αναπτύχθηκε 2 φορές ταχύτερα τα τελευταία χρόνια σε σχέση με το κατώτερο 50% (36). Σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες απέτυχαν στο να εκπληρώσουν το σχετικό με την ανισότητα στόχο που είχε τεθεί στο πλαίσιο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (SDGs) (36).

Βέβαια υπάρχουν διακυμάνσεις στην ανισότητα από χώρα σε χώρα και οι κοινωνικοί προσδιοριστές, ως παράγοντες που επηρεάζουν τη ζωή των ευρωπαίων, εμφανίζονται και επιβαρύνουν με διαφορετικό τρόπο κάθε γεωγραφική περιοχή (25), ανάλογα με την ιστορική, κοινωνική και οικονομική της εξέλιξη (37). Καμία χώρα, όμως, δε φαίνεται να έχει κατορθώσει να διαχειριστεί με αποτελεσματικότητα τους κοινωνικούς προσδιοριστές ώστε να εξαλείψει την ανισότητα στην υγεία, ούτε ακόμα και χώρες που παραδοσιακά θεωρούνται πιο ισότιμες και προοδευτικές, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία και η Ολλανδία (38). Βεβαίως, παρατηρούνται διαφορές, με τις χώρες του Νότου να παρουσιάζουν πιο υψηλά επίπεδα ανισοτήτων στην υγεία σε σχέση με τις σκανδιναβικές χώρες (38), με ποσοστά μάλιστα που αυξάνονται ανησυχητικά τα τελευταία χρόνια. Οι μεγαλύτερες ανισότητες πάντως σε όλη την Ευρώπη, εμφανίζονται στις ανατολικές χώρες και στις χώρες της Βαλτικής (Εσθονία, Λετονία, Λιθουανία) (39).

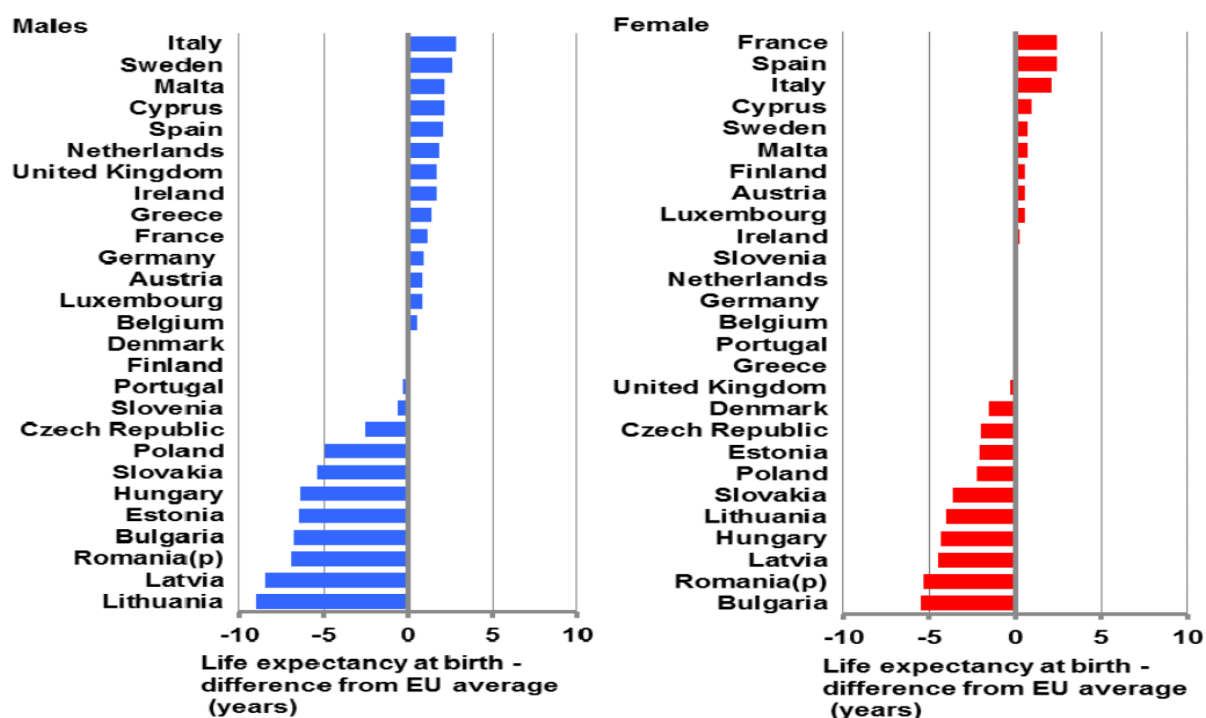
Η ανισότητα στην Ευρώπη διευρύνεται και δημιουργείται ένα χάσμα ανάμεσα στους πληθυσμούς και στα άτομα. Τα νούμερα που ανακοινώνονται δε φανερώνουν καμία πρόοδο. Σχεδόν 113 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν σε κίνδυνο απορίας και κοινωνικού αποκλεισμού, οι άνθρωποι που

ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας έχουν αυξηθεί κατά 8% από το 2005, με τη μεγαλύτερη αύξηση να εκδηλώνεται τα τελευταία χρόνια (34,40). Τα ποσοστά των αστέγων αυξάνονται και είναι φανερό η άνιση πρόσβαση πληθυσμών στις υπηρεσίες υγείας, την εκπαίδευση, τη σταθερή και ασφαλή εργασία (34). Χαρακτηριστικά, το 2017, σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία περισσότερο από το ένα τρίτο το πληθυσμού βρίσκονταν σε κίνδυνο ένδειας και κοινωνικού αποκλεισμού (35).

Το προσδόκιμο ζωής στην Ευρώπη ανεβαίνει (38) όχι όμως με τους ίδιους ρυθμούς για όλες τις χώρες ούτε για όλα τα άτομα. Η απόκλιση μπορεί να είναι έως και 7 χρόνια για γυναίκες διαφορετικών χωρών, με τη Βουλγαρία να έχει το χαμηλότερο προσδόκιμο στα 78,7 έτη για το 2015. Για τους άντρες η απόκλιση ανάμεσα στις χώρες αγγίζει και τα 10 έτη με τη Λεττονία να παρουσιάζει χαμηλό προσδόκιμο στα 69,7 έτη ενώ η Σουηδία αγγίζει τα 80,4 έτη (37).

Γράφημα 1

Διαφορά στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του μέσου προσδόκιμου της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ανά φύλο, 2010



Πηγή : European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, University College London Consulting (UCLC), EuroHealthNet, Health Action Partnership International (HAPI), North East Public Health Observatory (NEPHO), et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium - Consortium lead: Sir Michael Marmot. [Internet]. Brussels: European Commission; 2013 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2772/34426>

Το προσδόκιμο ζωής ατόμων σε χαμηλή κοινωνική ομάδα μπορεί να είναι και 15,5 έτη μικρότερο (31).

Η παιδική θνησιμότητα στην Ευρώπη κυμαίνεται από 1,4 έως και 8,4 θανάτους ανά 1000 άτομα, αναδεικνύοντας έντονες διακυμάνσεις μεταξύ χωρών και πληθυσμιακών ομάδων. Τα υψηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας υπάρχουν στη Μάλτα και στη Ρουμανία, γεγονός που αποδίδεται στην αυξανόμενη φτωχοποίηση αλλά και τον κοινωνικό αποκλεισμό πολλών πληθυσμιακών ομάδων (35).

Το ύψος των υγειονομικών αναγκών που δεν καλύφθηκαν, ως βασικός δείκτης υπολογισμού των ανισοτήτων σε μία χώρα, αναδεικνύει πως οι αποκλίσεις στην Ευρώπη είναι πολύ σημαντικές. Τα ποσοστά κυμαίνονται από λιγότερο από 1% στο Βέλγιο έως και 26% στη Λεττονία. Γίνεται πολύ εμφανές το πόσο οι οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την πρόσβαση στην υγεία καθώς ο πληθυσμός που αναφέρει ανάγκες που δεν καλύφθηκαν αυξήθηκε κατά 1,5 εκατομμύριο με την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2008 (41).

Η δυνατότητα κάλυψης αναγκών του πληθυσμού, δεν ήταν η μόνη μεταβολή που προκάλεσε η οικονομική κρίση. Η κρίση επηρέασε ακόμα περισσότερα τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας (32) και οι ευάλωτοι πληθυσμοί εκτέθηκαν σε ακόμα δυσκολότερες καταστάσεις, όσο η ανισότητα αυξανόταν (30,42). Τα αποτελέσματά της ήταν ιδιαίτερα έντονα με άμεση επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, αύξηση των μεταδιδόμενων νοσημάτων και των αυτοκτονιών σε όλη την Ευρώπη (38), ειδικά στις χώρες που επλήγησαν με αυστηρά μέτρα λιτότητας. Η φτώχεια αυξήθηκε σχεδόν σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και σχεδόν διπλασιάστηκε στην Ισλανδία και την Ελλάδα (42). Κατά την περίοδο 2011-2015, ο ρυθμός αύξησης του προσδόκιμου ζωής φαίνεται να επιβραδύνθηκε σε 25 ευρωπαϊκές χώρες, σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια (43).

Η αποφευκτική θνησιμότητα, ενώ στο σύνολό της έχει μειωθεί στην ευρωπαϊκή ήπειρο τα τελευταία 50 χρόνια, συνεχίζει να πλήττει δυσανάλογα πληθυσμούς ευάλωτους από άποψη εθνικότητας ή κοινωνικό-οικονομικής θέσης (39).

Συμπερασματικά, οι φτωχοί γίνονται φτωχότεροι (34), με αναμενόμενο αποτέλεσμα την αύξηση και των ανισοτήτων στην υγεία, καθώς επιβαρύνονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές.

Οι μετανάστες, οι Ρομά, τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα (Λεσβίες/ Ομοφυλόφιλοι /Αμφιφυλόφιλοι/ Τρανς/ Κουίρ/ Ιντερσεξ), οι άνθρωποι σε μη προνομιούχα κοινωνική θέση, με χαμηλό εισόδημα είναι πιο ευάλωτοι από ποτέ και αυτό αποδεικνύεται από τους ευρωπαϊκούς δείκτες που συνεχώς χειροτερεύουν (13).

5. Ανάλυση δεδομένων

5.1. Κοινωνικοί προσδιοριστές

Κάθε ένας από τους κοινωνικούς προσδιοριστές επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο και ένταση την το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Έχουν γίνει κάποιες προσπάθειες διερεύνησης της συνεισφοράς των κοινωνικών προσδιοριστών (11) σε κάθε τομέα αλλά το συγκεκριμένο ζήτημα χρήζει σίγουρα περισσότερης μελέτης.

Πολύ συχνό φαινόμενο είναι η εμφάνιση συνύπαρξης και αλληλεπίδρασης των κοινωνικών προσδιοριστών. Δημιουργείται ένα φαύλος κύκλος στέρησης, κατά τον οποίο οι άνεργοι οδηγούνται σε ανέχεια, η χαμηλή βαθμίδα εκπαίδευσης οδηγεί σε ανεργία, οι ευάλωτες ομάδες οδηγούνται σε κοινωνικό αποκλεισμό.

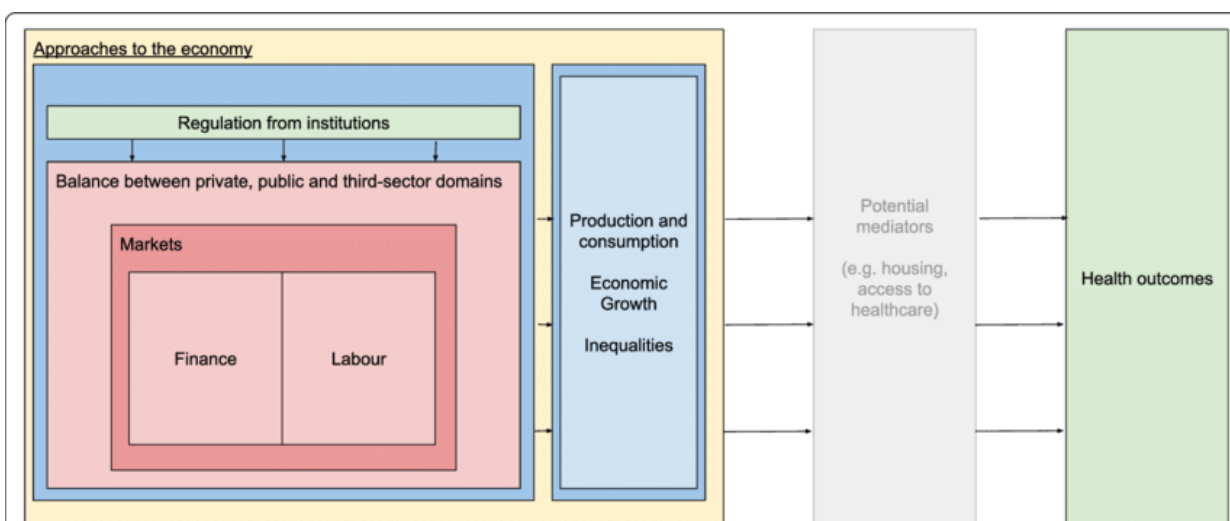
Παρακάτω, θα αναλυθούν κάποιοι από τους βασικούς προσδιοριστές της υγείας που καθορίζουν σήμερα τη ζωή των ευρωπαίων, ξεκινώντας από το μακρό-οικονομικό επίπεδο και καταλήγοντας στο ατομικό.

5.1.1. Συστήματα υγείας & δαπάνες κοινωνικής προστασίας

Όλοι οι μακροοικονομικοί παράγοντες, όπως η οικονομία μίας χώρας, συνδέονται άμεσα με τα τελικά αποτελέσματα στην υγεία του πληθυσμού (44).

Εικόνα 4

Εννοιολογικό μοντέλο σύνδεσης οικονομίας και υγείας



Πηγή : Naik Y, Baker P, Ismail SA, Tillmann T, Bash K, Quantz D, et al. Going upstream - an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. BMC Public Health. 2019 Dec 17;19(1):1678.

Οπότε προφανώς, το σύστημα υγείας και το κράτος πρόνοιας συντελούν αποφασιστικά στην υγεία των Ευρωπαίων. Για παράδειγμα, ο πληθυσμός που διαμένει στις σκανδιναβικές χώρες εμφανίζει τα χαμηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών, αποτέλεσμα που συνδέεται με τις υπηρεσίες και το ανεπτυγμένο κράτος πρόνοιας. Αντίθετα τα μεγαλύτερα ποσοστά στην Ευρώπη εμφανίζονται στις μεσογειακές χώρες (14).

Γενικά, στοιχεία από το 2015 φανερώνουν, πως μόνο στην ΕΕ, περισσότεροι από 1 εκατομμύριο θάνατοι θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί, εάν υπήρχαν πιο αποτελεσματικά συστήματα υγείας με έγκαιρη παροχή φροντίδας (45).

Η ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την υγεία του πληθυσμού. Σε έρευνα 30 χωρών στην Ευρώπη το 2013, αποδείχτηκε πως ενώ υπήρχε νομοθετημένη ευρεία ιατρική κάλυψη του πληθυσμού, τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα συνέχιζαν να αναφέρουν ιατρικές ανάγκες που δε μπορούσαν να καλύψουν (46).

