



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ Η ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΞΙΚΟΥ ”

Σπουδάστρια: Σίτσα Μαρία

Επιβλέπων: Μαυριδόγλου Γεώργιο
Καθηγητής Εφαρμογών

Καλαμάτα 2014

Έγκριση

Υπογραφή

Επιβλέπων:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	
Μέλος εξεταστικής επιτροπής:	

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέπων καθηγητή κ. Γεώργιο Μαυριδόγλου για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του, για την επίλυση διάφορων θεμάτων και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μου με διάφορους τρόπους, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωση μου. Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους φίλους μου και ιδιαίτερα την Παχάκη Σταματία που με την καθημερινή τους συμπαράσταση, την υπομονή τους και την θετική τους σκέψη, ιδιαίτερα τις εποχές των μεγάλων διλημμάτων, συνέβαλαν στην εκπλήρωση του στόχου μου.

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία θέλαμε να εξετάσουμε την εξέλιξη της υγείας ενός πληθυσμού όταν η χώρα περνά μεγάλη οικονομική κρίση. Σαν χώρα αναφοράς πήραμε το Μεξικό μια χώρα που έχει αρκετά κοινά ιστορικά στοιχεία με την Ελλάδα αλλά διαφέρει από την χώρα μας, καθώς το Μεξικό είναι μια αρκετά φτωχή χώρα με μεγάλη ανισοκατανομή πλούτου.

Η σύγχρονη ιστορία του Μεξικό καθορίστηκε από την κρίση της τεκίλας και τον φονικά σεισμό που κατέστρεψε μεγάλο μέρος της χώρας.

Η μελέτη παρουσιάζει την οικονομική ιστορία του Μεξικό καθώς και το σύστημα υγείας του. Επίσης συγκρίνει την πρόοδο των υπηρεσιών υγείας σε τρία κράτη, το Μεξικό, την Ελλάδα και την Γερμανία.

Από την μελέτη είναι φανερό ότι οι οικονομικές κρίσεις σε συνδυασμό με τον φονικό σεισμό αποτέλεσαν τροχοπέδη για την σύγκλιση της οικονομίας με τις οικονομίες των ανεπτυγμένων χωρών. Αυτό είχε άμεση επίδραση στους δείκτες υγείας της χώρας. Υπάρχει πρόοδος με την πάροδο των ετών όμως ο ρυθμός ανάπτυξης των δεικτών υγείας δείχνει ότι υπάρχει μεγάλο διάστημα για να αναπτυχθεί.

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	4
Πίνακας Περιεχομένων	5
Πίνακας Πινάκων.....	6
Πίνακας Γραφημάτων.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Περίπτωση του Μεξικού	10
1.1 Ιστορική Αναδρομή	10
1.2 Είσοδος στη σύγχρονη ιστορία 1980 - 1993	10
1.3 Η Κρίση της Τεκίλας , 1994.....	12
1.4 Προοπτικές & Αδυναμίες της Οικονομίας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Αγορά Υγείας του Μεξικού	18
2.1 Το Υγειονομικό Σύστημα στο Μεξικό.....	18
2.2 Τρωτά Σημεία & Προσπάθειες Εξάλειψής αυτών.....	20
2.3 Στατιστικά Στοιχεία πάνω στην Υγειονομική Περίθαλψη	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Σύγκριση Μεξικό με Ελλάδα και Γερμανία.....	27
3.1 Προσδόκιμο Ζωής.....	27
3.2 Νοσοκομειακές Κλίνες	29
3.3 Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συμπεράσματα.....	34
Βιβλιογραφία	35
Παράρτημα Α: «Διαγραμματική Απεικόνιση Στατιστικών Στοιχείων 2000 - 2010»	37

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 1. Εξαγωγές του Μεξικού 2003 – 2009.....	14
Πίνακας 2. Προσδόκιμο ζωής	28
Πίνακας 3. Νοσοκομειακές Κλίνες	29
Πίνακας 4. Δαπάνες Υγείας	31

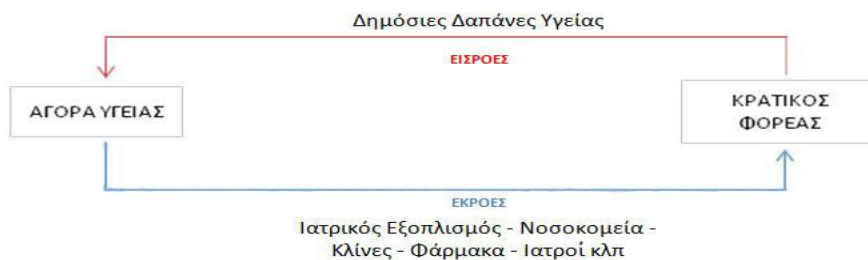
Πίνακας Γραφημάτων

Γράφημα 1. Παραγωγή Αυτοκινητοβιομηχανίας 2000-2011	15
Γράφημα 2. Ποσοστιαία κάλυψη από τα τρία Υποσυστήματα Υγείας.....	19
Γράφημα 3. Βρεφική Θνησιμότητα.....	37
Γράφημα 4. Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους	37
Γράφημα 5. Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας.....	38

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αγορά υγείας, αποτελεί έναν τομέα που έχει απασχολήσει επανειλημμένως την κοινή γνώμη και βρίσκεται στο επίκεντρο του παγκόσμιου ενδιαφέροντος. Ο λόγος που συγκεντρώνει το ενδιαφέρον αυτό είναι η έντονη και εμφανής διαφοροποίηση της συμπεριφοράς της, από αυτή των υπόλοιπων αγορών. Σε αντίθεση με τις συνήθεις αγορές (μονοπωλιακές – oligοπωλιακές – ανταγωνιστικές), χαρακτηρίζεται από ασύμμετρη ή ακόμα και ατελή πληροφόρηση, ηθικό κίνδυνο, ύπαρξη εξωτερικών οικονομιών αλλά και από την έντονη κρατική παρέμβαση σε όλα τα στάδια της λειτουργίας της. (Μ. Μαλλιάρου, 2011) Εξαιτίας της πολυπλοκότητάς της αυτής αλλά και όλων των παραμέτρων που λαμβάνει υπόψη της αποτελεί έναν αποτελεσματικό δείκτη τόσο της κοινωνικής ευημερίας όσο και του βιοτικού επιπέδου και αντικατοπτρίζει πλήρως το επίπεδο της τεχνολογικής εξέλιξης αλλά και της κρατικής επιτυχίας, της εκάστοτε κοινωνίας.

Η σχέση εξάρτησης που υπάρχει μεταξύ της αγοράς υγείας και του κρατικού τομέα διαφαίνεται μέσα από τους οικονομικούς πόρους που διοχετεύονται σε αυτή για την εξασφάλιση της ομαλής και εύρυθμης λειτουργίας της. Οι οικονομικοί αυτοί πόροι εξασφαλίζονται μέσα από τις Δημόσιες Δαπάνες Υγείας που καταβάλλονται ετησίως από το κράτος. Οι δαπάνες αυτές απορροφώνται από την αγορά υγείας και μέσω επενδύσεων επιστρέφουν και πάλι στο κράτος με τη μορφή υπηρεσιών, εξοπλισμού και αγαθών υγείας.



Παρά τις θετικές επιπτώσεις που φαίνεται να εμφανίζει το παραπάνω οικονομικό κύκλωμα που δημιουργείται μεταξύ της αγοράς υγείας και του κρατικού φορέα, θα ήταν σφάλμα να παραβλέψουμε τις αρνητικές συνέπειες που είναι δυνατόν να προκληθούν μέσα από αυτό. Η αρμονική λειτουργία της αγοράς στηρίζεται στην οικονομική ευρωστία του κράτους να παρέχει σε αυτήν χρηματικούς πόρους. Όπως είναι λογικό, οι διάφοροι κλυδωνισμοί της οικονομίας έχουν άμεσο αντίκτυπο στην

αγορά υγείας. Μια οικονομική κρίση οδηγεί τον κρατικό φορέα στη μείωση των δαπανών για υγεία με αποτέλεσμα η προσφορά της αγοράς να μην ανταποκρίνεται στην ζήτηση προϊόντων υγείας. Το αυτοτροφοδοτούμενο αυτό κύκλωμα καταρρέει.

Ωστόσο, θα ήταν άδικο να θεωρήσουμε τους οικονομικούς παράγοντες ως την μοναδική παράμετρο που μπορεί να επιρρεάσει σε τόσο μεγάλο βαθμό την αγορά υγείας. Οι κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε κοινωνία, και μέσα από τις οποίες διαφαίνεται η σύσταση του ίδιου του κρατικού τομέα είναι λογικό να έχουν άμεσες επιπτώσεις στην αγορά. Ένα κράτος για παράδειγμα το οποίο αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα εγκληματικότητας η διακίνησης ναρκωτικών ή ακόμα χαρακτηρίζεται από πολιτική αστάθεια, θα αποφασίσει να διαθέσει τους πόρους του στην επίλυση των προβλημάτων αυτών και όχι στην αγορά υγείας. Τέλος, το ίδιο το σύστημα υγείας και η σύνθεση του μπορούν από μόνα τους να αποτρέψουν την ομαλή λειτουργία της αγοράς. Ο κατακερματισμός των εργασιών και η έλλειψη συντονισμού είναι μόνο μερικά από τα προβλήματα που μπορούν να προκληθούν από ένα λανθάνον μοντέλο συστήματος υγείας.