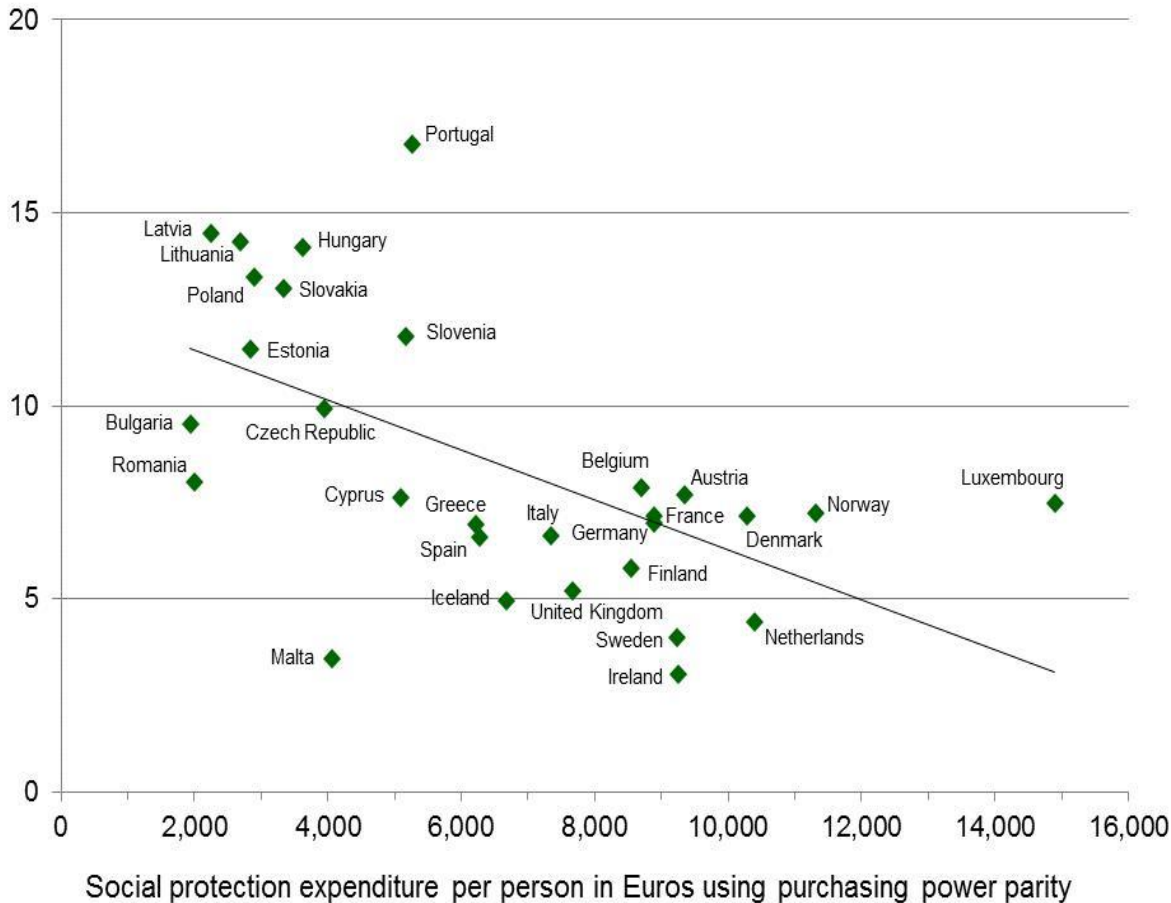
Οι κρατικές αποφάσεις που καθορίζουν τις δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια συνδέονται άμεσα με την ενίσχυση ή όχι των ανισοτήτων (44). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το EU-SILC 2010, εμφανίζεται ισχυρή σύνδεση μεταξύ των δαπανών κοινωνικής προστασίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Στοιχεία συνδέουν τις υψηλότερες κρατικές δαπάνες με μετριασμό της κοινωνικής ανισότητας στον τομέα των ψυχικών ασθενειών, με πρώτα θετικά παραδείγματα αυτό της Δανίας και της Ολλανδίας (47).

Οι δαπάνες για την υγεία επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση και περιορίστηκαν σε μεγάλο βαθμό σε πολλές χώρες της Ευρώπης, παρά τη σταθερή αύξηση που παρουσίαζαν συνεχώς τα προηγούμενα έτη (48). Οι μειώσεις ήταν δραστικότερες σε χώρες που επλήγησαν από αυστηρά μέτρα λιτότητας. Στην Ελλάδα για παράδειγμα, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού χειροτέρευσε πολύ κατά τα χρόνια της κρίσης με μεγάλη αύξηση του πληθυσμού που αναφέρει πως έχει κακή ή και πολύ κακή υγεία (48) και παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης και των λοιμώξεων HIV (49). Αυτό συνδέεται άμεσα με τον περιορισμό των κρατικών δαπανών για την υγεία που άγγιζε το 4% (50). Σε έρευνα σε σύνολο 26 ευρωπαϊκών κρατών φάνηκε πως οι περικοπές τα χρόνια της κρίσης προκάλεσαν αύξηση στο ποσοστό του πληθυσμού που αξιολογεί την υγεία του ως κακή, έως και 30%, με τις χώρες της Βαλτικής να εμφανίζουν αύξηση έως και 100% (42).

Γράφημα 2

Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 16 ετών και άνω που αναφέρει κακή ή πολύ κακή υγεία σε σχέση με τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας ανά άτομο σε ισοτιμία αγοραστικής δύναμης EUR, EU-SILK, 2010

Per cent of population aged 16+ in bad or very bad health



**Σημείωση : Η σταθερά αγοραστικής δύναμης (PPS) είναι μια τεχνητή νομισματική μονάδα.*

Θεωρητικά, ένα PPS μπορεί να αγοράσει το ίδιο ποσό αγαθών και υπηρεσιών σε κάθε χώρα. Ωστόσο, οι διαφορές τιμών σημαίνουν ότι χρειάζονται διαφορετικά ποσά εθνικών νομισματικών μονάδων για τα ίδια αγαθά και υπηρεσίες ανάλογα με τη χώρα (ορισμός της Eurostat).

Πηγή: European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, University College London Consulting (UCLC), EuroHealthNet, Health Action Partnership International (HAPI), North East Public Health Observatory (NEPHO), et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium - Consortium lead: Sir Michael Marmot. [Internet]. Brussels: European Commission; 2013 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2772/34426>

Η ύπαρξη ή όχι ασφάλισης επίσης, διαμορφώνει και ορίζει σε μεγάλο ποσοστό το επίπεδο υγείας ενός ατόμου, ίσως περισσότερο και από άλλους δημογραφικούς ή οικονομικούς παράγοντες. Οι ανασφάλιστοι ενήλικες έχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου πριν τα 65 έτη σε σχέση με τα άτομα που διαθέτουν πλήρη ασφάλιση (51). Η πρόσβαση του ανασφάλιστου πληθυσμού σε υπηρεσίες προσυμπτωματικού ελέγχου ή σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής υγείας φαίνεται να είναι πολύ περιορισμένη (51).

Παρά το γεγονός, πως μεγάλο μέρος των ευρωπαίων διαθέτουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η πρόσβαση παραμένει άνιση ανάμεσα σε πληθυσμιακές ομάδες (35) και συγκεκριμένα περιορίστηκε ακόμη περισσότερο τα χρόνια της κρίσης για όλα τα ευάλωτα στρώματα (46). Η πρόσβαση του πληθυσμού φαίνεται να επηρεάζεται όχι μόνο από τη γενικότερη οικονομική κατάσταση της χώρας ή το μέγεθος του ΑΕΠ αλλά από την ανισότητα που υπάρχει στη διανομή εισοδήματος (46).

5.1.2. Περιβαλλοντικές συνθήκες

Υπάρχει μία σαφής σύνδεση του περιβάλλοντος και του επιπέδου υγείας (29), καθώς οι ευρύτερες περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι μεγαλώνουν και αναπτύσσονται είναι καθοριστικές. Εκτιμάται πως ετησίως, σχεδόν μισό εκατομμύριο θάνατοι αποδίδονται σε επικίνδυνες περιβαλλοντικές συνθήκες και στην ατμοσφαιρική ρύπανση (52,53,54). Στο σύνολο, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2018 οι περιβαλλοντικές συνθήκες συνδέθηκαν με το 15% της θνησιμότητας σε όλη την Ευρώπη (53).

Ως περιβαλλοντική αδικία ορίζεται η άνιση έκθεση πληθυσμών και μειονοτήτων σε περιοχές με υψηλό περιβαλλοντικό κίνδυνο (4). Η περιβαλλοντική αδικία έχει ως άμεση συνέπεια δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία και μειωμένη πρόσβαση των πληθυσμών αυτών σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (4). Αναφορά του ΠΟΥ επιβεβαιώνει πως οι λιγότερο προνομιούχοι πληθυσμοί της Ευρώπης όπως οι άνεργοι και οι πληθυσμοί που ανήκουν σε κάποια μειονότητα, επιβαρύνονται από περιβαλλοντικούς κινδύνους έως και δύο φορές περισσότερο σε σχέση με του πιο πλούσιους γείτονές τους (4). Οι συνοικίες μεταναστών είναι σε μεγάλο βαθμό πολύ εκτεθειμένες (54). Έρευνα στη Γερμανία και στο Βέλγιο έδειξε πως παιδιά και έφηβοι χαμηλού οικονομικού στρώματος ή μεταναστευτικού προφίλ είχαν υψηλότερες συγκεντρώσεις βαρέων μετάλλων στο σώμα τους (κάδμιο, νικέλιο) σε σχέση με παιδιά που ανήκαν σε υψηλότερο οικονομικό στρώμα (53). Οι Ρομά φαίνεται να είναι η πληθυσμιακή ομάδα στην Ευρώπη που επιβαρύνεται περισσότερο από περιβαλλοντικούς παράγοντες (34).

Οι κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες στην υγεία είναι πιο έντονες στις αστικές περιοχές της Ευρώπης (37,52), που ζει το 75% του ευρωπαϊκού πληθυσμού. Όλα τα άτομα που ζουν σε αστικές

περιοχές είναι εκτεθειμένοι σε υψηλότερα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης, έλλειψη ελεύθερου χώρου και κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων νοσημάτων, όπως ο καρκίνος των πνευμόνων και οι καρδιαγγειακές νόσοι (5). Δεν πλήττονται όμως όλοι οι αστικοί πληθυσμοί το ίδιο (29,34). Οι συνοικίες ατόμων με χαμηλό εισόδημα ή οι συνοικίες φυλετικών μειονοτήτων είναι κατά βάση οι πιο επιβαρυνμένες (4,29,54) καθώς περιτριγυρίζονται από βαριές βιομηχανίες, έχουν υψηλά επίπεδα ρύπανσης και άλλων επικίνδυνων εισπνεόμενων σωματιδίων (34,35). Φαίνεται πως λόγω οικονομικής ανέχειας και αποκλεισμού αναγκάζονται να ζουν κοντά στις πιο επιβλαβείς για την υγεία περιοχές (52).

Οι μεγαλύτερες ανισότητες σε περιβαλλοντικές εκθέσεις παρατηρούνται στις πόλεις της βόρειας και ανατολικής Ευρώπης (34). Οι διαφορές ανάμεσα στις χώρες είναι έντονες, ειδικά αν εντοπίσουμε πως 33 από τις 50 πόλεις με τα υψηλότερα επίπεδα ρύπανσης βρίσκονται στην Πολωνία (35). Επίσης, η κατάσταση στα Βαλκάνια είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, με την πόλη των Σκοπίων να έχει τα υψηλότερα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης σε όλη την Ευρώπη και η Βουλγαρία τα υψηλότερα επίπεδα τοξικού αέρα (35).

5.1.3. Εισόδημα & οικονομική βαθμίδα

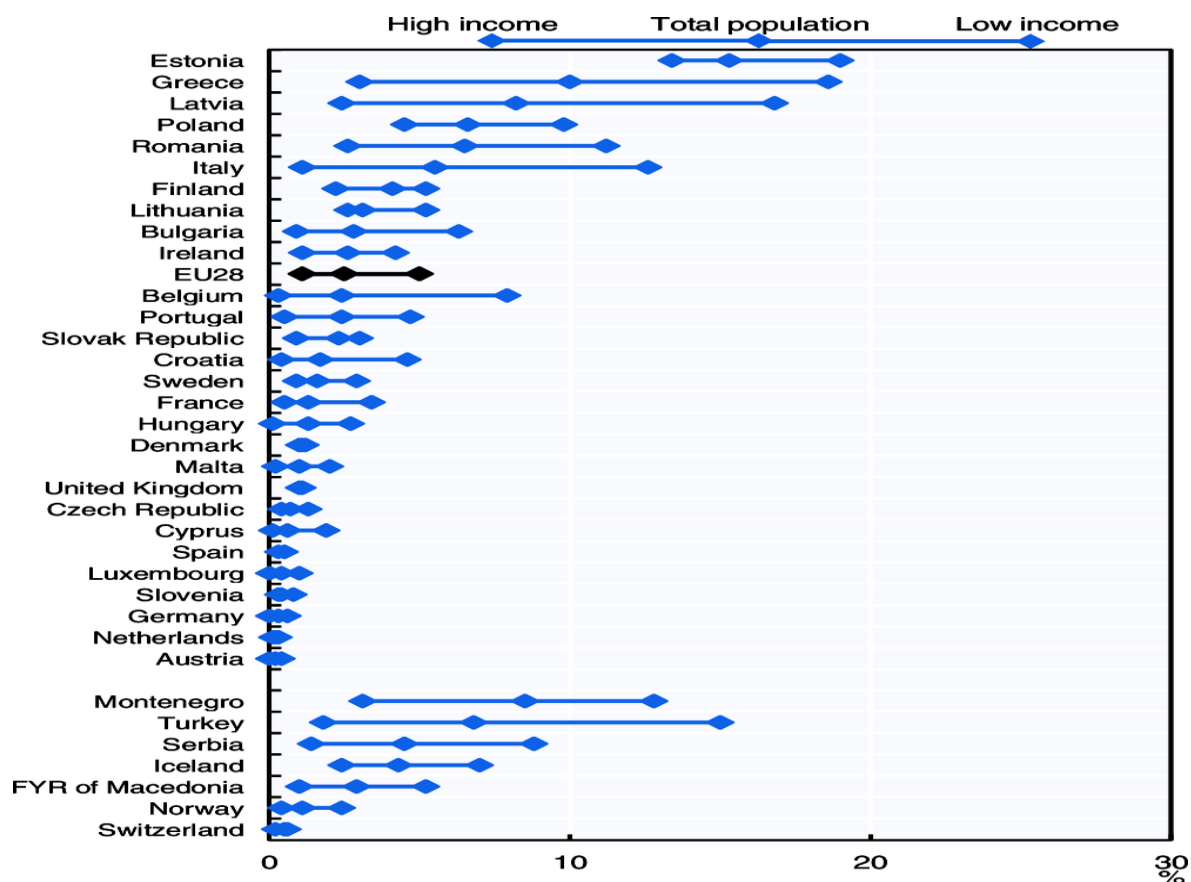
Η σύνδεση του χαμηλού εισοδήματος με αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία είναι εμφανής σε ένα μεγάλο ποσοστό ερευνών. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) ένας στους τέσσερις ενήλικες στην Ευρώπη βρίσκεται στα όρια της φτώχειας (23). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 24 ευρωπαϊκές χώρες και δημοσιοποιήθηκε το 2018, υψηλότερη εισοδηματική ανισότητα οδηγεί σε χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής, χειρότερα επίπεδα ψυχικής υγείας και υψηλότερα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας (23). Το χαμηλό εισόδημα επίσης είναι ο δεύτερος πιο ισχυρός προσδιοριστής του προσδόκιμου ζωής, μετά το κάπνισμα (55). Οι διαφορές παρατηρούνται σε βαθμίδες, δηλαδή όσο αυξάνει το εισοδηματικό επίπεδο, τόσο σταδιακά βελτιώνονται και τα αποτελέσματα στην υγεία (56).