Από τα παραπάνω, διαφαίνεται η πολυπλοκότητα της αγοράς καθώς η ομαλή λειτουργία της απαιτεί τόσο τον συντονισμό ποικίλων εξωτερικών παραγόντων όσο και την τήρηση συγκεκριμένων κοινωνικοπολιτικών προδιαγραφών. Εύλογα λοιπόν, γεννιούνται τα εξής ερωτήματα:

1. Σε ποίο βαθμό επηρεάζει μία οικονομική κρίση την αγορά υγείας;
2. Πόσο βοηθάει η συνολική υποδομή της κάθε χώρας στην εύρυθμη λειτουργία της αγοράς υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης;
3. Μπορεί μέσα από τη γνώση να υπάρχει πρόληψη; Πως το παράδειγμα μιας χώρας σε καθεστώς κρίσης μπορεί να βοηθήσει την ίδια αλλά και τις υπόλοιπες χώρες να την ξεπεράσουν;

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι πρωταρχικά, να πραγματοποιήσει την πρώτη προσπάθεια ποσοτικής και ποιοτικής μέτρησης της επιρροής της οικονομικής κρίσης στην αγορά υγείας. Επιπλέον, μέσα από τη σύγκριση χωρών με τελείως διαφορετική υποδομή, να εξάγει συμπεράσματα για τη βιωσιμότητα της κάθε χώρας και της αγοράς υγείας της, σε περίοδο κρίσης. Τέλος, έχοντας επιλέξει ως κύρια χώρα ανάλυσης το Μεξικό, το οποίο έχει βρεθεί ξανά στο παρελθόν σε καθεστώς κρίσης και ανέκαμψε οικονομικά, θα ερευνήσουμε αν λειτούργησε υποδειγματικά για τις υπόλοιπες χώρες στη σύγχρονη οικονομική κρίση.

Η μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας στηρίχθηκε κυρίως σε δευτερογενείς πηγές αλλά και σε συγκριτική μελέτη επιλεγμένων δεικτών και στατιστικών στοιχείων. Πιο συγκεκριμένα τις δευτερογενείς πηγές αποτελούν βιβλιογραφία, άρθρα έγκυρων επιστημονικών περιοδικών και ψηφιακές βιβλιοθήκες. Η συγκριτική μελέτη στηρίχθηκε στη συλλογή στατιστικών στοιχείων και δεικτών από εθνικές στατιστικές υπηρεσίες και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Περίπτωση του Μεξικού

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Το Μεξικό, ή όπως είναι γνωστό με την επίσημη ονομασία του, Ηνωμένες Πολιτείες του Μεξικού αποτελεί μία Ομοσπονδιακή Συνταγματική Δημοκρατία η οποία δεσπόζει στο Νότιο κομμάτι της Αμερικανικής ηπείρου. Έχει έκταση 1.972.549 τετρ. χλμ. και πληθυσμό 112.336.538 σύμφωνα με την απογραφή του 2010. Έτος δημιουργίας της Ομοσπονδιακής αυτής δημοκρατίας ήταν το 1822, όπου το Μεξικό γνωστό τότε ως Νέα Ισπανία αποτελούσε σημαντικό και αναπόσπαστο τμήμα της Ισπανικής αποικιακής αυτοκρατορίας. Το 1836, χρονιά ορόσημο για το Μεξικό καταγράφηκε για πρώτη φορά η αυτόνομη πορεία του στην ιστορία, αφού πρώτες οι ΗΠΑ αναγνώρισαν την ανεξαρτησία του. Ωστόσο, το γεγονός αυτό έστρεψε το βλέμμα πολλών φιλόδοξων χωρών, τόσο της Ευρωπαϊκής (Γαλλία, Ισπανία, Βρετανία) όσο και της ίδιας της Αμερικανικής ηπείρου στο νέο αυτό κρατίδιο, το οποίο φαινόταν να προσφέρει μια πληθώρα οικονομικών κινήτρων μέσα από την εκμετάλλευση των πλουτοπαραγωγικών του πόρων. Αποκορύφωμα των συγκρούσεων που έλαβαν χώρα στο Μεξικό εξαιτίας της υπερεκμετάλλευσης του ήταν το 1910 που ήταν η έναρξη της Επικής Επανάστασης, γεγονός που θεμελίωσε τις βάσεις του Σύγχρονου Μεξικού (Τα Νέα, 1995).

1.2 Είσοδος στη σύγχρονη ιστορία 1980 - 1993

Μέχρι και το 1980, το Μεξικό είχε παραμείνει μια φτωχή χώρα με μεγάλη ανισοκατανομή πλούτου, η οποία ωστόσο παρουσίαζε μια σημαντική οικονομική ανάπτυξη που μερικοί ιστορικοί ονόμασαν «Μεξικανικό Θαύμα». Η ακμάζουσα αυτή οικονομία πήγαζε εν μέρει από τον τουριστικό τομέα της χώρας. Επρόκειτο για μία χώρα με πληθώρα παραλιακών θέρετρων καθώς και ιστορίας και πολιτισμού, αφού το Μεξικό είχε ως έδρα την αρχαία πρωτεύουσα των Αζτέκων. Τέλος, αποτελούσε μία από τις μεγαλύτερες παραγωγούς και εξαγωγικές χώρες πετρελαίου στον κόσμο και παρά τα μεγάλα αποθέματά της είχε ήδη αρχίσει να εφαρμόζει πρόγραμμα πυρηνικής ενέργειας, με τον πρώτο σταθμό να ιδρύεται στην Λαγκούνα Βέρντε (Τα Νέα, 1995).

Την αλματώδη αυτή οικονομική επέκταση τροφοδότησαν τόσο τα μεγάλα δάνεια από ξένες τράπεζες όσο και ο εφησυχασμός της ίδιας της χώρας, ότι οι

χρηματοπιστωτικοί κίνδυνοι ήταν ελάχιστοι έως ανύπαρκτοι. Επιπλέον, οι ξένοι επενδυτές θεωρούσαν αμελητέο τον κίνδυνο της μη έγκαιρης πληρωμής των δανειακών υποχρεώσεων από το Μεξικό. Ωστόσο, τον Αύγουστο του 1982 το Μεξικό με απεσταλμένους αξιωματούχους στην Ουάσινγκτον, ανακοίνωσε την αδυναμία του να αποπληρώσει το εξωτερικό του χρέος που υπερέβαινε τα 80 δις. \$. (FDIC, 2000)

Η κρίση εξαπλώθηκε στο μεγαλύτερο μέρος της Λατινικής Αμερικής καθώς, οι τραπεζίτες διέκοψαν βιαίως το δανεισμό, απαίτησαν την αποπληρωμή των δανείων, και το ΔΝΤ επέβαλε οικονομικές μεταρρυθμίσεις για την διευθέτηση των χρεών. Στα επόμενα τέσσερα χρόνια παρατηρήθηκε πτώση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, των πραγματικών μισθών και αύξηση του πληθωρισμού.

Επιπλέον, τον Σεπτέμβριο του 1985, η χώρα υπέστη νέο χτύπημα, όταν δύο μεγάλοι σεισμοί έπληξαν το κεντρικό Μεξικό. Μεταξύ 5.000 και 10.000 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους και 300.000 έμειναν άστεγοι στη χειρότερη φυσική καταστροφή στη σύγχρονη ιστορία του Μεξικού. Πολλά θύματα έχασαν τη ζωή τους σε σύγχρονα πολυώροφα κτίρια που είχαν κατασκευαστεί κατά παράβαση του κώδικα βασικής πολεοδομικής νομοθεσίας. Ο υψηλός αριθμός των θανάτων και η ανεπαρκής αντίδραση της κυβέρνησης στην καταστροφή, υπονόμεισε την εμπιστοσύνη του κοινού στο πολιτικό σύστημα. (Federal Research Division, 2008)

Κοιτώντας προς την οικονομική μεγέθυνση το Μεξικό οδηγήθηκε στην παραβίαση του Συντάγματός του την ίδια χρονιά, μέσω της ριζικής απελευθέρωσης του μεξικανικού εμπορίου και της χαλάρωσης της νομοθεσίας για τις ξένες επενδύσεις. Η στρατηγική αυτή φάνηκε να αποδίδει καρπούς, αποτέλεσμα της οποίας ήταν το 1989, όπου ο τότε Υπουργός Οικονομίας Νίκολας Μπρέντι αναγγέλλει την οριστική αδυναμία της εξ' ολοκλήρου αποπληρωμής των δανείων και επικαλέστηκε την παραγραφή τους. Το σχέδιο αυτό έδωσε στους Μεξικανούς το χώρο ελιγμών που χρειάζονταν. Μέσα σε ελάχιστους μήνες είχαν επινοήσει ένα σχέδιο που ήταν πραγματοποιήσιμο. Το Μεξικό αντικατέστησε τελικά το ανεξόφλητο χρέος του με τα μικρότερης ονομαστικής αξίας «Ομόλογα Μπρέντι». Η συμφωνία Μπρέντι επανέφερε το κλίμα εμπιστοσύνης προς το Μεξικό και χρήματα στη χώρα από ξένους επενδυτές και τραπεζίτες.

Την επισφράγιση της ανοδικής αυτής πορείας του Μεξικού αποτέλεσε η πρόταση για την ίδρυση Ζώνης Ελεύθερου Εμπορίου με τις ΗΠΑ και τον Καναδά από τον Κάρλος Σαλίνας, τον τότε Πρόεδρο. Η Αμερική, δέχτηκε την προσφορά του

Σαλίνας, μη μπορώντας να αρνηθεί, φοβούμενη την ριζοσπαστικοποίηση της μεξικανικής πολιτικής. Αισίως, το 1993 επενδύθηκαν στο Μεξικό πάνω από 30 δις. \$ ξένων κεφαλαίων (Krugman, 2009).

1.3 Η Κρίση της Τεκίλας , 1994

Στις αρχές του 1994, το Μεξικό ήταν σε ανοδική τροχιά. Η τότε πρόσφατη έγκριση της Συμφωνίας για την Ελεύθερη Ζώνη Εμπορίου στη Βόρεια Αμερική (NAFTA), που μείωσε τους εμπορικούς φραγμούς μεταξύ ΗΠΑ, Καναδά και Μεξικού είχε δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης για το μέλλον της Μεξικανικής οικονομίας. Επενδυτές απ' όλον τον κόσμο ήταν πρόθυμοι να χορηγήσουν δάνεια στην κυβέρνηση και σε εταιρίες του Μεξικού. Οι πολιτικές εξελίξεις όμως μετέβαλαν δραματικά το κλίμα αυτό.

Τον Δεκέμβρη του 1994 τα συναλλαγματικά αποθέματα του Μεξικού ήταν περιορισμένα και δεν επέτρεψαν στην Κεντρική Τράπεζα να διατηρήσει την σταθερή συναλλαγματική ισοτιμία. Για το λόγο αυτό η κυβέρνηση του Μεξικού ανακοίνωσε την υποτίμηση του πέσο. Ωστόσο, η επιλογή αυτή είχε σοβαρό αντίκτυπο, επειδή η κυβέρνηση είχε επανειλημμένως υποσχεθεί ότι δεν θα υποτιμήσει το νόμισμα. Οι επενδυτές έβλεπαν τώρα με ακόμα μεγαλύτερη δυσπιστία τους υπεύθυνους πολιτικούς του Μεξικού και φοβόνταν περαιτέρω υποτιμήσεις του πέσο (Mankiw, 2002).

Μέσα σε λίγους μόλις μήνες, το Μεξικό είχε μετατραπεί από μια πολλά υποσχόμενη αναδύομενη οικονομία σε μια επισφαλή οικονομία που βρισκόταν στα πρόθυρα χρεοκοπίας. Ο τότε Πρόεδρος Zedillo αφιέρωσε μεγάλο μέρος της θητείας του στην αποκατάσταση των μακροοικονομικών ισορροπιών και στην ανταπόκριση των απαιτήσεων για μεγαλύτερη λογοδοσία και διαφάνεια των δημόσιων ιδρυμάτων. Ο Zedillo έπρεπε επίσης να αντιμετωπίσει την εξέγερση των Ζαπατίστας στην Τσιάπας, η οποία υπογράμμισε τη φτώχεια και την περιθωριοποίηση που χαρακτηρίζει πολλές κοινότητες του Μεξικού (Federal Research Division, 2008).

Τότε εκδηλώθηκε και η παρέμβαση των ΗΠΑ. Η κυβέρνηση των ΗΠΑ είχε 3 κίνητρα, να βοηθήσει τον γείτονα της στο Νότο, να αποτρέψει τη μαζική μετανάστευση παράνομων μεταναστών που θα ακολουθούσε τη χρεοκοπία της κυβέρνησης και την οικονομική κατάρρευση, και να μην αφήσει η απαισιοδοξία των

επενδυτών στο Μεξικό να εξαπλωθεί και στις άλλες αναπτυσσόμενες χώρες (Mankiw, 2002).

Με τη βοήθεια της Αμερικής το 1995, οι επενδυτές είχαν αρχίσει να ηρεμούν και να πιστεύουν ότι η χώρα δεν θα καταρρεύσει. Τα επιτόκια μειώθηκαν, οι δαπάνες άρχισαν να αυξάνονται και σύντομα το Μεξικό εισήλθε πάλι σε τροχιά ταχείας οικονομικής ανάπτυξης που κορυφώθηκε στο σχεδόν 7% μέχρι το τέλος του 1999. Ωστόσο, σημαντικές διαφορές στον πλούτο, τα υψηλά επίπεδα της εγκληματικότητας, και η διαφθορά εξακολουθούσαν να υφίστανται. Οι λιγότερο ανεπτυγμένες πολιτείες του νοτίου Μεξικού συνέχισαν να υστερούν οικονομικά πίσω από την πιο ευημερούσα βόρεια και κεντρική, τροφοδοτώντας την παράνομη μετανάστευση προς τις Ηνωμένες Πολιτείες (Krugman, 2009).

Η οικονομική αυτή αλληλεξάρτηση και αλληλοϋποστήριξη των δύο χωρών (ΗΠΑ – Μεξικό) μόλις το 2008, με το ξέσπασμα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, έφερε στην επιφάνεια τη διττή φύση της σχέσης αυτής. Η Αμερική, η οποία ήταν αυτή που έσωσε το Μεξικό από την ολοκληρωτική κατάρρευσή του, ήταν και εκείνη που το παρέσυρε τη χρονιά αυτή σε μία ακόμα βαθύτερη ύφεση. Η εξάρτηση των μεταποιητικών εξαγωγών του Μεξικού από τις ΗΠΑ αλλά και ισχυροί οικονομικοί δεσμοί με αυτές, κατέστησαν τη χώρα ευάλωτη σε εξωτερικά γεγονότα και οικονομικές μεταβολές που συνέβησαν στην πρώτη με αποτέλεσμα να αντιμετωπίσει το πιο σοβαρό πλήγμα στην οικονομική ανάπτυξη συγκριτικά με όλες τις υπόλοιπες χώρες της Λατινικής Αμερικής.

Το 2009, παρατηρήθηκε για πρώτη φορά αρνητικός ρυθμός ανάπτυξης, και το Μεξικάνικο πέσο υποτιμήθηκε έναντι του Αμερικανικού δολαρίου κατά 25%. Οι εξαγωγές προς τις ΗΠΑ μειώθηκαν δραματικά και το Μεξικό αντιμετώπιζε προβλήματα ρευστότητας και εμπιστοσύνης των επενδυτών. Οι εξαγωγές αποτελούσαν ένα σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ, το οποίο άγγιζε το 26%, σύμφωνα με μετρήσεις του 2009, από το οποίο το 80% των εξαγωγών αυτών προοριζόταν στις ΗΠΑ. Οι ΗΠΑ, είναι μακράν ο πιο σημαντικός συνεργάτης του Μεξικού στον τομέα του εμπορίου και των επενδύσεων. Συγκεκριμένα οι εξαγωγές του Μεξικού προς το σύνολο των χωρών μειώθηκε κατά 21,5% (229,6 δις \$) και 17,6% προς τις ΗΠΑ (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Εξαγωγές του Μεξικού 2003 – 2009

Εξαγωγές του Μεξικού	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Μεταβολή 2008-2009
Προς τις ΗΠΑ	144,3	164,5	183,6	211,8	223,4	234,6	193,3	-17,60%
Προς Λοιπές χώρες	164,8	188	214,2	249,9	272	292,6	229,6	-21,50%

(σε δις \$ ΗΠΑ), CRS, στοιχεία: Υπουργείο Οικονομικών του Μεξικό

Αναφορικά με το θέμα της ρευστότητας και των επενδύσεων, το Μεξικό αντιμετώπισε μια μεγάλη πτώση η οποία αγγίζει το 42,5%, που σε οικονομικούς όρους μεταφράζεται σε 12,1 δις \$. Και πάλι οι ΗΠΑ αποτέλεσαν το μεγαλύτερο επενδυτικό παράγοντα στο Μεξικό, κατέχοντας το 44,1% των επενδύσεων. Η παύση της επενδυτικής δραστηριότητας των ΗΠΑ, οδήγησε σε αυτά τα προβλήματα ρευστότητας, τα οποία δεν μπόρεσαν να επιλυθούν ούτε από τους δύο άλλους μεγάλους επενδυτές του Μεξικού, την Ισπανία (15,2%) και την Ολλανδία (10,7%). Επιπροσθέτως, το αβέβαιο αυτό κλίμα ήρθε να επιβαρύνει ακόμα περισσότερο η εξάπλωση του ιού H1N1 στα μέσα της ίδιας χρονιάς.

Ωστόσο, το 2010, τα δημοσιονομικά μέτρα που έλαβε το Μεξικό προς απάντηση της οικονομικής κρίσης αλλά και της προγενέστερης οικονομικής απόδοσής του, βοήθησαν την οικονομία να ανακάμψει και τη συναλλαγματική ισοτιμία να βελτιωθεί. Μέσα στους πέντε πρώτους μήνες, οι μεταποιητικές εξαγωγές αυξήθηκαν πάλι στο 34% με κύριο αποδέκτη για μία ακόμη φορά τις ΗΠΑ. Οι συνολικές εξαγωγές αυξήθηκαν κατά 38%, και τομείς της οικονομίας που στηρίχτηκαν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας, κατασκευές και λιανική πώληση βελτιώθηκαν αργότερα μέσα στη χρονιά αυτή. (Villareal, 2010)

Έκτοτε, ξεκίνησαν να διαφαίνονται οι σημαντικές προσπάθειες της χώρας, να αξιοποιήσει τα πλεονεκτήματα και τις ευκαιρίες που τις δόθηκαν, και να αντιμετωπίσει τους κινδύνους που ελλόχευαν προκειμένου να συνεχίσει να αναπτύσσεται με υγιείς ρυθμούς. Όπως προαναφέραμε, το μεγαλύτερο κομμάτι της οικονομίας του Μεξικού στηριζόταν στον εξαγωγικό τομέα και συγκεκριμένα αυτόν του πετρελαίου. Ήδη από το 2012, με την έκρηξη των πολιτικοοικονομικών εξελίξεων και εντάσεων στη Μέση Ανατολή, η οποία αποτελούσε τον κύριο οικονομικό ανταγωνιστή του Μεξικού στον τομέα της πετρελαιοπαραγωγής και εξαγωγής του, κατάφερε να αυξήσει την ανταγωνιστικότητά του και να προσελκύσει το ενδιαφέρον νέων επενδυτών. Ο μεταποιητικός κλάδος αναζωογονήθηκε και

επεκτάθηκε αφού για πρώτη φορά παρατηρούμε έναν συνεχώς αναπτυσσόμενο και ελπιδοφόρο κλάδο αυτοκινητοβιομηχανίας, ο οποίος έχαιρε της εύνοιας του εγχώριου χρηματοπιστωτικού κλάδου, και της συνεχούς αυξανόμενης γι' αυτόν ζήτησης. Πέρα όμως από την αύξηση της εγχώριας παραγωγής αυτοκινήτων, παρατηρήθηκε και μια τάση συγκέντρωσης των παγκόσμιων αυτοκινητοβιομηχανιών στη χώρα του Μεξικού, προκειμένου να επωφεληθούν από τις ευνοϊκές συνθήκες που επικρατούσαν στην τελευταία (Πίνακας 1.2). Όλα τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το μειωμένο κόστος μεταφοράς που επικρατούσε στη χώρα, συγκριτικά με τις ΗΠΑ, έκανε εφικτό τον εξοστρακισμό εν μέρει των ΗΠΑ από τις διεθνείς αγορές και την απόκτηση μεριδίου αγοράς από αυτές από το Μεξικό.