Στην Ευρώπη, ο 2015, 17 στους 100 ανθρώπους ζούσαν σε σχετική φτώχεια (11). Το πιο φτωχό 20% των ευρωπαίων φαίνεται να αναφέρουν άσχημο επίπεδο υγείας έως και 2 φορές περισσότερο σε σχέση με το πλουσιότερο 20% (31). Διπλάσιος είναι αντίστοιχα και ο επιπολασμός μακροχρόνιων ασθενειών (57). Οι αποκλίσεις αυτές είναι πιο έντονες στις χώρες της Βαλτικής (45).

Οι άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες είναι πέντε φορές πιο πιθανό να αναφέρουν ακάλυπτες υγειονομικές ανάγκες σε σχέση με τα άτομα υψηλότερου εισοδήματος, κυρίως λόγω οικονομικών εμποδίων (45).

Γράφημα 3

Ανεκπλήρωτη ανάγκη για ιατρική εξέταση για οικονομικούς, γεωγραφικούς λόγους ή λόγους αναμονής, ανά βαθμίδα εισοδήματος, 2016



Πηγή : OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle [Internet]. OECD; 2018 [cited 2020 Feb 22]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en

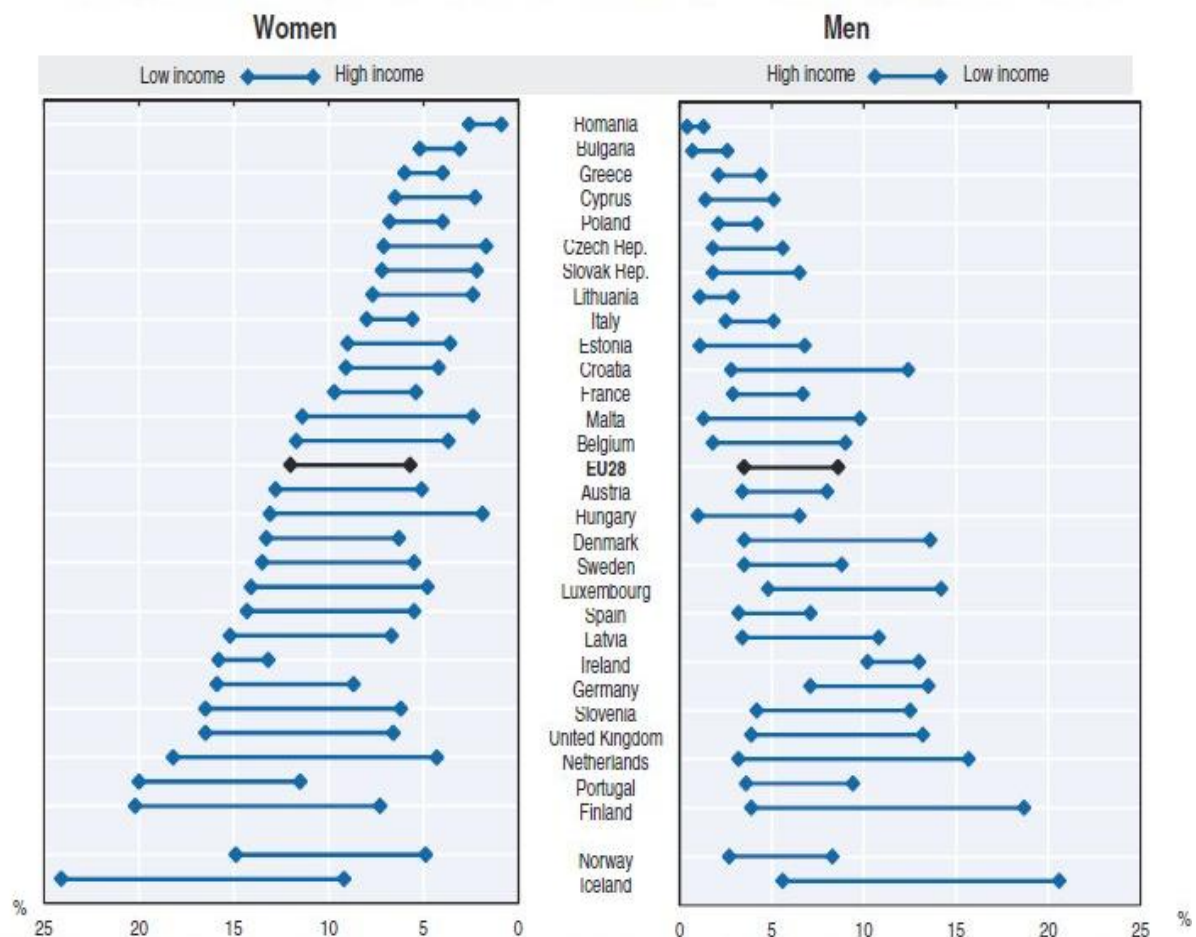
Στην Ελλάδα ένα στα πέντε άτομα το 2016 δήλωνε πως δε μπορεί να καλύψει κάποια ανάγκη σχετική με την υγεία όταν χρειάστηκε, λόγω οικονομικών περιορισμών (45). Οι πληθυσμιακές ομάδες στην Ευρώπη που ανέφεραν σε υψηλότερα ποσοστά ανάγκες που δεν μπορούσαν να καλυφθούν ήταν οι ομάδες με το χαμηλότερο εισόδημα (41). Το 2014 σύμφωνα με τη Eurostat περισσότερο από 25% του πληθυσμού που είχε ανάγκη υγειονομικής παρέμβασης στην Ευρώπη, δε μπόρεσε να ικανοποιήσει την ανάγκη του λόγω του αυξημένου κόστους (58).

Η εισοδηματική ανισότητα επηρεάζει και την ψυχική υγεία, καθώς από στοιχεία σχετικά με χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης το 2014, κατά μέσο όρο, τα άτομα χαμηλού εισοδήματος έχουν διπλάσια πιθανότητα να αναφέρουν χρόνια κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν στην υψηλότερη εισοδηματική ομάδα (45) ή ακόμα και 2,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σύμφωνα με άλλη έρευνα

(14). Τα άτομα που ζουν σε συνθήκες υλικών στερήσεων, παραδοσιακά είναι αυτοί που αντιμετωπίζουν συχνότερα ψυχικά νοσήματα (35). Αυτές οι ανισότητες στην ψυχική υγεία έχουν αυξηθεί την τελευταία δεκαετία στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (31).

Γράφημα 4

Διαφορά εμφάνισης κατάθλιψης στις Ευρωπαϊκές χώρες ανά εισοδηματική τάξη, Eurostat, 2014



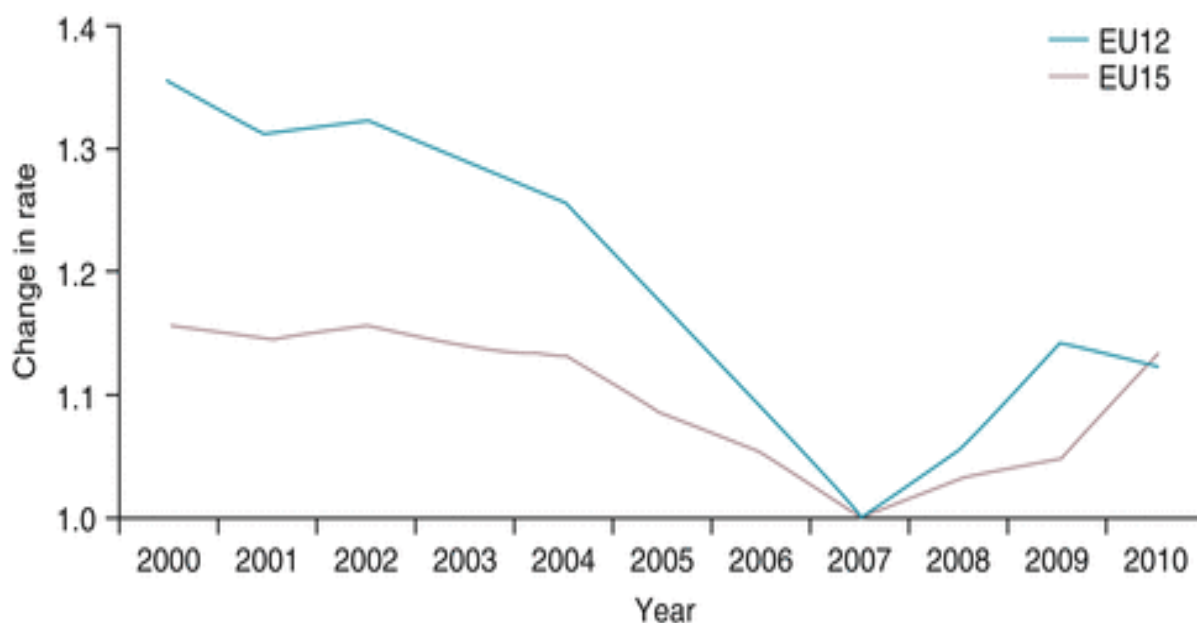
*Σημείωση : Η βαθμίδα υψηλού εισοδήματος αναφέρεται στον πληθυσμό με το υψηλότερο 20% του εισοδήματος, ενώ η βαθμίδα χαμηλού εισοδήματος στο κατώτερο 20%.

Πηγή : OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle [Internet]. OECD; 2018 [cited 2020 Feb 22]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οι ψυχικές ασθένειες όπως και οι αυτοκτονίες εμφάνισαν αύξηση σχεδόν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (47,59), αποτέλεσμα της λιτότητας που ωθούσε τα - ήδη επιβαρυνμένα - κατώτερα οικονομικά στρώματα σε μεγαλύτερη φτωχοποίηση.

Γράφημα 5

Ποσοστά αυτοκτονιών πριν και μετά το 2007 στις 12 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης μετά το 2004 (ΕΕ 12) και στις 15 χώρες πριν από το 2004 (ΕΕ15), ΠΟΥ -EUROSTAT,2010



**Σημείωση : Δεν συμπεριλαμβάνονται στοιχεία για την Ιταλία και τη Δανία για το 2010 - Τα δεδομένα προσαρμόστηκαν σε σχέση με τον πληθυσμό των χωρών*

Πηγή : Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Lancet. 2013 Apr 13;381(9874):1323–31.

Σχετικά με την αυτό-αξιολόγηση της υγείας, από το σύνολο των χωρών της Ευρώπης, οι ανατολικές, παρουσιάζουν τις πιο έντονες διαβαθμίσεις, γεγονός που οφείλεται σε έντονες εισοδηματικές ανισότητες (22). Αύξηση στην ανισότητα που σχετίζεται με το εισόδημα παρουσιάζουν όμως και χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, όπως η Αυστρία και η Φινλανδία (22).

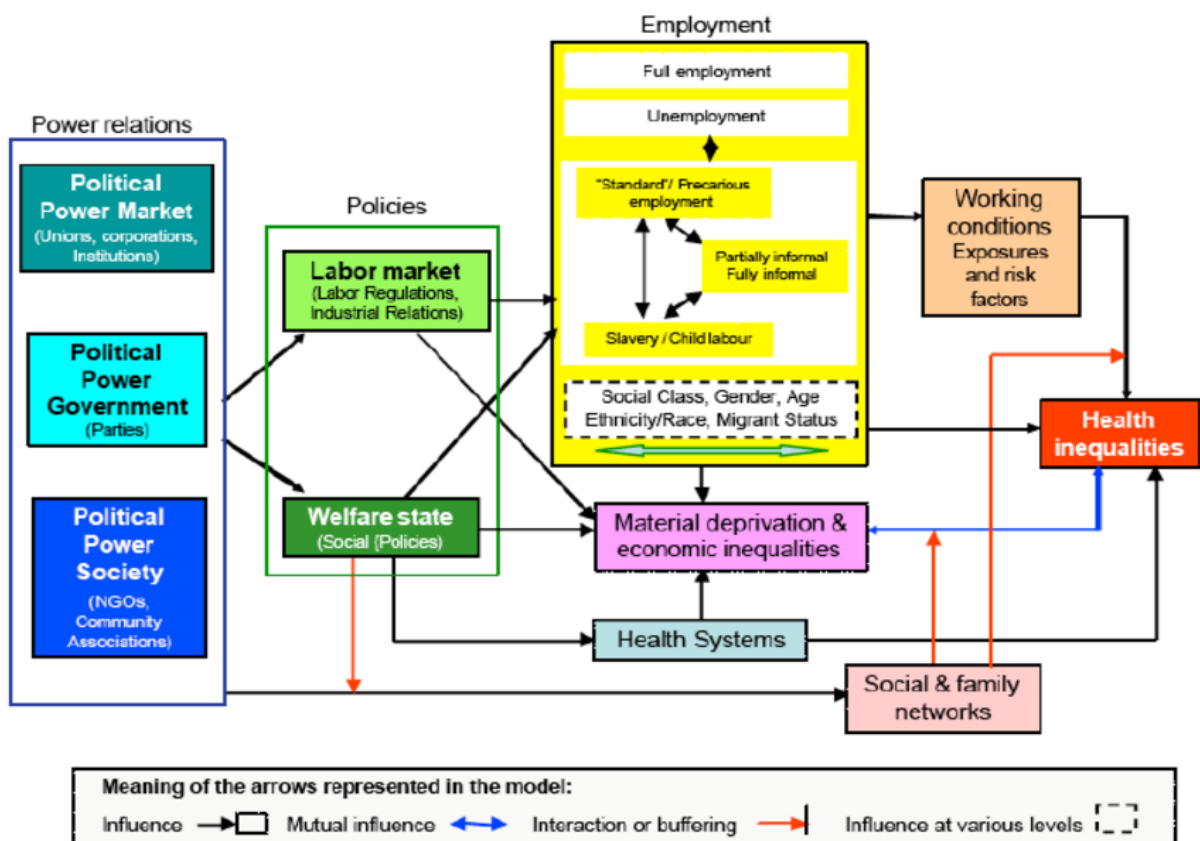
Τέλος, η οικονομική ανισότητα μπορεί αν έχει πολύ οδυνηρά αποτελέσματα, αν εμφανιστεί τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός παιδιού, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στην υγεία στην ενήλικη ζωή, στην εμφάνιση πολλών ασθενειών αλλά και σε αυξημένη θνητότητα (5). Αυτό προκύπτει καθώς τα πρώτα χρόνια ζωής ενός ατόμου είναι καθοριστικά για μία υγιή κοινωνική, συναισθηματική και σωματική ανάπτυξη (5,35,60). Στην Ευρωπαϊκή ένωση περίπου το 25% των παιδιών ζουν σε κίνδυνο οικονομικής ανέχειας (35).