Γράφημα 1. Παραγωγή Αυτοκινητοβιομηχανίας 2000-2011



J.P. Morgan «Mexico Economic Outlook 2012»

Μία ακόμη κίνηση που έκανε το Μεξικό για να συγκεντρώσει το παγκόσμιο επενδυτικό ενδιαφέρον ήταν οι μαζικές ιδιωτικοποιήσεις κρατικών εταιρειών, μια πολιτική που έχει υιοθετηθεί από πολλές χώρες στο παρελθόν εν καιρώ κρίσεων για την τόνωση της οικονομίας τους. Παρά τους έντονους διαπληκτισμούς και τις εντάσεις που δημιουργήθηκαν μέσα στη χώρα με την εφαρμογή του μέτρου αυτού, στόχος του Μεξικό ήταν να προσφέρει σημαντικές επενδυτικές ευκαιρίες μέσα από την ιδιωτικοποίηση των λιμένων, των σιδηροδρόμων, των τηλεπικοινωνιών, της ηλεκτρικής ενέργειας και του φυσικού αερίου. Και το κατάφερε, αφού η ιδιωτικοποίηση έφερε αυξήσεις στον τομέα της τεχνολογίας και των κεφαλαιακών δαπανών και προσέφερε νέες εταιρείες στην αρένα του ανταγωνισμού της αγοράς. Το γεγονός δε, ότι εξασφάλισε στις εταιρείες αυτές άφθονο, νέο και μορφωμένο εργατικό

δυναμικό, μονό θετικά αποτελέσματα αποκόμισε, αφού αποτέλεσε ένα ακόμη κίνητρο για την εγκατάσταση των μεγάλων πολυεθνικών στα εδάφη του Μεξικού.

Επιπλέον, μετά την δυσάρεστη εμπειρία του το 2008, που ακολουθώντας τον μονόδρομο που είχε χαράξει η αλληλοεξαρτώμενη οικονομική σχέση με τις ΗΠΑ και βύθισε την χώρα σε οικονομικό τέλμα, το Μεξικό έστρεψε το βλέμμα του στις ευκαιρίες που του δόθηκαν για την επέκταση και ενίσχυση του διεθνούς εμπορίου του. Ευκαιρίες που για χρόνια έμεναν ανεκμετάλλευτες καθώς το ποσοστό των εξαγωγών που κατείχε το Μεξικό ήταν μικρότερο από 6% στη ζώνη του ευρώ, ενώ οι ΗΠΑ, ως επίσημος εμπορικός εταίρος, είχαν διεισδύσει ανενόχλητες στην Μεξικανική οικονομία. Για το λόγο αυτό στόχευε στην διαφοροποίηση των εξαγωγικών εταίρων του. (Casillas, 2012) Συγκεκριμένα, η χώρα ενθάρρυνε το διεθνές εμπόριο, όπως φαινόταν ξεκάθαρα από το πλήθος συμφώνων ελεύθερου εμπορίου που σύναψε καθώς και απ' τη φιλική προς τις επιχειρήσεις κυβερνητική πολιτική. Μπορεί τα φώτα της δημοσιότητας να ασκούσαν αρνητική επίδραση, εστιάζοντας στη σχετιζόμενη με τα ναρκωτικά εγκληματικότητα, όμως όσον αφορά το οικονομικό περιβάλλον όλα τα νέα ήταν θετικά. Παρότι η παρούσα κυβέρνηση εξελέγη μόλις το Δεκέμβριο του 2012, είχε ήδη κάνει σημαντικά βήματα για την ανόρθωση της οικονομίας και τη γενικότερη βελτίωση της αντίληψης του ρόλου του Μεξικού στην παγκόσμια κοινότητα ως μια ακμάζουσα αγορά, ανταγωνιστική στη Βραζιλία σχετικά με τα πρωτεία στη Λατινική Αμερική. (Atradius, 2013)

1.4 Προοπτικές & Αδυναμίες της Οικονομίας

Εν κατακλείδι, η συνετή δημοσιονομική αλλά και νομισματική πολιτική που ακολουθεί η παρούσα κυβέρνηση, η επίτευξη της σταθεροποίησης της συναλλαγματικής ισοτιμίας, ασχέτως με το σταθερά ασθενέστερο πέσο συγκριτικά με το δολάριο και η συνεχόμενη χρηματοπιστωτική επέκταση, τα τελευταία χρόνια έχουν θέσει γερές βάσεις για μια υγιή οικονομική και πολιτική πορεία της χώρας, χωρίς κλυδωνισμούς και σκαμπανεβάσματα.

Παρά τις ελπιδοφόρες όμως αυτές προοπτικές το Μεξικό πρέπει να λάβει υπόψη του όλους τους κινδύνους, τις αδυναμίες και τις απειλές που караδοκούν. Ως γνωστό εδώ και χρόνια η χώρα αντιμετωπίζει πρόβλημα με τη διαφθορά, από το οποίο ποτέ ουσιαστικά, με όποιο μέτρο και πολιτική και αν επιβλήθηκε, δεν μπόρεσε να απαλλαγεί. Η διαφθορά, με την πάροδο των χρόνων κατόρθωσε να εισβάλλει σε

κάθε πτυχή της οικονομίας, από το νομικό σύστημα έως την ίδια την κυβέρνηση. Κύριος παράγοντας της διαφθοράς, ο οποίος την έχει καταστήσει συστηματική, είναι το χαμηλό επίπεδο των αμοιβών των εργαζομένων της κυβέρνησης και ευρύτερα, το πρόβλημα της τεράστιας ανισοκατανομής του πλούτου που επικρατεί στο εσωτερικό της χώρας. Η παρούσα κυβέρνηση, δίνει καθημερινό αγώνα για την αναδιάρθρωση της οικονομίας, την ανακατανομή του πλούτου και της ανάπτυξης και ισχυροποίησης της μεσαίας οικονομικής τάξης. Αν, παρά τα επιβληθέντα μέτρα, το Μεξικό συνεχίζει να έχει προβλήματα διαφθοράς, θα επέλθει απογοήτευση στους ξένους επενδυτές και θα κλονιστούν οι σχέσεις εμπιστοσύνης.

Τέλος το Μεξικό θα πρέπει να έρθει αντιμέτωπο με τον μεγαλύτερο ίσως δαίμονα του ο οποίος τον ταλανίζει χρόνια, τη μάστιγα των ναρκωτικών. Οι βίαιες επιθέσεις και τα αιματηρά «ξεκαθαρίσματα» λογαριασμών αποτελούν πλέον συχνό φαινόμενο στο Μεξικό, ενώ πρωταγωνιστικό ρόλο παίζουν τα γνωστά «καρτέλ ναρκωτικών» με κυρίαρχους τους Ζέτας και το Καρτέλ του Κόλπου, των οποίων ο εμφύλιος πόλεμος έχει κυριολεκτικά αιματοκυλήσει την Νότια Αμερική. Τα καρτέλ αυτά συνεργάζονταν τέλεια μεταξύ τους και η ζωή στον υπόκοσμο και στον υπόλοιπο κόσμο κυλούσε σχετικά ήρεμα μέχρι το 2006 περίπου, όταν ανέλαβε πρόεδρος της χώρας ο Φελίπε Καλδερόν ο οποίος ορκίστηκε να πατάξει την δράση των καρτέλ με κάθε τρόπο. Το αποτέλεσμα ήταν να πυροδοτήσει μία βεντέτα άνευ προηγουμένου στρέφοντας το ένα καρτέλ εναντίον του άλλου με βίαιες συμπλοκές, διαμελισμένα πτώματα κρεμασμένα από γέφυρες και συνολικά 38.000 νεκρούς μέσα σε μόλις έξι χρόνια, αριθμός που ξεπερνάει ακόμα και αυτόν των θυμάτων της Μεγάλης Μεξικάνικης Επανάστασης Ανεξαρτησίας (Μπρούστα, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Αγορά Υγείας του Μεξικού

2.1 Το Υγειονομικό Σύστημα στο Μεξικό

Η δημιουργία και ανάπτυξη του Υγειονομικού συστήματος του Μεξικού ανάγεται τη δεκαετία του '30 με τη χρηματοοικονομική ενίσχυση των ΗΠΑ. Το 1937, ιδρύεται το Υπουργείο Υγείας με απώτερο σκοπό την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης όλου του πληθυσμού ανεξαιρέτως (ένας στόχος που δεν έχει επιτευχθεί πλήρως και που το Υπουργείο προσπαθεί να εξασφαλίσει μέχρι και σήμερα).

Από το 1940 και μετά ξεκινούν οι προσπάθειες για τη δημιουργία ενός σταθερού και αποδοτικού Συστήματος Υγείας. Οι δημόσιοι πόροι που διατίθενται για υγειονομική περίθαλψη εστιάζουν στην παραγωγή εξειδικευμένου εργατικού δυναμικού, νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και ιατρικού εξοπλισμού. Έτσι οδηγούμαστε στην ίδρυση 3 (τριών) μεγάλων υποσυστημάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης με τις εξής αρμοδιότητες:

1. Μια σειρά Κοινωνικών Ιδρυμάτων Ασφάλισης (IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX κτλ), η οποία φροντίζει για:

- I. Ιατροφαρμακευτική κάλυψη των εργαζόμενων και των οικογενειών τους
- II. Ασφάλιση ανέργων
- III. Ασφάλεια αναπηρίας
- IV. Ασφάλεια ζωής
- V. Συνταξιοδοτικές παροχές.

Όλες οι παραπάνω παροχές χρηματοδοτούνται από τους εργοδότες, από φόρους μισθωτών εργαζόμενων και από υποχρεωτικές κρατικές εισφορές.

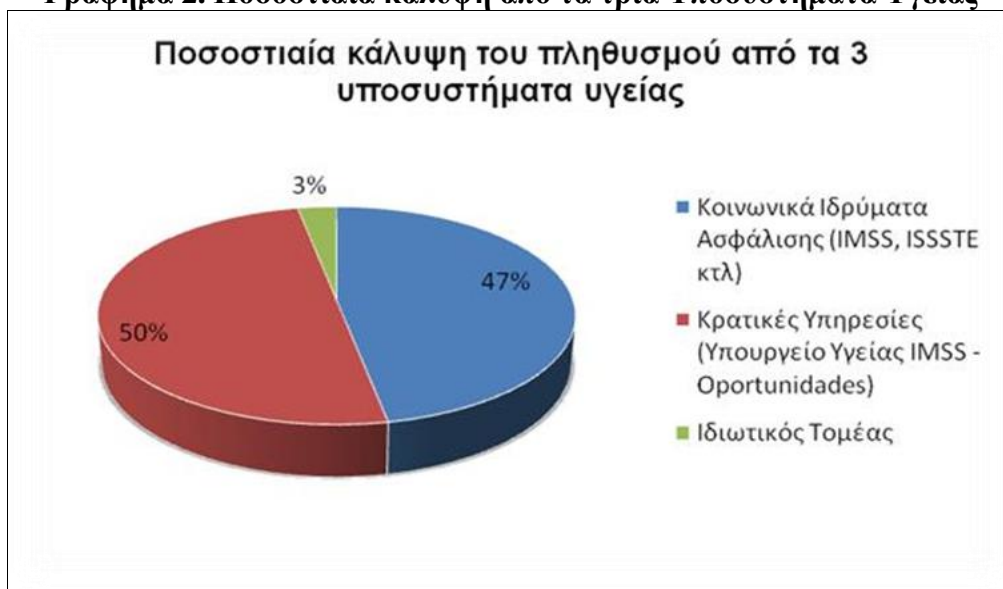
Τα Κοινωνικά αυτά Ιδρύματα είναι υπεύθυνα για την ασφάλιση του 47% του πληθυσμού της χώρας, τα σημαντικότερα εκ των οποίων είναι:

- Το Μεξικανικό Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης (IMSS – Instituto Mexicano del Seguro Social) με έτος ίδρυσης το 1943, το οποίο παρέχει

ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε εργάτες και ανώτατα στελέχη βιομηχανίας.

- Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης και Υπηρεσιών για Κρατικούς εργαζόμενους (ISSSTE – Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado) με έτος ίδρυσης το 1960, το οποίο παρέχει υπηρεσίες σε ομοσπονδιακούς και κρατικούς εργαζόμενους.
2. Μια σειρά Κρατικών Υπηρεσιών, με επικεφαλής το Υπουργείο Υγείας και ένα υποσύστημα του Ινστιτούτου Κοινωνικής Ασφάλισης (IMSS – Oportunidades, 1973), η οποία είναι επιφορτισμένη με την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο κομμάτι του πληθυσμού που δεν ασφαλίζεται από τα Κοινωνικά Ιδρύματα, δηλαδή τον φτωχό πληθυσμό, τους ανειδίκευτους εργάτες και τους αυτοαπασχολούμενους. Παρέχει τις ίδιες ακριβώς υπηρεσίες με τα Κοινωνικά Ιδρύματα, εστιάζοντας σε διαφορετικό μερίδιο πληθυσμού, δηλαδή στους ανασφάλιστους. Οι Κρατικές αυτές Υπηρεσίες είναι υπεύθυνες για το 50% του πληθυσμού της χώρας.
- Με βάση στατιστικά δεδομένα, 5 στους 10 Μεξικανούς έχουν έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης εξαιτίας του κοινωνικού υποβάθρου τους.
3. Ένα μεγάλο Ιδιωτικό τομέα ασφάλισης, ο οποίος είναι καθαρά αυτοχρηματοδοτούμενος, αφού η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης καλύπτει μόλις το 3% του πληθυσμού.

Γράφημα 2. Ποσοστιαία κάλυψη από τα τρία Υποσυστήματα Υγείας



2.2 Τρωτά Σημεία & Προσπάθειες Εξάλειψής αυτών

Ωστόσο, παρά την φαινομενικά ορθή και αποδοτική εικόνα που παρουσιάζει το Σύστημα Υγείας του Μεξικού, παρατηρούνται σημαντικά προβλήματα, τα οποία είναι τα εξής:

- Κατακερματισμός και έλλειψη συντονισμού
- Ανισότητα στην πρόσβαση περίθαλψης
- Δυσαρέσκεια με τις παρεχόμενες υπηρεσίες
- Ανισορροπία των πόρων (E. Rios, 2006)

Παρά τις αξιόλογες κινητοποιήσεις της κυβέρνησης για την ίδρυση ενός ορθού και λειτουργικού συστήματος υγείας, τα προαναφερθέντα προβλήματα τις κατέστησαν ελλειπείς έως και μάταιες. Μέχρι και τη δεκαετία του '70 η υγεία ως αγαθό δεν κατείχε δεσπόζουσα θέση ως παράμετρος της ανάπτυξης και δεν είχε την καθολική αναγνώριση ως κοινωνικό δικαίωμα. Αναλυτές αλλά και φορείς λήψης αποφάσεων, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ανθρώπινη ευημερία σε όρους υγείας έκρυβε το πραγματικό νόημα της ανάπτυξης και ότι η υγειονομική περίθαλψη ταυτιζόταν με την οικονομική ευημερία. Η νέα αυτή στάση και αντιμετώπιση του όρου της υγείας επέβαλε σημαντικές μεταρρυθμίσεις και τροποποίηση του Συντάγματος, ενέργειες οι οποίες υλοποιούνται τον Φεβρουάριο του 1984, μέσα από την ψήφιση του νέου Γενικού Νόμου για την υγεία από το Μεξικανικό Κογκρέσο.

Ο νέος αυτός νόμος, όριζε μια σειρά βασικών υπηρεσιών υγείας με πρόσβαση και κάλυψη καθολικού χαρακτήρα, για την τήρηση του οποίου ήταν υπεύθυνη η Μεξικανική κυβέρνηση. Ήδη από τον Αύγουστο του 1984, το πρόγραμμα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο προσδιόριζε τις ενέργειες που ήταν απαραίτητες για την εξασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης, πήρε έγκριση και άρχισε να εφαρμόζεται. Υπό την καθοδήγηση των μεταρρυθμίσεων και των προγραμμάτων αυτών, χτίστηκε το πλαίσιο μέσα στο οποίο η βάση της υγειονομικής περίθαλψης όφειλε να μεταβληθεί. Το κανονιστικό αυτό πλαίσιο εκφραζόταν μέσα από 5 (πέντε) μεγάλους στρατηγικούς στόχους:

- την Αποκέντρωση
- την Τομεοποίηση
- τον Διοικητικό εκσυγχρονισμό

- τον Διατομεακό συντονισμό και
- την Συμμετοχή της κοινότητας

Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές διεκόπησαν, όταν η χώρα βρέθηκε αντιμέτωπη με μια τεράστια φυσική καταστροφή. Ο σεισμός μεγέθους 8,1 της κλίμακας ρίχτερ που έπληξε την πόλη του Μεξικού ήταν ένας από τους ισχυρότερους, τόσο σε μέγεθος όσο και σε διάρκεια, στο πέρας του αιώνα. Η μετασεισμική δραστηριότητα επιπλέον, επιδείνωσε την καταστροφική δύναμη του σεισμού.

Οι νεκροί που ανασύρθηκαν από τα συντρίμια έφτασαν τους 5.000 χωρίς να συνυπολογίζεται ο αριθμός των αγνοούμενων ο οποίος θα μπορούσε να αυξήσει τον αριθμό αυτό στο διπλάσιο. Παρότι, οι μεγαλύτερες κατοικημένες περιοχές της πόλης δεν επηρεάστηκαν εκτενώς, 60.000 άνθρωποι έμειναν άστεγοι, μια κατάσταση η οποία δεν διευθετήθηκε πλήρως ούτε μετά το πέρας του ενός μήνα, αφού ακόμα και τότε 29.000 άνθρωποι ζούσαν σε προσωρινές κατοικίες και στρατόπεδα.

Αναφορικά τώρα με τις υγειονομικές υποδομές, η καθυστερημένη εκκένωση των νοσοκομειακών μονάδων συνετέλεσε στην επέκταση της καταστροφής. Το Εθνικό Ιατρικό Κέντρο του Μεξικού το οποίο αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα νοσοκομειακά συγκροτήματα στη Λατινική Αμερική, υπέστη σοβαρές καταστροφές. Οι περισσότερες από τις απολεσθέντες κλίνες αποτελούσαν παροχές του Μεξικανικού Ινστιτούτου Κοινωνικής Ασφάλισης (IMSS) και ανήκαν στην τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπολογίζεται ότι το 1/3 των κλινών του Ινστιτούτου καταστράφηκε μόνο από το συγκεκριμένο νοσοκομειακό συγκρότημα. Επιπλέον, ο έτερος μεγάλος φορέας κοινωνικής ασφάλισης, το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης και Υπηρεσιών για Κρατικούς εργαζόμενους (ISSSTE) υπολογίζεται ότι έχασε το 36% των κλινών του, ποσοστό που μεταφράζεται σε αριθμητικούς όρους ως 867 κλίνες. Τέλος, οι ασθενείς, οι γιατροί και το ευρύτερο προσωπικό μαζί με τους φοιτητές ιατρικής που έχασαν τη ζωή τους στα νοσοκομεία, άγγιζαν τους 900 σε αριθμό. (Soberon, et al., 1986)

Οι καταστροφικές αυτές συνέπειες του σεισμού έφεραν στην επιφάνεια τα τρωτά σημεία του παλιού μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης. Η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των νοσοκομειακών συγκροτημάτων, αλλά και οι δυσλειτουργικές παρεχόμενες υπηρεσίες, αποτελούσαν κατάλοιπα του παλιού μοντέλου, τα οποία έπρεπε να εξαλειφθούν. Η χώρα έπρεπε να επουλώσει τις πληγές

της και να συνεχίσει στην πορεία αναδιοργάνωσης που είχε χαράξει πριν από το σεισμό.