5.1.4. Εργασία

Η σύνδεση μεταξύ κοινωνικών παραγόντων και εργασίας αν και πολύ φανερή είναι ταυτόχρονα αρκετά περίπλοκη.

Εικόνα 5

Μακρό-διαρθρωτικό πλαίσιο εργασιακών σχέσεων και ανισοτήτων στον τομέα της υγείας



Πηγή : Gilson L. Health Policy and Systems Research: a Methodology Reader [Internet]. Place of publication not identified: World Health Organization; 2012 [cited 2020 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241503136/en/>

Στην Ευρωπαϊκή ένωση το 2014, υπήρχαν περίπου 41 εκατομμύρια άνεργοι, οι μισοί εκ των οποίων ήταν μακροχρόνια άνεργοι (13). Οι άνεργοι αυξήθηκαν κατά τουλάχιστον 10 εκατομμύρια μετά το 2008 (56,61).

Οι πιο φτωχοί εργαζόμενοι ενήλικες ευρωπαίοι αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας κατά 17% σε σχέση με τους πιο εύρωστους οικονομικά (31). Σύμφωνα με στοιχεία του OECD για την

Ευρώπη το 2015, τα άτομα που εργάζονται αναφέρουν λιγότερο συχνά πως έχουν κατάθλιψη σε σχέση με τους ανέργους (45). Αύξηση επίσης παρατηρείται και στις αγχώδεις διαταραχές σε άτομα που βιώνουν την ανεργία (14). Ανάλυση 26 ευρωπαϊκών χωρών κατέληξε πως αύξηση της ανεργίας κατά 1% οδηγεί σε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% (14).

Η προσωρινή ή ευέλικτη εργασία έχει τα ίδια καταστροφικά αποτελέσματα για τα άτομα με την ανεργία (5) και μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία (56,14).

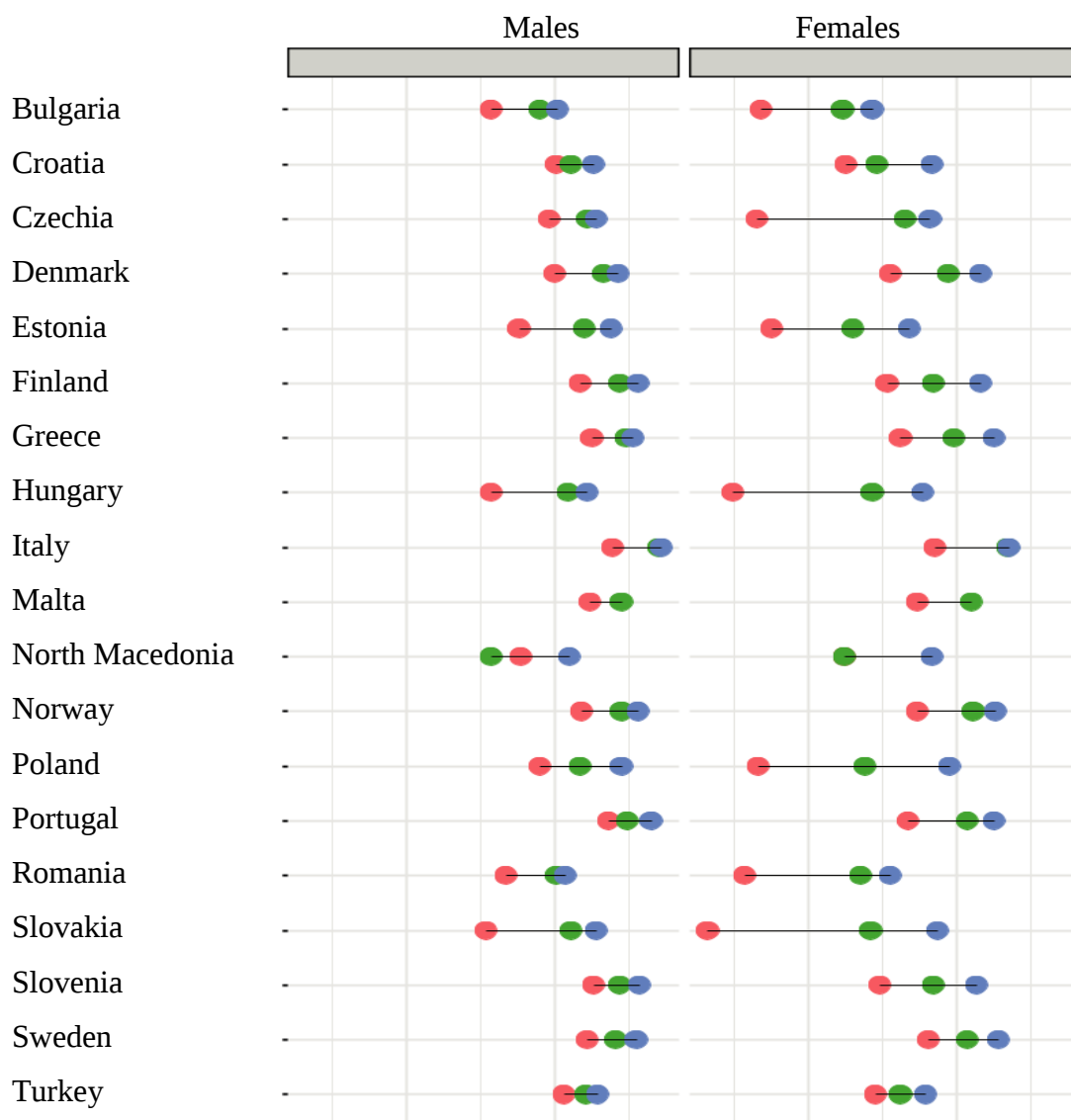
Οι εργασιακές συνθήκες επίσης, έχουν κοινωνικές διαφοροποιήσεις. Οι εργαζόμενοι χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ, είναι πολύ πιθανό να αναγκάζονται να ανταποκριθούν σε δύσκολα εργασιακά περιβάλλοντα, να εκτίθενται σε χημικά, με μη ασφαλείς υποδομές και ανύπαρκτη εργασιακή ασφάλεια (5). Οι επικίνδυνες εργασιακές συνθήκες οδηγούν σε άσχημα αποτελέσματα για την υγεία των εργατών και επιβάρυνση της ποιότητας ζωής τους.

5.1.5. Εκπαίδευση

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 16 ευρωπαϊκές χώρες από το 2010 έως και το 2016 φάνηκε η επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην υγεία και το προσδόκιμο ζωής ενός ανθρώπου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το προσδόκιμο ζωής των ατόμων που ανήκαν στη χαμηλότερη βαθμίδα εκπαίδευσης ήταν χαμηλότερο σε όλες τις χώρες. Τα αποτελέσματα έρευνας του Ινστιτούτου Ισότητας του Λονδίνου αποδεικνύουν εξίσου, πως σε όλη την Ευρώπη υπάρχει μία γραμμική σχέση ανάμεσα στην εκπαίδευση και στο προσδόκιμο ζωής (60). Αναλύοντας τον πληθυσμό στην ίδια χώρα, οι αποκλίσεις ποίκιλλαν ανάμεσα στα άτομα υψηλότερης και χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας, από 2 χρόνια διαφορά στην Ισπανία έως και 8 χρόνια στη Λιθουανία (55). Στη Βουλγαρία και την Τσεχία το προσδόκιμο ζωής αποφοίτων πανεπιστημίου είναι 43% υψηλότερο από άτομα με περιορισμένη εκπαίδευση (62). Γενικά στην Ευρώπη, ένα άτομο χαμηλής κοινωνικής θέσης και βαθμίδας εκπαίδευσης θα πεθάνει σχεδόν 10 χρόνια νωρίτερα από έναν απόφοιτο πανεπιστημίου (35,45).

Γράφημα 6

Προσδόκιμο ζωής, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα, EUROSTAT, 2016



**Σημείωση : Τα δεδομένα για τη Μάλτα είναι από το 2011 -Λείπουν δεδομένα για το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης στη Μάλτα - Οι εκπαιδευτικές κατηγορίες βασίζονται σε κατηγορίες ISCED, οι οποίες συγκεντρώνονται για να σχηματίσουν μια εκπαιδευτική μεταβλητή τριών κατηγοριών - Το εφαρμοστέο εύρος ηλικιών για κατώτερη δευτεροβάθμια, ανώτερη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να διαφέρει μεταξύ των χωρών.*

Πηγή : Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>

Οι ανισότητες που σχετίζονται με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο επιδρούν στη θνησιμότητα και τη θνητότητα και έχουν ανοδική πορεία τα τελευταία έτη στην Ευρώπη (63), γεγονός που εγείρει έντονες ανησυχίες (5). Οι πιο έντονες ανισότητες παρουσιάζονται στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης (3).

Οι εκπαιδευτικές ανισότητες είναι και ο βασικός προσδιοριστικός παράγοντας πολλών χρόνιων παθήσεων (64). Η ύπαρξή τους, οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού και διαβήτη (22), υπέρτασης, κατάθλιψης (65) και παχυσαρκίας (35). Συγκεκριμένα, ο διαβήτης είναι σχεδόν 2 φορές πιο συχνός σε γυναίκες χαμηλής εκπαιδευτικής βαθμίδας και οι καρδιαγγειακές διαταραχές έως και 1,5 φορά συχνότερες (31).

Ακόμη φαίνεται πως οι άνθρωποι της χαμηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας αντιμετωπίζουν μεγάλη πιθανότητα αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, ανέχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, οπότε και σαφή κίνδυνο δυσκολίας πρόσβασης στα συστήματα υγείας των χωρών τους (35).

5.1.6. Συνθήκες διαβίωσης

Η επισφαλής και ακατάλληλη στέγαση έχει ξεκάθαρο κοινωνικό πρόσημο και είναι πρόβλημα που ταλανίζει όλες τις χώρες της Ευρώπης (66). Η υγεία εξαρτάται σαφώς, από τη δυνατότητα θέρμανσης, το συνωστισμό στις οικίες, τις υλικές ελλείψεις αλλά και τη δυνατότητα πρόσβασης σε εγκαταστάσεις υγιεινής. Το 29% των ανισοτήτων κατά την αυτό-αξιολόγηση της υγείας αποδίδεται σε διαφορές στις συνθήκες διαβίωσης (53).

Στην Ευρώπη, το 2018, 62 εκατομμύρια άνθρωποι δεν είχαν πρόσβαση σε κατάλληλες εγκαταστάσεις υγιεινής (53), αριθμός που είναι άξιος προβληματισμού, αν συνυπολογίσουμε πως η Ευρώπη είναι από τις πιο πλούσιες περιοχές παγκοσμίως. Οι ευάλωτοι πληθυσμοί που διαβιούν σε αυτές τις συνθήκες, συνήθως και σε συνωστισμένα περιβάλλοντα, αναπτύσσουν πιο εύκολα αναπνευστικές και μολυσματικές ασθένειες (66). Οικονομικοί λόγοι βρίσκονται στην καρδιά αυτών των συνθηκών, που οδηγούν σε μεγάλες ανισότητες και πλήττουν κατά βάση περιθωριοποιημένους πληθυσμούς σε συνθήκες στέρησης (53) με τραγικά αποτελέσματα στην υγεία τους. Σε ευρωπαϊκή έρευνα του 2014-2015, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης θα μπορούσε να οδηγήσει σε μεγάλη μείωση χρόνιων ασθενειών και αναπνευστικών προβλημάτων (66). Η διαβίωση σε κοινωνικό-οικονομικά υποβαθμισμένες συνθήκες έχει αποδειχθεί πως επιδρά αρνητικά και στην ψυχική υγεία (67).

5.1.7. Ατομικές συνήθειες & διατροφή

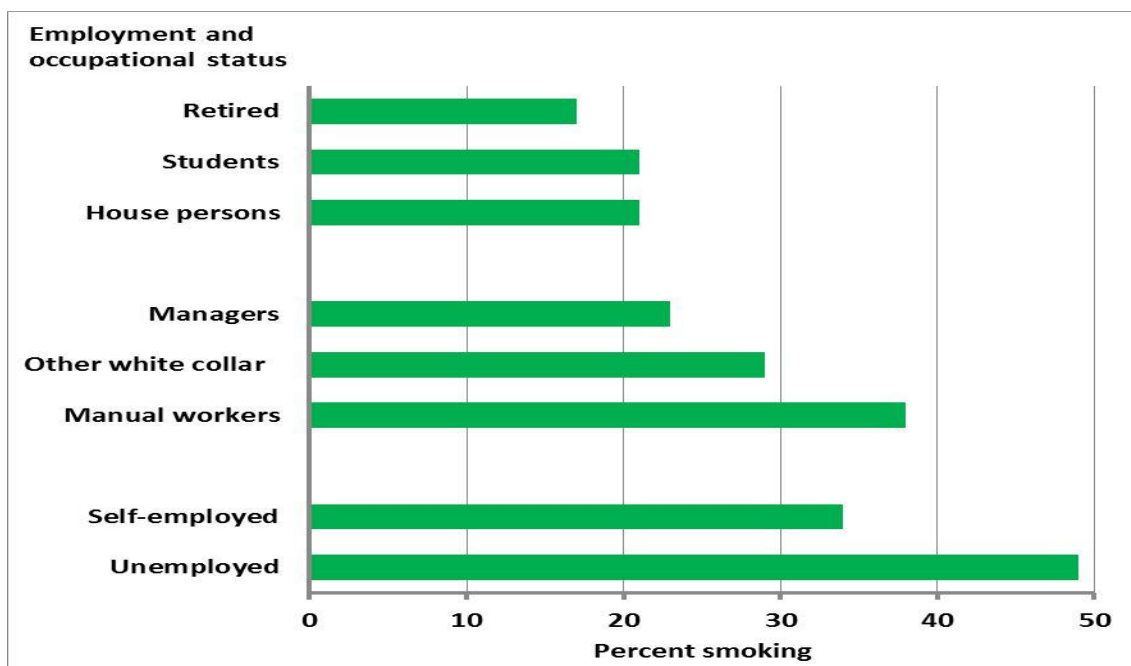
Οι ατομικές συνήθειες, όπως το κάπνισμα, η ανθυγιεινή διατροφή, η χρήση αλκοόλ και η έλλειψη σωματικής άσκησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία των ανθρώπων.

Μπορούμε όμως πραγματικά να τις ορίσουμε ως ατομικές επιλογές; Η βιβλιογραφία δείχνει πως είναι επιλογές που ωθούνται από την κοινωνία (56,65) και αφορούν δυσανάλογα πληθυσμούς με κοινωνικό μειονέκτημα (35). Θεωρούνται από ορισμένους κοινωνικά κατασκευασμένες (2,68).

Οι ανισότητες στη χρήση καπνού και του αλκοόλ στην Ευρώπη μπορούν να εξηγήσουν σε μεγάλο βαθμό και τις ανισότητες στη θνησιμότητα, όπως επίσης και γενικότερα τις ανισότητες στην υγεία (57). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το κάπνισμα είναι υπεύθυνο για 700.000 θανάτους ετησίως στην Ευρώπη και είναι πολύ πιο συχνή επιλογή σε ψυχικά ασθενείς, άστεγους, άτομα με χαμηλό εισόδημα και ανέργους.

Γράφημα 7

Ποσοστό καπνίσματος ανά απασχόληση και επαγγελματική κατάσταση, 2012



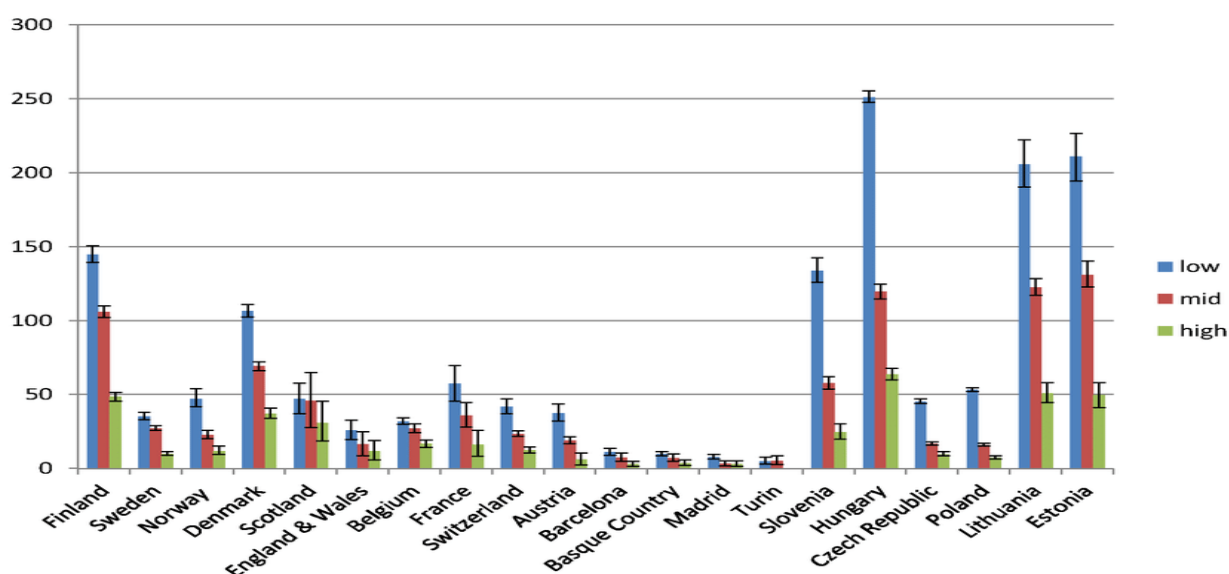
Πηγή : European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, University College London Consulting (UCLC), EuroHealthNet, Health Action Partnership International (HAPI), North East Public Health Observatory (NEPHO), et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium - Consortium lead: Sir Michael Marmot. [Internet]. Brussels: European Commission; 2013 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2772/34426>

Χαρακτηριστικά, η χώρα με την υψηλότερη χρήση καπνού είναι η Βουλγαρία που αποτελεί και τη φτωχότερη χώρα εντός Ευρωπαϊκής Ένωσης (35), με υψηλά ποσοστά ανεργίας. Η διαφορές που παρατηρούνται επίσης ανάλογα με το επάγγελμα ή το εργασιακό προφίλ είναι έντονες..

Σχετικά με το αλκοόλ, η Ευρώπη κατέχει τα πρωτεία παγκοσμίως στη χρήση του (11,35), με τους θανάτους που αποδίδονται στην υπερβολική χρήση αλκοόλ, το 2016, να φτάνουν το ένα εκατομμύριο (11). Οι ανισότητες στη θνησιμότητα τη σχετική με το αλκοόλ μεταξύ κοινωνικό-οικονομικών ομάδων φτάνουν το 11% (57). Οι μεγαλύτερες ανισότητες στη θνησιμότητα που είναι σχετική με το αλκοόλ σήμερα, παρατηρούνται στην ανατολική Ευρώπη, με αυξημένα όμως ποσοστά στη Φινλανδία και στη Δανία (69).

Γράφημα 8

Παρατηρούμενη θνησιμότητα από αιτίες που σχετίζονται με το αλκοόλ μεταξύ ανδρών ηλικίας 35–79 ετών, ανά ευρωπαϊκή χώρα και επίπεδο εκπαίδευσης, 2015



*Σημείωση : Ο άξονας y δείχνει τη θνησιμότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ, με 95% CIs, σε θανάτους ανά 100.000 άτομα ανά έτος

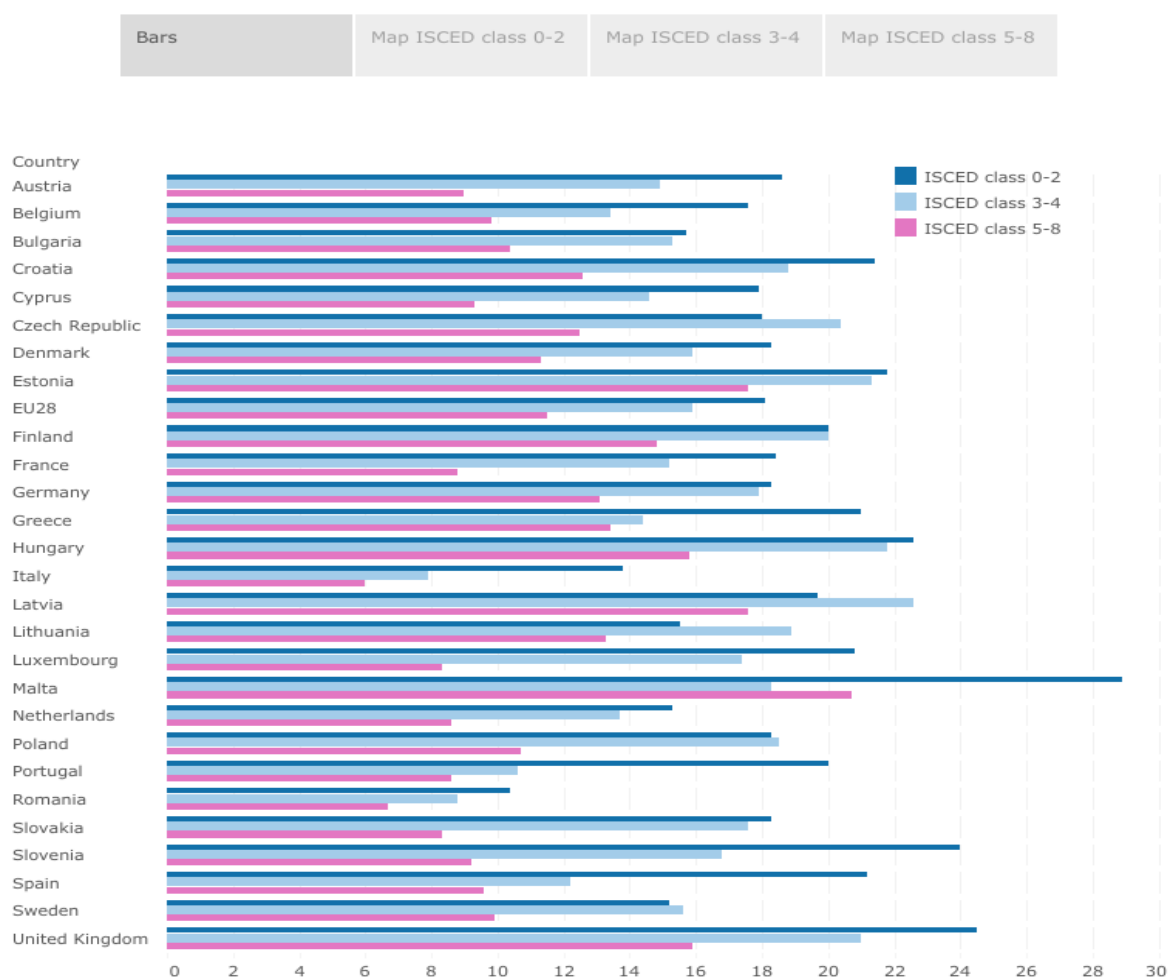
Πηγή : Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, et al. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. PLoS Med. 2015 Dec;12(12):e1001909.

Οι πληθυσμοί χαμηλής εκπαιδευτικής βαθμίδας είναι οι πιο εκτεθειμένοι στον κίνδυνο της χρήσης αλκοόλ και καπνίσματος (35,45,69) και σε ορισμένες χώρες οι διαφορές ανάμεσα στις εκπαιδευτικές βαθμίδες μπορεί να αγγίζουν και το 20% (11). Σε σύνολο 17 ευρωπαϊκών κρατών, η θνησιμότητα που αποδίδεται στη χρήση αλκοόλ είναι διπλάσια στα άτομα χαμηλών εκπαιδευτικών βαθμίδων σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης (11).

Σχετικά με τη διατροφή και σύμφωνα με τον ΠΟΥ, χώρες με υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής ανισότητας έχουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας (3,13).

Γράφημα 9

Ποσοστό ατόμων με Δείκτη Μάζας σώματος μεγαλύτερο από 30, ανά εκπαιδευτική βαθμίδα και ανά ευρωπαϊκή χώρα, Eurostat / Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014



Πηγή : Maragkoudakis P. Health Inequalities: dietary and physical activity-related determinants [Internet]. EU Science Hub - European Commission. 2017 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/societal-impacts/inequalities>

Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή επιτροπή η παχυσαρκία αποδίδεται κατά 40% σε κοινωνικούς παράγοντες, όπως η ανέχεια και η έλλειψη εκπαίδευσης (57).

Σύγχρονα δεδομένα αποδεικνύουν πως άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας (3,13). Στην Ευρώπη 20% των ενηλίκων από χαμηλή εκπαιδευτική βαθμίδα είναι παχύσαρκοι σε σχέση με το μόλις 12% των ατόμων με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (45).

Ακόμη, η παχυσαρκία είναι πολύ πιο συχνή σε ανθρώπους στην χαμηλή κοινωνικό-οικονομικό βαθμίδα (64), γεγονός που επηρεάζει πολύ γυναίκες και παιδιά (13), πιθανώς λόγω οικονομικής δυσκολίας να ακολουθήσουν υγιεινή διατροφή (35), που κατά βάση είναι ακριβότερη.

Ταυτόχρονα όμως, στην Ευρώπη το 8% του πληθυσμού αντιμετωπίζει κίνδυνο έλλειψης επαρκούς φαγητού στο καθημερινό του τραπέζι (35). Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ για την Ευρώπη από το 2016, η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε παιδιά συνδέεται με γονείς με χαμηλό εισόδημα ή άνεργους (13).

Παρόμοια αποτελέσματα ισχύουν για τη φυσική άσκηση, που είναι σαφώς χαμηλότερη σε άτομα της χαμηλής εκπαιδευτικής βαθμίδας (13). Πρόσφατη ευρωπαϊκή έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα πως η θνητότητα που σχετίζεται με έλλειψη σωματικής άσκησης αποδίδεται κατά 9% σε κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες ανάμεσα στους άντρες, και 19% για τις γυναίκες (63). Τα παιδιά που ανήκουν σε φυλετικές μειονότητες φαίνεται πως αφιερώνουν πολύ λιγότερο χρόνο για σωματική άσκηση σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, σύμφωνα με δεδομένα της Διεθνούς Ένωσης για τη Συμπεριφορά Παιδιών Σχολικής Ηλικίας σε σχέση με τη υγεία (67).

5.2. Διακρίσεις και ανισότητες στην υγεία

Η ισότιμη πρόσβαση χωρίς διακρίσεις σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας είναι από τις θεμελιώδεις αρχές του ΠΟΥ από την ίδρυσή του (70). Ο ευρωπαϊκός νόμος όμως αμφισβητείται από πολλούς, για το κατά πόσο καταφέρνει να προστατέψει κοινωνικά ευάλωτα άτομα όπως οι γυναίκες, τα άτομα με αναπηρίες, τα άτομα που ανήκουν στη ΛΟΑΤΚΙ κοινότητα, τους μετανάστες ή άλλες μειονότητες (34).

Η υγεία τους επηρεάζεται πολύ έντονα λόγω των κοινωνικών προσδιοριστών (35) και των διακρίσεων που υφίστανται (34). Οι ανισότητες αυτές είναι έντονες και επίμονες και ο ρατσισμός είναι ένα από τα βασικά αίτια τους (71). Ο ρατσισμός μπορεί να είναι είτε συστημικός, αρχόμενος από τους ίδιους τους θεσμούς του κράτους, είτε διαπροσωπικός στο επίπεδο της κοινότητας. Ακόμη και αν ο διαπροσωπικός ρατσισμός μπορούσε να εξαλειφθεί, τα δομικά συστατικά του κράτους θα

καθόριζαν και πάλι τη δυνατότητα των ατόμων να έχουν ή όχι ισότιμη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες (71).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός των μειονοτήτων ακολουθούμενος από μειωμένη πρόσβαση στην εκπαίδευση και χαμηλό εισόδημα (72) οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, διαβίωση σε ανθυγιεινές συνθήκες και τέλος σε πολύ μειωμένο επίπεδο υγείας (73) και αυξημένη θνητότητα. Το στίγμα και οι διακρίσεις, διαμορφώνουν έντονα τις ανισότητες στην υγεία είτε με άμεσο τρόπο, δηλαδή αποκλεισμό από υπηρεσίες υγείας (74), είτε με έμμεσο τρόπο επηρεάζοντας αρνητικά το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ, τη δυνατότητα εκπαίδευσης ή και διαμόρφωσης ατομικών συμπεριφορών των ατόμων (74). Το στίγμα ακόμη έχει βρεθεί πως είναι καθοριστικός παράγοντας των ποσοστών θνητότητας και θνησιμότητας ενός πληθυσμού (93). Έχει αποδειχτεί επίσης, πως τα άτομα που έχουν υποστεί διακρίσεις στο παρελθόν δεν αναζητούν στην πορεία της ζωής τους τόσο εύκολα υπηρεσίες υγείας, ειδικά όταν οι διακρίσεις που είχαν βιώσει ήταν σε υγειονομικούς χώρους (76).

Οι χώρες που σήμερα στην Ευρώπη κατέχουν αυξημένα ποσοστά ανισοτήτων στην υγεία που οφείλονται σε διακρίσεις απέναντι σε συγκεκριμένη θρησκευτική, εθνοτική ή όποια άλλη μειονότητα, είναι οι χώρες της Μεσογείου – εκτός από την Ισπανία- και οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης (73). Λίγο πιο αισιόδοξα είναι τα ποσοστά των χωρών της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης, που έχουν αναπτύξει ένα πιο σύγχρονο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας (73).

Ακολουθούν ερευνητικά δεδομένα που αναλύουν την πραγματικότητα της Ευρώπης των τελευταίων ετών.

5.2.1. Φύλο, ταυτότητα φύλου και σεξουαλικός προσανατολισμός

Παρά το γεγονός πως έχουν αναλυθεί πολύ στο παρελθόν διαφοροποιήσεις στην υγεία ανάμεσα στο φύλο που οφείλονται σε βιολογικούς/ορμονολογικούς παράγοντες, δεν είναι επαρκής για την εξήγηση των αποκλίσεων. Η επεξεργασία αποκλειστικά και μόνο παθοφυσιολογικών παραγόντων, θα είναι πάντα ελλιπής, αν δε ληφθούν υπ' όψιν και οι κοινωνικό-οικονομικοί φραγμοί που διαχωρίζουν τα φύλα. Οι γυναίκες είναι πολύ εκτεθειμένες στην κοινωνική αδικία και στις διακρίσεις, με δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία τους. Χαρακτηριστικά, το 2013, ακόμα και σε χώρες με πολύ υψηλό προσδόκιμο ζωής, οι γυναίκες φάνηκε να περνούν περίπου 12 χρόνια της ζωής τους σε πολύ άσχημη υγεία (77).