Μέσα σε αυτό το πνεύμα πορεύτηκε το Μεξικό για τα υπόλοιπα χρόνια. Οι μεταρρυθμίσεις και η αναδιοργάνωση του τομέα της υγείας στο πέρας των χρόνων αυτών, είχε ως αποτέλεσμα την ίδρυση του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας στην Υγεία (SSP-System of Social Protection in Health) το 2003, χρονιά ορόσημο αφού το συγκεκριμένο σύστημα αποτελεί τη θεμελιώδη μεταρρύθμιση του ισχύοντος φορέα διαχείρισης. Στόχος του είναι η οικονομική προστασία των ατόμων που στερούνται της κοινωνικής ασφάλισης μέσα από την εξασφάλιση νέων πόρων για το υγειονομικό σύστημα και την ανακατανομή των οικονομικών ροών από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση σε τοπικό επίπεδο.

Το κύριο στρατηγικό σχέδιο του συστήματος αυτού ήταν ο σχεδιασμός ενός βοηθητικού και προαιρετικού προγράμματος υγειονομικής ασφάλισης (Seguro Popular) το οποίο αν και προτάθηκε αρχικά το 2001, ξεκίνησε την δράση του το 2003 μετά την νομιμοποίηση του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας. Η χρηματοδότηση του προγράμματος γίνεται μέσα από την συνεργασία της Ομοσπονδιακής Κυβέρνησης και των Τοπικών Κυβερνήσεων οι οποίες συλλέγουν ένα μικρό υποτυπώδες ποσό με την μορφή οικονομικού ασφαλιστρού από κάθε νεοεισερχόμενο στο πρόγραμμα νοικοκυριό. Εξαιτίας αυτής της συσχέτισης και αλληλεξάρτησης της χρηματοδότησης με τον αριθμό των συμμετεχόντων, προτεραιότητα στην διάθεση των οικονομικών αυτών πόρων έχουν οι τοπικές κοινωνίες με χαμηλά επίπεδα κοινωνικής ασφάλισης και παροχής πόρων από τα υπάρχοντα ομοσπονδιακά κονδύλια. Προϋπόθεση για να είναι εφικτή η διάθεση των πόρων αυτών ήταν η εξάλειψη των ανισοτήτων της δημόσιας χρηματοδότησης για υγειονομική περίθαλψη, των εκάστοτε ανασφάλιστων σε τοπικό επίπεδο, μέχρι το 2010. Ο επικουρικός αυτός χαρακτήρας του προγράμματος κατάφερε να δώσει κίνητρο στις τοπικές κοινότητες για την ευρύτερη κάλυψη όσο το δυνατόν περισσότερων νοικοκυριών αλλά και για την βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. (OECD, 2005)

Παρά τον προσεκτικό σχεδιασμό του νέου μεταρρυθμιστικού προγράμματος, η επιτυχής εφαρμογή του θα παραμείνει σημαντική πρόκληση για τις αρχές του Μεξικού. Τα σημαντικότερα προβλήματα που εμφάνισε το πρόγραμμα ήταν τα εξής:

- Εξάρτηση των διαθέσιμων πόρων από τη δημοσιονομική κατάσταση

- Μια πιθανή απαίτηση των χρηστών για μεγαλύτερο εύρος υπηρεσιών
- Εστίαση των φορέων στους εγγεγραμμένους του προγράμματος και αδιαφορία για τους μη εγγεγραμμένους.
- Ανεπάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών συγκριτικά με τη ζήτηση (OECD, 2005)

Έως και σήμερα το Μεξικό δεν έχει καταφέρει να καλύψει πλήρως τις ανάγκες του και να καλύψει τους στόχους. Η καθολική κάλυψη και πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί πρόβλημα που απασχολεί ακόμα τη χώρα. Η παράθεση των στατιστικών δεδομένων του ΟΟΣΑ αλλά και η διαγραμματική απεικόνιση τους στο παρακάτω κεφάλαιο θα μας βοηθήσουν στην κατανόηση των τρωτών σημείων και των αδυναμιών που παρουσίαζε το μοντέλο της χώρας.

2.3 Στατιστικά Στοιχεία πάνω στην Υγειονομική Περίθαλψη

Η κοινωνική ανισότητα, η πολυπλοκότητα του υγειονομικού συστήματος περίθαλψης και η αδυναμία παροχής ποιοτικών υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στην ζήτηση, αποτελούν στοιχεία του Μεξικού τα οποία είναι ευκόλως διακριτά μέσα από την παράθεση των παραπάνω. Η παρουσίαση ωστόσο, στατιστικών δεδομένων για τα παραπάνω στοιχεία θα μας βοηθήσει να κατανοήσουμε εκτενέστερα το εύρος αυτών των προβλημάτων.

Μέχρι και το 2002 τα στατιστικά στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί και απεικονίζουν την υγειονομική κατάσταση της χώρας δεν είναι καθόλου ενθαρρυντικά και αποκαλύπτουν την τρωτότητα του μοντέλου του Μεξικού. Το χάσμα που υπάρχει τόσο σε τοπικό επίπεδο (επίπεδο αστικού κέντρου – επαρχίας) όσο και σε οικονομικό επίπεδο (επίπεδο εύπορης – φτωχής τάξης) διαφαίνεται σε όλες τις πτυχές της υγείας.

Τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, για την εύπορη κοινωνική τάξη αγγίζουν μόλις τους 9 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις, εν αντιθέσει με τους 103 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις που κατέχει η φτωχή τάξη του Μεξικού. Οι γυναίκες της εύπορης τάξης έχουν οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στα νοσοκομεία για τοκετό ξεπερνούν το 80%. Αντίστοιχα, οι γυναίκες της φτωχής τάξης δεν καταφέρνουν να αγγίξουν το 10%. Αναφορικά με τις υλικοτεχνικές υποδομές του υγειονομικού συστήματος, διακρίνονται και σ' αυτές μεγάλες ανισοκατανομές και ανισορροπίες (βλ. Παράρτημα Α – Πίνακας Α.1). Χαρακτηριστικά η αντιστοιχία των γιατρών ανά 100.000 κάτοικους, για τα χαμηλά εισοδήματα είναι λιγότερο από 5, και η

αντιστοιχία των κλινών ανά 100.000 κάτοικους είναι λιγότερο από 1. Μεταβαίνοντας στα υψηλότερα εισοδήματα η αντιστοιχία αυτή αλλάζει καθώς έχουμε κοντά στους 20 γιατρούς και τις 15 κλίνες ανά 100.000 κάτοικους. Σε τοπικό τώρα επίπεδο, διαφαίνεται η έλλειψη πρόνοιας στην επαρχία αφού το 40% των γυναικών που ζουν σε αυτή φέρουν αναιμία, ποσοστό πολύ υψηλότερο από το 26% που αποτελεί το μέσο όρο του Μεξικού (βλ. Παράρτημα Α – Πίνακας Α.2). Η πολυπλοκότητα τώρα, του συστήματος φαίνεται μέσα από την τάση του συνολικού πληθυσμού του Μεξικού (εύποροι – φτωχοί) για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη. Η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία αποτελεί το 52,9% της συνολικής δαπάνης για υγεία. Το καθεστώς αυτό, πλήττει κυρίως τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα, καθότι είναι πιο ευάλωτα και επιρρεπή σε ασθένειες με το 7% αυτών, να δίνει υπέρογκες δαπάνες για υγεία. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα υψηλά εισοδήματα είναι μόλις 3%. Τα ποσοστά αυτά είναι αποτέλεσμα της χαμηλής θέσης που κατέχει η δημόσια υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ, που αγγίζει μόλις το 5,6% και η μέση κατά κεφαλήν δαπάνη τα 240 USD. Συγκεκριμένα, ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης αντιπροσωπεύει το 33% της συνολικής δαπάνης για την υγεία και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας προσδίδουν άλλο ένα 13%, ποσοστά πολύ χαμηλά συγκριτικά με τις ανάγκες της χώρας. Το υπόλοιπο 54% της συνολικής δαπάνης χρηματοδοτείται άμεσα από τα νοικοκυριά, συνθέτοντας έτσι τον ιδιωτικό τομέα παροχής υγείας, του οποίου η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως τοις μετρητοίς από τα νοικοκυριά με ποσοστό 96% και μέσα από προπληρωμένη ασφάλιση με ποσοστό 4%. Τα παραπάνω ποσοστά φανερώνουν τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού προς τις δημόσιες παρεχόμενες υπηρεσίες (βλ. Παράρτημα Α – Πίνακας Α.3). Την αμφισβήτηση των υπηρεσιών αυτών έρχεται να μας επιβεβαιώσει το γεγονός ότι από τα 4.000 νοσοκομεία που ο δημόσιος τομέας έχει στην κατοχή του, μόλις το 13% έχει πιστοποιηθεί, ενώ συνεχίζει να υπάρχει περιορισμένη παρακολούθηση της ποιότητας των γιατρών. (Barraza-Lloréns, et al., 2002)

Από το 2002 και έπειτα, η χώρα φαίνεται ότι μπαίνει σε ρυθμούς ανάκαμψης προσπαθώντας να βελτιώσει την άσχημη εικόνα της υγείας που παρουσιάζει. Κύριος στόχος είναι η μείωση της θνησιμότητας, ανεξαρτήτου ηλικίας, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης. Χαρακτηριστικά, ενώ ο ρυθμός μείωσης της θνησιμότητας των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού τις δεκαετίες '90 – 2000 είναι μόλις 1,8%, μέσα στα έτη 2000 – 2005 αυξάνεται στο 3,9%. Το Υπουργείο Υγείας δίνει επίσης έμφαση στην καταπολέμηση του AIDS αφού με τη βοήθεια του Seguro

Popular μέχρι και το 2006 καταφέρνει να παρέχει θεραπεία σε 15.750 φορείς, σε αντίθεση με τους 2.350 που ήταν σε θέση να εξυπηρετήσει το 2000. Με την ίδια φιλοσοφία αντιμετωπίζεται τόσο ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας, που είναι η δεύτερη αιτία θανάτου παιδιών σχολικής ηλικίας, όσο και ο καρκίνος του τραχήλου των γυναικών στον οποίο επιτυγχάνεται μείωση της θνησιμότητας κατά 22%. Ακόμη παρατηρείται μια πρωτοφανής αύξηση του ποσοστού των προληπτικών ελέγχων για μη μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως ο έλεγχος για αρτηριακή πίεση που παρουσιάζει ποσοστό 52% και η μαστογραφία με ποσοστό 71%. Τέλος, το Μεξικό τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιάσει ένα από τα πιο επιτυχημένα προγράμματα εμβολιασμού παγκοσμίως, η κάλυψη του οποίου αγγίζει το 95%.

Ωστόσο, παρά τα θετικά και ελπιδοφόρα στατιστικά στοιχεία που παρουσίαζε τα τελευταία χρόνια, η χώρα δεν κατάφερε να ανταπεξέλθει στην παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008, μια κρίση που είχε σημαντικές επιπτώσεις και στον τομέα της υγείας.

Υπολογίστηκε πως το συνολικό κόστος υγείας για το Μεξικό ήταν 6,2% του ΑΕΠ για το 2010, το δεύτερο χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ. Για το 2010 το κατά κεφαλήν κόστος υγείας ήταν 916 USD σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είναι 3268 USD. Το κόστος υγείας αυξήθηκε σε πραγματικές τιμές κατά μέσο όρο 4,1% κάθε χρόνο μεταξύ του 2000 έως 2009, αλλά αυτός ο αναπτυξιακός ρυθμός έπεσε στο 1,5% το 2010. Ο δημόσιος τομέας ενώ είναι η κυριότερη πηγή χρηματοδότησης για την υγεία σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, το Μεξικό εξακολουθεί να μην ενστερνίζεται αυτή τη φιλοσοφία και η υγεία της χώρας συνεχίζει να εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον ιδιωτικό τομέα. Οι προμήθειες υγειονομικής περίθαλψης είναι χαμηλές σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΟΣΑ. Στην πραγματικότητα όλοι οι τομείς (εργατικό δυναμικό, γιατροί, τεχνολογία) βρίσκονται κάτω από τον μέσο όρο.

Αναφορικά τώρα με τους πόρους και τις υποδομές στον τομέα υγείας, η παροχή φροντίδας υγείας είναι χαμηλή στο Μεξικό σύμφωνα με τα πρότυπα του ΟΟΣΑ. Ενώ ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο, στο σύνολο του πληθυσμού, αυξήθηκε σημαντικά στο Μεξικό κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών από 1 εν ενεργεία γιατρό ανά 1000 κατοίκους το 1990, σε 2 το 2010, ο γιατρός σε αναλογία πληθυσμού παρέμεινε αρκετά κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ στο 3,1 το 2010. Υπήρχαν 2,5 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους το 2010, πολύ λιγότερο από το μέσο όρο του 8,7, στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών για

θεραπευτική φροντίδα ήταν 1,6 ανά 1000 κατοίκους το 2010, λιγότερο από το μισό του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (3,4 κλίνες). Κατά την τελευταία δεκαετία, υπήρξε ταχεία αύξηση στη διαθεσιμότητα των διαγνωστικών τεχνολογιών, όπως αξονική τομογραφία (CT), σαρωτές και η μαγνητική τομογραφία (MRI) στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ. Δεν προκαλεί έκπληξη δεδομένου του υψηλού κόστους τους, το γεγονός ότι ο αριθμός των MRIs στο Μεξικό παρέμεινε χαμηλότερος από ό, τι σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, στο 2,0 ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2010, σε σύγκριση με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ 12,5. Ο αριθμός των αξονικών τομογράφων στο Μεξικό ήταν 4,8 ανά εκατομμύριο πληθυσμού το 2010, ποσοστό που κυμαίνεται επίσης κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ 22,6.

Ως συμπέρασμα, ανέπαφοι από την κρίση δεν θα μπορούσαν να μείνουν τόσο οι δείκτες του προσδόκιμου ζωής και της θνησιμότητας, όσο και τα ποσοστά χρόνιων ασθενειών.

Οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν μεγάλη αύξηση του προσδόκιμου ζωής τις τελευταίες δεκαετίες, χάρη στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αλλά και στις παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία και την πρόοδο στην ιατρική περίθαλψη. Από το 1960, το Μεξικό γνώρισε μια από τις μεγαλύτερες αυξήσεις του προσδόκιμου ζωής στη ζώνη του ΟΟΣΑ, με κέρδη σχεδόν 18 έτη. Παρ'όλα αυτά, το 2010, το προσδόκιμο ζωής στο Μεξικό ήταν στα 75,5 χρόνια ποσοστό περίπου τέσσερα χρόνια χαμηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (79,8 έτη). Το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας στο Μεξικό έχει πέσει σε μεγάλο βαθμό τις τελευταίες δεκαετίες, από 92,3 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις το 1960 σε 14,1 θανάτους το 2010. Παρόλα αυτά, εξακολουθεί να είναι πολύ υψηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που κυμαίνεται στους 4,3 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις.

Τέλος, τα ποσοστά παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, αν και υπάρχουν αξιοσημείωτες διαφορές. Στο Μεξικό, το ποσοστό παχυσαρκίας των ενηλίκων - με βάση τα πραγματικά μέτρα ύψος και το βάρος - ήταν 30% το 2006, από 24% το 2000. Αυτό είναι το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες (36% το 2010). Η αυξανόμενη επικράτηση της παχυσαρκίας προεικονίζει αύξηση στην εμφάνιση των προβλημάτων υγείας (όπως ο διαβήτης και καρδιαγγειακές παθήσεις), και αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης στο μέλλον (OECD, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Σύγκριση Μεξικό με Ελλάδα και Γερμανία

Σε αυτή την θεματική ενότητα, θα παρουσιασθεί συγκριτική μελέτη μεταξύ 3 (τριών) χωρών, η μία εκ των οποίων είναι το προαναφερθείς Μεξικό. Οι άλλες δύο χώρες, θα έχουν βοηθητικό ρόλο για την κατανόηση της εξελικτικής πορείας της υγείας στο Μεξικό. Ως βοηθητικές χώρες, επομένως, επιλέγουμε την Γερμανία, ως χώρα πρότυπης οικονομικής δύναμης, και την Ελλάδα, με στόχο μια παράλληλη εξέταση της υγειονομικής πορείας της χώρας μας.

Για τη συγκριτική αυτή μελέτη, θα ορίσουμε 3 (τρεις) βασικούς, υπό εξέταση δείκτες. Το εύρος των δεικτών αυτών θα καλύπτει τόσο το επίπεδο υγιεινής και γενικότερα τη φυσική ποιότητα ζωής, όσο και τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία της εκάστοτε χώρας. Συνοπτικά, οι τρεις δείκτες θα είναι οι εξής:

- Προσδόκιμο ζωής
- Νοσοκομειακές κλίνες και
- Δημόσιες δαπάνες για την υγεία.

Τέλος, για τη βέλτιστη παρακολούθηση της εξελικτικής πορείας της υγείας στο πέρασ του χρόνου, ορίζουμε ως εξεταζόμενα έτη το 1960, ως απαρχή της υγειονομικής υποδομής, το 2000, ως έτος συνεχούς εξέλιξης και προόδου της υγείας και το 2010, ως εναρκτήριο έτος της ισχύουσας οικονομικής κρίσης.

3.1 Προσδόκιμο Ζωής

Ως Προσδόκιμο ζωής ορίζουμε, τα χρόνια που αναμένεται να ζήσει ένα μέσο άτομο μιας δεδομένης ηλικίας. Πολυάριθμοι παράγοντες επηρεάζουν το προσδόκιμο ζωής, συμπεριλαμβανομένων των συνηθειών (π.χ. κάπνισμα), των χρόνιων νόσων (π.χ. συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, νεφροπάθεια τελικού σταδίου ή καρκίνοι), του φύλου (οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες) και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Ιατρικό Λεξικό, 2014).

Στον κάτωθι Πίνακα διαφαίνεται η εξελικτική πορεία του Προσδόκιμου Ζωής στις 3 (τρεις) υπό εξέταση χώρες:

Πίνακας 2. Προσδόκιμο ζωής

Προσδόκιμο ζωής			
ΧΩΡΕΣ \ ΕΤΗ	1960	2000	2010
Μεξικό	57,3	74	74,1
Ελλάδα	68,9	78	80,6
Γερμανία	69,5	77,9	80,5

OECD, OECD Health Data 2000

Όπως είναι φανερό, το Μεξικό παρουσιάζει την μεγαλύτερη άνοδο του προσδόκιμου ζωής ανάμεσα στις τρεις εξεταζόμενες χώρες, αφού κατάφερε να το αυξήσει κατά 16,7 έτη από το 1960 έως το 2000. Σημαντικός παράγοντας στην εξέλιξη αυτή, αποτέλεσε το γεγονός ότι το Μεξικό ήταν απρόθυμο να συμμετάσχει στη διεθνή χάραξη πολιτικής και έτσι μπόρεσε να επικεντρωθεί στην ενίσχυση των υποδομών της, της υγείας και σε θέματα κοινωνικής πρόνοιας, όπως η καταστολή της βίας. Ωστόσο, σύμφωνα με έρευνες και στατιστικές μετρήσεις, χρόνια ασθένειες όπως ο διαβήτης αποδίδεται στα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας της χώρας (περισσότερο από 90%). Σε παγκόσμιο επίπεδο είναι η δεύτερη σε κατατάξη χώρα στο θέμα της παχυσαρκίας. Στο σύνολο της χώρας το 70% των ενηλικών και 2 στα 3 παιδιά είναι παχυσαρκοί. Τα αποτελέσματα αυτά οδηγούν στην εμφάνιση του διαβήτη και σε ένα μέσο όρο ασθένειας 14,5 ετών, αλλά και στη μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 7 έτη. (Althaus, 2013)

Η Ελλάδα ακολουθεί στην ιεραρχία, με αύξηση κατά 9,1 έτη από το 1960 έως το 2000 και έχει το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις τρεις χώρες σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του 2010. Σύμφωνα με ιατρικές έρευνες, οι κυριότερες αιτίες θανάτου είναι: ο καρκίνος του πνεύμονα, ο καρκίνος του μαστού και χρόνια αναπνευστικά προβλήματα. (World Health Rankings, 2014) Αυτό οφείλεται στον αυξημένο αριθμό καπνιστών της χώρας. Η ετήσια κατανάλωση τσιγάρων ανά ενήλικα είναι 2.795, γεγονός που καθιστά την χώρα 3η παγκοσμίως (ERC, 2007).