Παρά τα βήματα που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια στη διεκδίκηση ισότιμων απολαβών ανάμεσα στα φύλα, οι γυναίκες στην Ευρώπη εξακολουθούν να πληρώνονται λιγότερο από τους

άντρες για ίδιες ώρες εργασίας, δυσκολεύονται να ανελιχθούν κοινωνικά και αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας (35).

Η οικονομική κρίση δυσκόλεψε περισσότερο τη δυνατότητα εύρεσης εργασίας για τις γυναίκες αλλά και επιβάρυνε τις υπάρχουσες εργασιακές συνθήκες (78). Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο για την Ισότητα των Φύλων, το χάσμα ανάμεσα στα δύο φύλα σχετικά με την εκπαίδευση, αγγίζει το 17%, αφήνοντας τις γυναίκες πάντα σε δεινή θέση (78). Αυτή η κοινωνική ανισότητα είναι πλήγμα για την ευρωπαϊκή ήπειρο και προκαλεί επιβάρυνση της υγείας των γυναικών.

Οι συνθήκες γίνονται ακόμη δυσκολότερες όταν μία γυναίκα ανήκει σε κάποια εθνοτική μειονότητα, είναι προσφυγικού προφίλ ή ομοφυλόφιλη. Τότε, οι προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει είναι πολλαπλές και σύνθετες και τα αποτελέσματα στην υγεία της ακόμα πιο δυσμενή. Εξίσου δεινή είναι η θέση των γυναικών με αναπηρία, που υστερούν στους προγνωστικούς ελέγχους σε όλη την Ευρώπη και χαμηλότερη πρόσβαση σε μαστογραφίες (78).

Οι ανισότητες στην υγεία που είναι σχετικές με το φύλο, είναι προφανές, πως είναι κοινωνικά παραγόμενες (79). Σε έρευνα του 2010 σε 26 ευρωπαϊκές χώρες, φάνηκε η σύνδεση των αποτελεσμάτων στην υγεία με την κοινωνική εξέλιξη κάθε χώρας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως σε χώρες με παραδοσιακούς οικογενειακούς θεσμούς, οι γυναίκες ανέφεραν πάντα χειρότερα επίπεδα υγείας σε σχέση με τους άντρες (79). Η ανισότητα των φύλων βλάπτει τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία εκατομμυρίων γυναικών στην Ευρώπη (5,14). Τα τελευταία έτη συγκεκριμένα, παρατηρείται επιβάρυνση της ψυχικής υγείας όλων των γυναικών (78).

Ο τομέας του σεξουαλικού προσανατολισμού και της ταυτότητας φύλου οφείλει επίσης να συμπεριλαμβάνεται στη μελέτη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (34). Παρότι τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ΛΟΑΤΚΙ ατόμων ποικίλουν πολύ σε όλη την Ευρώπη, η πλειονότητα βάλλεται μονίμως από διακρίσεις και ρατσισμό και στον τομέα της υγείας αλλά και στους υπόλοιπους κοινωνό-οικονομικούς τομείς της κοινωνίας (80), γεγονότα που προφανώς επηρεάζουν το εισόδημα αλλά και το οικονομικό τους προφίλ (74). Ο ΠΟΥ σε αναφορά του το 2011, αναγνώρισε πως υπάρχουν αδιάσειστα δεδομένα ως προς την άγνοια σε ζητήματα ταυτότητας φύλου ακόμη και μέσα στα συστήματα υγείας και έντονο στίγμα έναντι της ομοφυλοφιλίας (70).

Οι διακρίσεις που βασίζονται στο φύλο ή το σεξουαλικό προσανατολισμό συνδέονται άμεσα με οδυνηρά αποτελέσματα στην υγεία της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας (73).

Ορισμένες έρευνες έχουν δείξει πως τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα έχουν αυξημένα ποσοστά επιβλαβών για την υγεία συμπεριφορών, όπως το κάπνισμα, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και ερωτικές επαφές χωρίς προφύλαξη (70,80). Υπάρχουν επίσης και ενδείξεις για μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης

ορισμένων τύπων καρκίνου όπως ο καρκίνος του μαστού (70), λόγω δυσκολίας πρόσβασης σε προσυμπτωματικούς ελέγχους (80,70). Τα διεμφυλικά άτομα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μην έχουν ασφάλεια υγείας (70) και μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν (81).

Το στίγμα φαίνεται να οξύνει τις ανισότητες και στην ψυχική υγεία αυτού του πληθυσμού. Σε έρευνα από τη Δανία, οι ομοφυλόφιλες γυναίκες είχαν 44,2% πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τις ετεροφυλόφιλες γυναίκες, που είχαν πιθανότητα εμφάνισης 20% (81). Τα νεαρά ΛΟΑΤΚΙ άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές (80).

5.2.2. Ρομά

Οι Ρομά αποτελούν την πιο μεγάλη μειονότητα στην Ευρώπη με τον πληθυσμό τους να εκτιμάται στα δέκα έως δώδεκα εκατομμύρια (82), περίπου δηλαδή το 1,5% του ευρωπαϊκού πληθυσμού (83). Οι Ρομά είναι από τις πιο ευάλωτες κοινωνικά ομάδες στην Ευρώπη (35) και τα αρνητικά δεδομένα σχετικά με την υγεία τους φαίνονται έντονα σε πολλές έρευνες. Οι διακρίσεις και ο ρατσισμός που υφίστανται, οδηγούν σε μεγάλο βαθμό σε αποκλεισμό από τα συστήματα υγείας και αυτό με τη σειρά του, στο να μην απολαμβάνουν το επίπεδο υγείας που τους αξίζει (84).

Το προσδόκιμο ζωής τους είναι έως και δέκα χρόνια λιγότερο σε σχέση με κάποιον μη-Ρομά (35) ή ακόμα και δεκαπέντε σύμφωνα με άλλες έρευνες (83), αποδεικνύοντας τα άσχημα αποτελέσματα στην υγεία ατόμων και ομάδων, κοινωνικά αποκλεισμένων και μη προνομιούχων. Οι Ρομά στην Ευρώπη αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και έχουν επίσης υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (82). Αποτελέσματα έρευνας του 2011 σε 12 ευρωπαϊκές χώρες, δείχνει πως οι Ρομά είναι τρεις φορές πιο πιθανό να μην μπορούν να καλύψουν κάποια ανάγκη σχετική με την υγεία τους και ο πρωτεύων λόγος είναι η αδυναμία κάλυψης του οικονομικού κόστους (84). Έχουν επίσης υψηλότερο επιπολασμό χρόνιων παθήσεων σε σχέση με τους μη-Ρομά (83). Υπάρχουν αρκετά στοιχεία, πως έχουν επίσης υψηλότερα ποσοστά έκθεσης στο κάπνισμα (82).

Έρευνα της Ευρωπαϊκής Αντιπροσωπείας Θεμελιωδών Δικαιωμάτων σε εννέα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, φανέρωσε πως το 90% των παιδιών Ρομά ζουν σε βαθιά ανέχεια και δε διαθέτουν τα απαραίτητα και κατάλληλα τρόφιμα για την κάλυψη των αναγκών τους (35). Στη Σερβία χαρακτηριστικά, τα παιδιά Ρομά έχουν 6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι ελλιποβαρή σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (83).

Γενικά, η εμβολιαστική τους κάλυψη είναι χαμηλή σε σχέση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο και έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας (83).

5.2.3. Μετανάστες

Η μετανάστευση είναι αποτέλεσμα πολλών κοινωνικών προσδιοριστών όπως η ανέχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι ελλείψεις ευκαιρίες εκπαίδευσης. Ταυτόχρονα όμως, η ίδια η μετανάστευση ορίζεται πια ως κοινωνικός προσδιοριστής της υγείας (85).

Οι μετανάστες σε όλη την Ευρώπη αποτελούν περίπου το 10% του πληθυσμού και αγγίζουν τα 90 εκατομμύρια σε απόλυτα νούμερα (86). Είναι πιο πιθανό να έχουν επισφαλή στέγαση, δυσκολία στη εύρεση εργασίας, ενασχόληση με βαριές χειρονακτικές εργασίες και ιδιαίτερα χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό προφίλ. Σε πρόσφατη ευρωπαϊκή έρευνα, φάνηκε πως οι μετανάστες υποφέρουν από τις ανισότητες στην υγεία και έχουν συνολικά αρκετά χαμηλό επίπεδο υγείας, παρά το γεγονός πως όταν εγκαταστάθηκαν στη χώρα προορισμού ήταν πιο υγιείς από το γενικό πληθυσμό (φαινόμενο υγιούς μετανάστη) (87). Λόγω των συνθηκών διαβίωσης που προαναφέρθηκαν και των διακρίσεων που υφίστανται, η υγεία τους χειροτερεύει πολύ άμεσα.

Τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν κατά την πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλά όπως γλωσσικά, πολιτισμικά, οικονομικά και γεωγραφικά (86,88). Η πρόσβαση των μεταναστευτικών πληθυσμών σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προσυμπτωματικούς ελέγχους είναι πιθανότατα πολύ μειωμένη. Αυτό αποδεικνύεται έμμεσα, καθώς πολύ συχνότερα εναπόκεινται σε υπηρεσίες επειγόντων περιστατικών, για νόσους και καταστάσεις που θα μπορούσαν να έχουν προληφθεί με την κατάλληλη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και τους ανάλογους προληπτικούς ελέγχους (88). Στην Ιταλία για παράδειγμα η διενέργεια τεστ Παπ ήταν 35% λιγότερο συχνή στις μετανάστριες σε σύγκριση με τις γυναίκες ιταλικής καταγωγής (88). Αρκετές χώρες στην Ευρώπη δεν παρέχουν ούτε βασική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα (86), αποκλείοντας τους εντελώς από την ελπίδα καλύτερου επιπέδου υγείας.

Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα χαμηλά ποσοστά πρόσβασης σε υπηρεσίες προγεννητικής και παιδιατρικής φροντίδας (88), με όλα τα επακόλουθα που μπορεί να φέρει αυτό στη μετέπειτα πορεία της υγείας τους. Σε όλη της Ευρώπη η μητρική θνησιμότητα είναι πολύ πιο αυξημένη στις γυναίκες μετανάστριες σε σχέση με τον υπόλοιπο γυναικείο πληθυσμό (86).

Εξίσου με τη σωματική, επιβαρύνεται και η ψυχική τους υγεία με εμφάνιση αυξημένων ποσοστών κατάθλιψης (86).

Σε όλες τις περιπτώσεις οι ανισότητες με τους ημεδαπούς είναι πολύ πιο ακραίες όταν η χώρα δεν ακολουθεί ενταξιακές και συμπεριληπτικές πολιτικές (86,89). Οι μετανάστες απολαμβάνουν καλύτερα επίπεδα υγείας όταν ακολουθείται κεντρικά ένα πολυπολιτισμικό μοντέλο, με αρχή την ισότιμη πρόσβαση (89). Σε έρευνα του 2012 από τη EURO-SILC, σε ευρωπαϊκές χώρες χωρίς

κατάλληλες ενταξιακές πολιτικές, η πιθανότητα κάποιος μετανάστης από χώρα εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης να έχει χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, αγγίζει το 21%, ενώ σε αντίθετη περίπτωση η απόκλιση είναι μόλις 3,8% (87).

6.Οικονομικές επιπτώσεις ανισοτήτων στην υγεία

Όπως αναλύθηκε ήδη, οι κοινωνικοί προσδιοριστές και όλες οι ανισότητες που προκαλούν στην υγεία, μειώνουν δραματικά το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, αυξάνοντας τη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση μόνο, οι θάνατοι που σχετίζονται με ανισότητες στην υγεία ξεπερνούν τους 700.000 ανά έτος (90).

Το κόστος όμως δεν είναι μόνο σε ανθρώπινες ζωές, αλλά και οικονομικό. Τα αποτελέσματα των ανισοτήτων στην υγεία, αντιστοιχούν στο 20% του συνολικού κόστους των υπηρεσιών υγείας και στο 15% των εξόδων για τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης (11,90). Αυτό με τη σειρά του αντιστοιχεί σε 980 δις ανά έτος ή το 9,4% του ευρωπαϊκού ΑΕΠ, που θα μπορούσαν να εξοικονομηθούν, εάν εξαλείφονταν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας (90). Μία μείωση καπνίσματος, για παράδειγμα, στα χαμηλά οικονομικά στρώματα κατά 33%, θα μπορούσε να οδηγήσει και σε μείωση του οικονομικού κόστους στον τομέα της υγείας, έως και 7%, μέσω της μείωσης της νοσηρότητας και της θνητότητας (90). Ως ένα ακόμη παράδειγμα, μπορούμε να δούμε την περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου, που η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ασθένειες που προκαλούνται λόγω άσχημων συνθηκών διαβίωσης, της κόστισε το 2011 600 εκατομμύρια λίρες (91).

Η μείωση των βλαβών που επιφέρει το αλκοόλ στην υγεία, θα μπορούσε να επιφέρει αύξηση στο ΑΕΠ της Ευρώπης έως και 3%. Οι ασθένειες που σχετίζονται με τη παχυσαρκία κοστίζουν στην Ευρώπη το 5% των συνολικών κρατικών παροχών για την υγεία (77). Πολλά εκατομμύρια επίσης ξοδεύονται πανευρωπαϊκά για την ψυχική υγεία ή χάνονται λόγω της ανεργίας ή απουσίας από την εργασία, που είναι άμεσα επακόλουθα μιας ψυχικής νόσου (77).

Ακόμη και αν ξεπεράσουμε τους ηθικούς και ανθρωπιστικούς λόγους αντιμετώπισης των ανισοτήτων στην υγεία, παρατηρούμε πως από το πρίσμα της ευημερίας, η αντιμετώπισή τους θα μπορούσε να επιφέρει τεράστια κέρδη στις σύγχρονες κοινωνίες. Συνολικά έχει παρατηρηθεί πως μία αύξηση στο προσδόκιμο ζωής 10%, επιφέρει 0,4% αύξηση στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας ανά έτος (77).

Γ' ΜΕΡΟΣ

7. Συμπεράσματα , προτάσεις & παρεμβάσεις κατά των ανισοτήτων

Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης δεν είναι πολύ ενθαρρυντικά. Οι ανισότητες στην υγεία διευρύνονται σε όλη την Ευρώπη και δημιουργούνται χάσματα ανάμεσα στις χώρες και ανάμεσα στους πληθυσμούς. Μέχρι σήμερα, ένας μεγάλος αριθμός χωρών έχει συνυπογράψει πρωτοβουλίες και διακηρύξεις σχετικές με την υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την ανάγκη αντιμετώπισης των ανισοτήτων στην υγεία (12). Όμως, τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα. Ενώ έχει δοθεί πολύ δημοσιότητα στο ζήτημα των κοινωνικών προσδιοριστών τα τελευταία έτη, οι κυβερνήσεις δε φαίνονται πρόθυμες να δράσουν καταλυτικά στον περιορισμό των ανισοτήτων στην υγεία (92). Αυτό θα προϋπέθετε πολιτική βούληση συντονισμού όλων των τομέων για την επίτευξη στόχων, όπως η μείωση της φτώχειας, της ανεργίας, των διακρίσεων, η εξασφάλιση πρόσβασης στην εκπαίδευση για όλους, η προστασία των παιδιών, η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η προστασία του περιβάλλοντος. Η Ευρώπη θέτει στόχους αλλά δεν παίρνει δραστικά μέτρα ώστε να επιτευχθούν, παρά το σύνολο των διακηρύξεων που προσυπογράφει. Η ποιότητα και η ποσότητα των πόρων δεν κατανέμονται δίκαια, με αποτέλεσμα τη δημιουργία χάσματος στην υγεία των ανθρώπων. Υπάρχουν και αρκετές κριτικές μάλιστα, καθώς φαίνεται πως η θεωρητική προσπάθεια αντιμετώπισης των κοινωνικών προσδιοριστών από αρκετά κράτη, έρχεται σε αντίφαση με τις αυξανόμενες ιδιωτικοποιήσεις στον τομέα της υγείας, του αποκλεισμού από τα συστήματα υγείας πληθυσμιακών ομάδων μέσω νομοθετικών αλλαγών και της συστηματικής επέκτασης των διακρίσεων. Όπως ανέφερε και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2019, η επίτευξη παγκόσμιας υγειονομικής κάλυψης είναι καθαρά πολιτική επιλογή (93).

Πέραν των φορέων χάραξης πολιτικών που έχουν καθυστερήσει την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, από την ανασκόπηση αυτή, φάνηκε πως και η επιστημονική κοινότητα χρειάζεται να μελετήσει πιο βαθιά τα επόμενα χρόνια. Ακόμη, εάν και όπως προαναφέρθηκε, οι μελέτες που συνυπολογίζουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές αυξάνονται, αυτό δε σημαίνει πως η επιστημονική κοινότητα έχει καταφέρει να απομακρυνθεί εντελώς από το αυστηρά βιομετρικό μοντέλο. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας σε όλη την Ευρώπη δεν έχουν επαρκή γνώση των κοινωνικών προσδιοριστών και των συνεπειών τους, συνθήκη που πρέπει να αλλάξει άμεσα.

Ακόμη ένα εμπόδιο, είναι ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των παραγόντων που ορίζονται ως κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας. Από την ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, φάνηκε πως μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει σαφής ταξινόμηση ή ακριβή κριτήρια των κοινωνικών προσδιοριστών,

γεγονός που μπορεί να δυσκολέψει τον στοχευμένο προγραμματισμό δράσεων αντιμετώπισης αλλά και των μεθόδων υπολογισμού.

Ακόμη ένα συμπέρασμα που βγήκε από την αναζήτηση πηγών είναι πως οι ευρωπαϊκές έρευνες υστερούν ακόμα πολύ, σε σχέση με τις διεθνείς, στη μελέτη ορισμένων κοινωνικών ομάδων. Οι έρευνες που βρέθηκαν σχετικά με τα ΛΟΑΤΚΙ άτομα και την υγεία, είναι πολύ περιορισμένες, σε σχέση με τις μελέτες για άλλες κοινωνικές ομάδες, όπως οι μετανάστες. Μέσω αυτής της διπλωματικής εργασίας αυτής, καλό είναι να τονιστεί η ανάγκη βαθύτερης ερμηνευτικής σύνθεσης όλων των παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την υγεία.

Ο ΠΟΥ τα τελευταία χρόνια, έχει εντείνει τις προσπάθειες ελέγχου των ανισοτήτων. Βασικό του έργο ήταν η δημιουργία Επιτροπής Κοινωνικών Προσδιοριστών της Υγείας το 2005 (94) αλλά και η αναφορά του, που εκδόθηκε το 2008, με έκκληση να καλυφθεί το χάσμα στην υγεία (33,94). Όπως κατέληξε η επιτροπή του ΠΟΥ: «Η κοινωνική αδικία σκοτώνει σε μεγάλη κλίμακα» (24) και έκανε τρεις προτάσεις : να βελτιωθούν οι καθημερινές συνθήκες ζωής, να αντιμετωπιστεί η άνιση διανομή εξουσίας και χρήματος (2,5) και να βρεθεί τρόπος μέτρησης των ανισοτήτων και του αντίκτυπου των δράσεων αντιμετώπισής τους (3,5,6).

Το Παγκόσμιο Συνέδριο με θέμα τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές το 2011 στο Ρίο ντε Τζανέιρο (17) έδωσε επίσης ώθηση στη μελέτη της ανισότητας και των κοινωνικών προσδιοριστών. Την πολιτική διακήρυξη του συνεδρίου προσυπέγραψαν 125 χώρες (18), αναγνωρίζοντας την ευθύνη των κυβερνήσεων για την υγεία των ανθρώπων (9). Βασικός στόχος ορίστηκε η επίτευξη ισότητας στην υγεία ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου, ανεξάρτητα από τη φυλή, τη θρησκεία, τα πολιτικά πιστεύω, την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση (9). Οι κοινωνικοί προσδιοριστές και η ανισότητα στην υγεία είναι πλέον ευρέως αναγνωρισμένο πρόβλημα όλων των κοινωνιών και σίγουρα μία παγκόσμια πρόκληση (27). Η υιοθέτηση των στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης για το 2030, είναι επίσης βασικό βήμα, καθώς τονίζεται η σημασία της επίτευξης ισότητας στην υγεία και κοινωνικής δικαιοσύνης (28).

Βασισμένη στα άσχημα δεδομένα παγκοσμίως η Επιτροπή των Κοινωνικών Προσδιοριστών της Υγείας ανέπτυξε πέντε σημεία στα οποία πρέπει να εστιάσουμε : καταπολέμηση των ανισοτήτων από τα πρώτα χρόνια της ζωής ενός ατόμου, βελτίωση συνθηκών διαβίωσης, αξιοπρεπής εργασία σε κατάλληλες συνθήκες, κοινωνική προστασία και καθολική υγειονομική περίθαλψη (95). Επίσης η επιτροπή έδωσε ιδιαίτερη βάση στην ισότητα των φύλων για την καταπολέμηση των ανισοτήτων και στην ισότιμη πρόσβαση στα συστήματα υγείας όλων των ευάλωτων πληθυσμών (95).

Ταυτόχρονα υπάρχουν πολλαπλές εκκλήσεις από τα Ηνωμένα Έθνη προς όλα τα κράτη για δράσεις που θα προστατεύουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και δη το δικαίωμα στην υγεία (96). Οι

διεθνείς και ευρωπαϊκές επιτροπές αναγνωρίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα ως θεμελιώδη αρχή αντιμετώπισης των κοινωνικών προσδιοριστών (96).

Η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία, προϋποθέτει και πρόσβαση στο νερό, υγιεινή διατροφή, ασφαλείς επαγγελματικές συνθήκες, ασφαλή στέγαση, εκπαίδευση και φυσικά ένα προσβάσιμο και διαθέσιμο σύστημα υγείας (56). Ως εκ τούτου, είναι φανερό πως η μεγιστοποίηση του επιπέδου της υγείας ενός πληθυσμού απαιτεί παρεμβάσεις σε πολλούς τομείς ταυτόχρονα και όχι μόνο στον τομέα της υγείας (25). Η σύνδεση αυτή ήρθε στην επιφάνεια με την πρωτοβουλία «Health in all policies» το 2010 που δημιούργησε ένα νέο πρίσμα ανάλυσης της υγείας, μία απαίτηση παρέμβασης σε τομείς εκτός της υγείας (25) και μία παγκόσμια αναγνώριση διατομεακών δράσεων (24). Όπως αναλύθηκε, η υγεία σαν έννοια πολυπαραγοντική επηρεάζεται από κάθε τομέα της ζωής ενός ανθρώπου, οπότε και οι δράσεις οφείλουν να είναι γενικευμένες και να μην περιορίζονται. Το 2013, ο ΠΟΥ δημιούργησε και το σχέδιο «EQuAL» με σκοπό τη σύνδεση της υγείας με άλλους τομείς και προώθησε την πρωτοβουλία παρακολούθησης της ανισότητας και των κοινωνικών προσδιοριστών της και επίσης εκτίμησης της καθολικής κάλυψης της υγείας (27). Οι φορείς χάραξης πολιτικών πρέπει να δώσουν έμφαση σε όλες τις διαστάσεις των ανισοτήτων της υγείας, που όπως έχει αποδειχτεί εξαπλώνονται σε όλους τους κοινωνικούς τομείς μιας κοινωνίας (97). Είναι σαφές, πως η χάραξη αυτών των πολιτικών ξεφεύγει από τη δικαιοδοσία του υπουργείου υγείας της εκάστοτε χώρας αλλά απαιτεί τη συμβολή όλων των φορέων ενός κράτους (98). Η προσπάθεια προστασίας της υγείας ενός πληθυσμού απαιτεί τη γνώση της διασύνδεσης που υπάρχει ανάμεσα στον τομέα της υγείας και όλων των κοινωνικών ανισοτήτων που τη διαμορφώνουν.

Στην Ευρώπη υπάρχουν αποδείξεις για την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία, ήδη, από μελέτες της δεκαετίας του 1980 (87). Χρειάστηκαν όμως αρκετά χρόνια, μέχρι οι ανισότητες και οι κοινωνικοί προσδιοριστές να αναγνωριστούν ως μείζονα ευρωπαϊκά προβλήματα δημόσιας υγείας.

Η ευρωπαϊκή επιτροπή εξέδωσε το 2009 συστάσεις προς όλες τις χώρες για τον περιορισμό των ανισοτήτων στην υγεία (19). Βασισμένη στην αναγκαιότητα δράσεων εκδόθηκε το 2013 η ευρωπαϊκή ανασκόπηση για τους Κοινωνικούς Προσδιοριστές της Υγείας (6,11,49). Ακόμη, υιοθετήθηκε η στρατηγική «EURO-HEALTHY», με σκοπό την αύξηση των γνώσεων πάνω στις πολιτικές καταπολέμησης των ανισοτήτων στην Ευρώπη (25). Αντίστοιχη στρατηγική προωθήθηκε και από τον ΠΟΥ το 2012, με την ονομασία «Health 2020». Αυτό το πλαίσιο δράσης για την υγεία, υιοθετήθηκε από 53 χώρες, με βασικό του στόχο τη μείωση των ανισοτήτων (24,53,78).

Ήδη έχουν γίνει βήματα, αφού κάποιες ευρωπαϊκές χώρες, αναπτύσσουν μεθόδους παρακολούθησης της πρόσβασης στην υγεία (94) και αξιολόγησης αρκετών άλλων δεικτών

ανισότητας. Επίσης, φαίνεται πως οι μελέτες που συνυπολογίζουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας σταδιακά αυξάνονται.

Ακόμη βασική προτεραιότητα πρέπει να είναι η αποτελεσματική νομοθεσία που σχετίζεται με τον τομέα της υγείας αλλά και με άλλους τομείς, όπως ο τομέας του περιβάλλοντος (98).

Στη διακήρυξη του Ρίο τονίζεται πως δεν πρέπει να υπάρχουν περιορισμοί στην πρόσβαση στην υγεία, οι κυβερνήσεις οφείλουν να προστατεύουν τους ευάλωτους πληθυσμούς και να υπάρχουν συστήματα υγείας που να φροντίζουν τον πληθυσμό χωρίς διακρίσεις (9). Οι αποτελεσματικές παρεμβάσεις πρέπει να είναι στοχευμένες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε κοινωνικής ομάδας και αυτό απαιτεί εκτεταμένη γνώση, σύγχρονα επιδημιολογικά στοιχεία και ακριβείς και σαφείς δείκτες (99). Για αυτό το λόγο, η ευρωπαϊκή επιτροπή όρισε επίσης ως βασική πρόκληση την καταγραφή, εκτίμηση και αξιολόγηση δεικτών που θα βοηθήσουν στη χάραξη κατάλληλων πολιτικών ώστε να περιοριστούν οι ανισότητες στην υγεία (100).

Η παρούσα περιγραφική ανασκόπηση, πραγματοποιήθηκε με την ελπίδα να λειτουργήσει συνεπικουρικά με άλλες μελέτες, ώστε να αναγνωριστούν ευρέως οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας και οι έντονες ανισότητες που επικρατούν σήμερα στην Ευρώπη. Ένας ευρύς κοινωνικός και επιστημονικός διάλογος θα μπορούσε να άρει την επικρατούσα σε πολλούς άγνοια και να προκαλέσει πιέσεις στους φορείς χάραξης πολιτικών. Ίσως μία διεθνής συνηγορία να δώσει ώθηση σε νέες αποτελεσματικές δράσεις αντιμετώπισης, ώστε όλοι οι κάτοικοι της Ευρώπης να καταφέρουν να απολαύσουν το επίπεδο υγείας που δικαιούνται.

Είναι σαφές πως η έρευνα πρέπει να επεκταθεί ώστε να δημιουργηθεί η βάση στοχευμένων δράσεων αντιμετώπισης, καθώς είναι μέγιστη πρόκληση για τις ευρωπαϊκές χώρες η επίτευξη ισότητας στην υγεία. Υπάρχουν άλλωστε σαφή στοιχεία πως χωρίς συστηματικές και δραστικές παρεμβάσεις οι ανισότητες σε όλη την Ευρώπη, θα επιβαρύνουν το ίδιο ή ίσως και ακόμη πιο έντονα την επόμενη γενιά .

Βιβλιογραφία

1. Ritsatakis A, Ostergren P-O, Webster P. Tackling the social determinants of inequalities in health during Phase V of the Healthy Cities Project in Europe. *Health Promot Int*. 2015 Jun;30 Suppl 1:i45–53.
2. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Aug;40(4):289–96.
3. Friel S, Marmot MG. Action on the social determinants of health and health inequities goes global. *Annu Rev Public Health*. 2011;32:225–36.
4. Šlachťová H, Jiřík V, Tomášek I, Tomášková H. Environmental and Socioeconomic Health Inequalities: a Review and an Example of the Industrial Ostrava Region. *Cent Eur J Public Health*. 2016;24 Suppl:S26–32.
5. Gilson L. Health Policy and Systems Research: a Methodology Reader [Internet]. World Health Organization; 2012 [cited 2020 Feb 23]. Available from: <https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241503136/en/>
6. Östlin P, Schrecker T, Sadana R, Bonnefoy J, Gilson L, Hertzman C, et al. Priorities for Research on Equity and Health: Towards an Equity-Focused Health Research Agenda. *PLOS Medicine*. 2011 Nov 1;8(11):e1001115.
7. Guillemin F, Carruthers E, Li LC. Determinants of MSK health and disability--social determinants of inequities in MSK health. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014 Jun;28(3):411–33.
8. Lathrop B. Moving Toward Health Equity by Addressing Social Determinants of Health. *Nurs Womens Health*. 2020 Jan 3;
9. Rio_political_declaration.pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 29]. Available from: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1
10. Moonesinghe R, Bouye K, Penman-Aguilar A. Difference in health inequity between two population groups due to a social determinant of health. *Int J Environ Res Public Health*. 2014 Dec;11(12):13074–83.
11. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report (2019) [Internet]. World Health Organization; 2020 [cited 2020 Feb 29]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019>
12. Braveman P. What are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *Public Health Rep*. 2014 Jan 1;129(1_suppl2):5–8.

13. MARAGKOUidakis P. Health Inequalities: dietary and physical activity-related determinants [Internet]. EU Science Hub - European Commission. 2017 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <https://ec.europa.eu/jrc/en/health-knowledge-gateway/societal-impacts/inequalities>
14. Social determinants of mental health, WHO [Internet]. [cited 2020 Feb 29]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1
15. Mohajer N, Earnest J. Widening the aim of health promotion to include the most disadvantaged: vulnerable adolescents and the social determinants of health. *Health Educ Res.* 2010 Jun;25(3):387–94.
16. Rasanathan K, Norenhag J, Valentine N. Realizing human rights-based approaches for action on the social determinants of health. *Health Hum Rights.* 2010 Dec 15;12(2):49–59.
17. Islam MM. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Front Public Health.* 2019;7:11.
18. Working Group for Monitoring Action on the Social Determinants of Health. Towards a global monitoring system for implementing the Rio Political Declaration on Social Determinants of Health: developing a core set of indicators for government action on the social determinants of health to improve health equity. *Int J Equity Health.* 2018 05;17(1):136.
19. Farrer L, Marinetti C, Cavaco YK, Costongs C. Advocacy for health equity: a synthesis review. *Milbank Q.* 2015 Jun;93(2):392–437.
20. Jenkins K, Schmidt K, Weigl A. Addressing Social Determinants of Health-A Large Employer Perspective. *Am J Health Promot.* 2020 Feb;34(2):224–6
21. Gumà J, Solé-Auró A, Arpino B. Examining social determinants of health: the role of education, household arrangements and country groups by gender. *BMC Public Health.* 2019 Jun 6;19(1):699.
22. Costa-Font J, Hernández-Quevedo C. Measuring inequalities in health: what do we know? What do we need to know? *Health Policy.* 2012 Jul;106(2):195–206.
23. Detollenaere J, Desmarest A-S, Boeckxstaens P, Willems S. The link between income inequality and health in Europe, adding strength dimensions of primary care to the equation. *Soc Sci Med.* 2018;201:103–10.
24. Donkin A, Goldblatt P, Allen J, Nathanson V, Marmot M. Global action on the social determinants of health. *BMJ Global Health* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2020 Jan 19];3(Suppl 1). Available from: https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_1/e000603

25. Santana P, Freitas Â, Stefanik I, Costa C, Oliveira M, Rodrigues TC, et al. Advancing tools to promote health equity across European Union regions: the EURO-HEALTHY project. *Health Research Policy and Systems*. 2020 Feb 13;18(1):18.
26. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *Int J Equity Health*. 2019 19;18(1):36.
27. Pedrana L, Pamponet M, Walker R, Costa F, Rasella D. Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. *Glob Health Action*. 2016;9:28831.
28. Valentine NB, Koller TS, Hosseinpour AR. Monitoring health determinants with an equity focus: a key role in addressing social determinants, universal health coverage, and advancing the 2030 sustainable development agenda. *Glob Health Action*. 2016;9:34247.
29. Costa C, Santana P, Dimitroulopoulou S, Burstrom B, Borrell C, Schweikart J, et al. Population Health Inequalities Across and Within European Metropolitan Areas through the Lens of the EURO-HEALTHY Population Health Index. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 07;16(5).
30. Jakab Z, Marmot M. Social determinants of health in Europe. *The Lancet*. 2012 Jan 14;379(9811):103–5.
31. Factsheet World Health Organization 2019 Sep [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/412481/HESR-fact-sheet-1-eng.pdf?ua=1
32. Jakab Z. Promoting health and reducing health inequities in Europe. *The Lancet*. 2012 Sep 15;380(9846):951–3.
33. Doyle K, Forster T, Kentikelenis A, Legido-Quigley H, Torrecilla M, TASC (Organization), et al. Reducing health inequalities: the role of civil society. 2019.
34. FALLING-THROUGH-THE-CRACKS-JUNE-2019.pdf [Internet]. [cited 2020 Jan 19]. Available from: <https://www.sdgwatcheurope.org/wp-content/uploads/2019/06/FALLING-THROUGH-THE-CRACKS-JUNE-2019.pdf>
35. epha-health-inequalities-a-public-health-challenge-for-european-policy-makers.pdf [Internet]. [cited 2020 Jan 27]. Available from: <https://epha.org/wp-content/uploads/2019/12/epha-health-inequalities-a-public-health-challenge-for-european-policy-makers.pdf>
36. Blanchet T, Chancel L, Gethin A. How Unequal Is Europe? Evidence from Distributional National Accounts, 1980–2017. :79.

37. Lustigova M, Dzurova D, Costa C, Santana P. Health Disparities in Czechia and Portugal at Country and Municipality Levels. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 29;16(7).
38. Serapioni M. Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cad Saude Publica*. 2017 Sep 28;33(9):e00170116.
39. Stirbu I, Kunst AE, Bopp M, Leinsalu M, Regidor E, Esnaola S, et al. Educational inequalities in avoidable mortality in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 2010 Oct;64(10):913–20.
40. Sabadash A. Smarter, greener, more inclusive?: indicators to support the Europe 2020 strategy. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
41. Detollenaere J, Hanssens L, Vyncke V, De Maeseneer J, Willems S. Do We Reap What We Sow? Exploring the Association between the Strength of European Primary Healthcare Systems and Inequity in Unmet Need. *PLoS ONE*. 2017;12(1):e0169274.
42. Brzezinski M. What accounts for the rise of low self-rated health during the recent economic crisis in Europe? *Int J Equity Health*. 2019 28;18(1):21.
43. Rajmil L, Taylor-Robinson D, Gunnlaugsson G, Hjern A, Spencer N. Trends in social determinants of child health and perinatal outcomes in European countries 2005-2015 by level of austerity imposed by governments: a repeat cross-sectional analysis of routinely available data. *BMJ Open*. 2018 12;8(10):e022932.
44. Naik Y, Baker P, Ismail SA, Tillmann T, Bash K, Quantz D, et al. Going upstream - an umbrella review of the macroeconomic determinants of health and health inequalities. *BMC Public Health*. 2019 Dec 17;19(1):1678.
45. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle [Internet]. OECD; 2018 [cited 2020 Feb 22]. (Health at a Glance: Europe). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
46. Elstad JI. Income inequality and foregone medical care in Europe during The Great Recession: multilevel analyses of EU-SILC surveys 2008-2013. *Int J Equity Health*. 2016 07;15(1):101.
47. Niedzwiedz CL, Mitchell RJ, Shortt NK, Pearce JR. Social protection spending and inequalities in depressive symptoms across Europe. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(7):1005–14.
48. McDaid D, Quaglio G, Correia de Campos A, Dario C, Van Woensel L, Karapiperis T, et al. Health protection in times of economic crisis: challenges and opportunities for Europe. *J Public Health Policy*. 2013 Nov;34(4):489–501.

49. Richards T. The crusade for health equity. *BMJ* [Internet]. 2012 Jun 27 [cited 2020 Jan 19];344. Available from: <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e4414>
50. Quaglio G, Karapiperis T, Van Woensel L, Arnold E, McDaid D. Austerity and health in Europe. *Health Policy*. 2013 Nov;113(1–2):13–9.
51. Sarto GE, Brasileiro J, Franklin DJ. Women’s Health: Racial and Ethnic Health Inequities. *Glob Adv Health Med*. 2013 Sep;2(5):50–3.
52. Wang L, Zhong B, Vardoulakis S, Zhang F, Pilot E, Li Y, et al. Air Quality Strategies on Public Health and Health Equity in Europe-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016 02;13(12).
53. World Health Organization. Environmental health inequalities in Europe. Second assessment report. World Health Organization. 2019;164.
54. Fairburn J, Schüle SA, Dreger S, Karla Hilz L, Bolte G. Social Inequalities in Exposure to Ambient Air Pollution: A Systematic Review in the WHO European Region. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 28;16(17).
55. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, Kalediene R, et al. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health*. 2019 Oct;4(10):e529–37.
56. Marmot M, World Health Organization, UCL Institute of Health Equity, editors. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2014. 188 p.
57. European Commission, Public Health, European Commission. The health status of the European Union: narrowing the health gap. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2013
58. Unmet health care needs statistics - Statistics Explained [Internet]. [cited 2020 Feb 17]. Available from : https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care
59. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013 Apr 13;381(9874):1323–31.
60. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. *The Lancet*. 2015 Dec 12;386(10011):2442–4.
61. Tøge AG. Health effects of unemployment in Europe (2008-2011): a longitudinal analysis of income and financial strain as mediating factors. *Int J Equity Health*. 2016 May 6;15:75.

62. European Commission, Executive Agency for Health and Consumers, University College London Consulting (UCLC), EuroHealthNet, Health Action Partnership International (HAPI), North East Public Health Observatory (NEPHO), et al. Health inequalities in the EU: final report of a consortium - Consortium lead: Sir Michael Marmot. [Internet]. Brussels: European Commission; 2013 [cited 2020 Jan 19]. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2772/34426>
63. Hämäläinen R-M, Sandu P, Syed AM, Jakobsen MW. An evaluation of equity and equality in physical activity policies in four European countries. *Int J Equity Health*. 2016 24;15(1):191.
64. Bono F, Matranga D. Socioeconomic inequality in non-communicable diseases in Europe between 2004 and 2015: evidence from the SHARE survey. *Eur J Public Health*. 2019 01;29(1):105–10.
65. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Solheim EF, Bambra C. The socioeconomic distribution of non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017 01;27(suppl_1):22–6.
66. McNamara CL, Balaj M, Thomson KH, Eikemo TA, Bambra C. The contribution of housing and neighbourhood conditions to educational inequalities in non-communicable diseases in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *Eur J Public Health*. 2017 01;27(suppl_1):102–6.
67. Elsborg P, Nielsen G, Klinker CD, Melby PS, Christensen JH, Bentsen P. Sports-based recreation as a means to address social inequity in health: why, when, where, who, what, and how. *BMC Public Health*. 2019 Aug 9;19(1):1084.
68. Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action [Internet]. [cited 2020 Jan 20]. Available from: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000580.pdf>
69. Mackenbach JP, Kulhánová I, Bopp M, Borrell C, Deboosere P, Kovács K, et al. Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. *PLoS Med*. 2015 Dec;12(12):e1001909.
70. Addressing the causes of disparities in health service access and utilization for LGBT persons .pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 29]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-18-e.pdf>
71. Gee GC, Ford CL. STRUCTURAL RACISM AND HEALTH INEQUITIES: Old Issues, New Directions1. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*. 2011 ed;8(1):115–32.

72. Richardson LD, Norris M. Access to health and health care: how race and ethnicity matter. *Mt Sinai J Med*. 2010 Apr;77(2):166–77.
73. Alvarez-Galvez J, Salvador-Carulla L. Perceived Discrimination and Self-Rated Health in Europe: Evidence from the European Social Survey (2010). *PLOS ONE*. 2013 Sep 5;8(9):e74252.
74. Nakkeeran N, Nakkeeran B. Disability, mental health, sexual orientation and gender identity: understanding health inequity through experience and difference. *Health Res Policy Syst*. 2018 Oct 9;16(Suppl 1):97.
75. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health*. 2013 May;103(5):813–21.
76. Rivenbark JG, Ichou M. Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*. 2020 Jan 9;20(1):31
77. Evidence and resources to act on health inequities, social determinants and meet the SDGs.pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 10]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/397899/20190218-h1740-sdg-resource-pack-2.pdf?ua=1
78. Women’s health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage .pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 22]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/318147/EWHR16_interactive2.pdf?ua=1
79. Palència L, Malmusi D, De Moortel D, Artazcoz L, Backhans M, Vanroelen C, et al. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Soc Sci Med*. 2014 Sep;117:25–33.
80. Branstrom R, Van der Star A. All inclusive Public Health—what about LGBT populations? *The European Journal of Public Health*. 2013 Jun 1;23(3):353–4.
81. Steele LS, Daley A, Curling D, Gibson MF, Green DC, Williams CC, et al. LGBT Identity, Untreated Depression, and Unmet Need for Mental Health Services by Sexual Minority Women and Trans-Identified People. *J Womens Health (Larchmt)*. 2017;26(2):116–27.
82. Cook B, Wayne GF, Valentine A, Lessios A, Yeh E. Revisiting the evidence on health and health care disparities among the Roma: a systematic review 2003-2012. *Int J Public Health*. 2013 Dec;58(6):885–911.
83. Parekh N, Rose T. Health inequalities of the Roma in Europe: a literature review. *Cent Eur J Public Health*. 2011 Sep;19(3):139–42.

84. Arora VS, Kühlbrandt C, McKee M. An examination of unmet health needs as perceived by Roma in Central and Eastern Europe. *Eur J Public Health*. 2016;26(5):737–42.
85. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young M-ED, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015 Mar 18;36:375–92.
86. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region.pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
87. Giannoni M, Franzini L, Masiero G. Migrant integration policies and health inequalities in Europe. *BMC Public Health*. 2016 01;16:463.
88. Rosano A, Dauvrin M, Buttigieg SC, Ronda E, Tafforeau J, Dias S. Migrant's access to preventive health services in five EU countries. *BMC Health Serv Res*. 2017 Aug 23;17(1):588.
89. Malmusi D. Immigrants' health and health inequality by type of integration policies in European countries. *Eur J Public Health*. 2015 Apr;25(2):293–9.
90. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2011 May 1;65(5):412–9.
91. Scheil-Adlung X. Response to health inequity: the role of social protection in reducing poverty and achieving equity. *Health Promot Int*. 2014 Jun;29 Suppl 1:i59-67.
92. Shankardass K, Renahy E, Muntaner C, O'Campo P. Strengthening the implementation of Health in All Policies: a methodology for realist explanatory case studies. *Health Policy Plan*. 2015 May;30(4):462–73.
93. Kittelsen SK, Fukuda-Parr S, Storeng KT. Editorial: the political determinants of health inequities and universal health coverage. *Global Health*. 2019 28;15(Suppl 1):73.
94. Ritsatakis A. Equity and the social determinants of health in European cities. *J Urban Health*. 2013 Oct;90 Suppl 1:92–104.
95. Marmot M, Bell R, Goldblatt P. Action on the social determinants of health. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Aug;61 Suppl 3:S127-132.
96. Haigh F, Kemp L, Bazeley P, Haigh N. Developing a critical realist informed framework to explain how the human rights and social determinants of health relationship works. *BMC Public Health*. 2019 Nov 27;19(1):1571.
97. Health in All Policies (HiAP) framework for country action. *Health Promot Int*. 2014 Jun;29 Suppl 1:i19-28.

98. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities.pdf [Internet]. [cited 2020 Feb 7]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/345798/HEN52.pdf?ua=1
99. Sadana R, Blas E, Budhwani S, Koller T, Paraje G. Healthy Ageing: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity. *Gerontologist*. 2016 Apr;56 Suppl 2:S178-193.
100. EPHA. [EU Commission report] Health inequalities in the EU. Gaps in life expectancy and infant mortality narrow; unequal progress and gradient prevalent - EPHA [Internet]. <https://epha.org/>. [cited 2020 Jan 19]. Available from: <https://epha.org/eu-commission-report-health-inequalities-in-the-eu-gaps-in-life-expectancy-and-infant-mortality-narrow-unequal-progress-and-gradient-prevalent/>