Τέλος η Γερμανία αν και παρουσιάζει ενά εξίσου καλό με την Ελλάδα προσδόκιμο ζωής, έχει την μικρότερη αύξηση κατά τα έτη. Κορυφαία διάγνωση θανάτου θεωρούνται τα καρδιακά επεισόδια. Τα επεισόδια αυτά αποδίδονται στην υψηλή κατανάλωση αλκοόλ της χώρας, η οποία κατάτασσεται 20η σε παγκόσμια κλίμακα. (World Health Rankings, 2014) Ακόμα, η έξαρση του ιού HIV/AIDS στα τέλη του 2004 αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα που επιρρέασε την πορεία του

προσδόκιμου ζωής. Την περίοδο αυτή μολύνθηκαν 449.000 Γερμανοί με τον ιό και το πρώτο εξάμηνο του 2005 παρουσιάσθηκαν 1.164 νέες μολύνσεις. (Federal Research Division, 2005)

3.2 Νοσοκομειακές Κλίνες

Οι νοσοκομειακές κλίνες περιλαμβάνουν κρεβάτια νοσηλείας τα οποία είναι διαθέσιμα σε δημόσια, ιδιωτικά, γενικά και εξειδικευμένα νοσοκομεία αλλά και σε κέντρα αποκατάστασης. Στις περισσότερες περιπτώσεις συμπεριλαμβάνονται, τα κρεβάτια τόσο για οξείες όσο και για χρόνιες ασθένειες (NationMaster, 2014).

Πίνακας 3. Νοσοκομειακές Κλίνες

Νοσοκομειακές κλίνες (ανά 1.000 κατοίκους)			
ΧΩΡΕΣ \ ΕΤΗ	1960	2000	2010
Μεξικό	-	1,1	1,7
Ελλάδα	5,8	4,7	4,85
Γερμανία	10,5	9,1	8,25

OECD, OECD Health Data 2000

Για το έτος 1960, δεν ήταν εφικτή η καταμέτρηση των νοσοκομειακών κλινών στο Μεξικό. Μετά την ίδρυση του Seguro Popular, το έτος 2000, έχουμε την πρώτη καταγραφή στατιστικών στοιχείων αναφορικά με τις νοσοκομειακές κλίνες. Τα τελευταία χρόνια το Μεξικό προσπάθησε να αναπτύξει μια ισχυρή οικονομία επενδύοντας στις πολιτικές Κοινωνικής Πρόνοιας. Η χώρα διέθεσε ποσό ύψους 5,3 δις δολάρια για την κατασκευή, την επέκταση ή ανακαίνιση περισσότερων από 2.750 ιατρικών μονάδων (Villalobos, 2009).

Η ανάπτυξη των νοσοκομειακών υποδομών στην Ελλάδα ξεκίνησε μετά το 1980, και συγκεκριμένα μετά τη μεταρρύθμιση του 1983 η οποία απέβλεπε στην καθολική και ισότιμη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν στη μεταρρύθμιση αυτή ήταν η παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας μέσω της λειτουργίας 400 κέντρων υγείας, η ανάπτυξη νέων μονάδων υγείας και αγορά σύγχρονου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Με 15ετή χρονική υστέρηση το ελληνικό υγειονομικό σύστημα προσαρμόστηκε με τις βασικές αρχές που απέρρεαν από την εποχή της Ανάπτυξης και Ισοτιμίας η οποία χαρακτήριζε τα δυτικά υγειονομικά συστήματα (Γερμανία) το 1960 και το 1970. Το

γεγονός αυτό δικαιολογεί και το πολύ μικρό ποσοστό που παρουσιάζει η Ελλάδα το 1960 συγκριτικά με το δυτικό πρότυπο της Γερμανίας (Λιαρόπουλος, 2006).

Από το 1990 η Ελλάδα στο πλαίσιο μιας συνολικής αναμόρφωσης του συστήματος υγείας ακολουθεί το παράδειγμα πολλών χωρών της Ευρωπαϊκής ηπείρου (Βρετανία, Γαλλία, Ρουμανία, Γερμανία) και προβαίνει σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων. Σκοπός των συγχωνεύσεων αυτών είναι η μείωση των δαπανών, η βελτίωση της χωροταξικής κατανομής και η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα σημειώθηκε πτωτική πορεία κυρίως ως αποτέλεσμα της διακοπής της λειτουργίας μικρών ιδιωτικών κλινικών και της ανάπτυξης εναλλακτικών δομών νοσηλείας (κατ' οίκον νοσηλεία, μονάδες βραχείας νοσηλείας κλπ.) μέσα στην κοινότητα. Ως αποτέλεσμα της μείωσης του αριθμού των νοσοκομείων, μειώθηκε και η αναλογία των κλινών. Την περίοδο 2000 – 2010 η Ελλάδα παρουσίασε αύξηση των κλινών. Η εν λόγω αύξηση, θα μπορούσε να αποδοθεί στην ανάπτυξη νέων δημόσιων γενικών νοσοκομείων, τα οποία χρηματοδοτήθηκαν κυρίως από κονδύλια της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η αναλογία των νοσοκομείων και των κλινών σε σχέση με τον πληθυσμό στη χώρα ήταν πέμπτη μεγαλύτερη μετά την Πολωνία (η Γερμανία ήταν δεύτερη μετά τη Γαλλία) (Τσαβαλιάς, 2011).

3.3 Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία

Η έννοια των δαπανών υγείας, αναφέρεται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός για τις δαπάνες υγείας επιτρέπει την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά αφορά και δραστηριότητες που αναλαμβάνονται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να διατηρηθεί ένα επίπεδο υγείας (Canadian Institute, 2013).

Πίνακας 4. Δαπάνες Υγείας

Δημόσιες Δαπάνες για την Υγεία (% του ΑΕΠ)			
ΧΩΡΕΣ \ ΕΤΗ	1960	2000	2010
Μεξικό	-	2,6	2,9
Ελλάδα	1,5	4,7	6,4
Γερμανία	3,2	8,2	8,9

OECD, OECD Health Data 2000

Για το έτος 1960, δεν ήταν εφικτή η καταγραφή και απεικόνιση των δημοσίων δαπανών για την υγεία στο Μεξικό. Αυτό πιθανόν να οφείλεται και στην έλλειψη μιας αμιγούς κρατικής υπηρεσίας, υπεύθυνης για την υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού της χώρας. Μέχρι και το 1973, οπότε και ιδρύθηκε το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ασφάλισης (IMSS – Oportunidades), οι δημοσιονομικοί πόροι για την υγεία συγκεντρώνονταν από τους εργοδότες και τους μισθωτούς με τη μορφή φόρων, ενώ το κράτος είχε ένα ελάχιστο ποσοστό συμμετοχής στη χρηματοδότηση του τότε υπάρχοντος συστήματος υγείας. Παρά τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα που παρουσίασε η ίδρυση του Ινστιτούτου Κοινωνικής Ασφάλισης, ο σεισμός που έπληξε τη χώρα το 1985 ήρθε να ανακόψει την ανοδική πορεία του υγειονομικού συστήματος και την ορθή και αποδοτική διανομή των δημοσιονομικών δαπανών. Επιπλέον η τρωτότητα της χώρας στις οικονομικές κρίσεις του 1982 αλλά και του 1994 την κατέστησε ανίκανη να επικεντρωθεί τόσο στο συντονισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όσο και στη χρηματοδότηση του. Μόλις από το 2002 και έπειτα, η χώρα φαίνεται ότι μπαίνει σε ρυθμούς ανάκαμψης προσπαθώντας να βελτιώσει την άσχημη εικόνα του συστήματος υγείας που παρουσίαζε. Συγκεκριμένα βελτίωση παρουσιάστηκε το 2003, οπότε πραγματοποιήθηκε και ο σχεδιασμός του βοηθητικού και προαιρετικού προγράμματος υγειονομικής ασφάλισης (Seguro Popular). Ωστόσο, προς επανάληψη της ιστορίας μία ακόμα οικονομική κρίση, αυτή του 2008, απέτρεψε την ορθή κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων και ως επακόλουθο την αποδοτικότητα του συστήματος. Το γεγονός αυτό δικαιολογεί και την ανεπαίσθητη ποσοστιαία αύξηση της τάξης του 0,3%, των δημοσίων δαπανών για την υγεία μέσα στη δεκαετία 2000 – 2010.

Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, στα εξεταζόμενα έτη, επηρεάστηκε σημαντικά από μια σειρά ιστορικών γεγονότων και θεσμικών μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν στη χώρα. Το 1960, τόσο το ελληνικό

σύστημα υγείας όσο και ο προϋπολογισμός του, βρίσκοταν ακόμα σε πρώιμο στάδιο. Το 1967, επτά μόλις χρόνια από το εναρκτήριο έτος της έρευνάς μας, η εγκαθίδρυση στην Ελλάδα της δικτατορίας των συνταγματαρχών ανέστειλε την οποιαδήποτε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας αλλά και το 1970 η μεταρρύθμιση που επιχειρήθηκε με το «Σχέδιο Πάτρα», της οποίας κύριος στόχος ήταν η μέγιστη δυνατή ενοποίηση των πολυάριθμων ασφαλιστικών ταμείων και η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθενείας στον οποίο θα εντάσσονταν βαθμιαία όλα τα ταμεία υγείας, εμποδίστηκε από την στρατοκρατούμενη πολιτική εξουσία. Αξιοσημείωτη ήταν και η συρρίκνωση του ποσοστού του ΑΕΠ που διατέθηκε για δημόσιες δαπάνες υγείας, την ίδια περίοδο. Μόλις το 1974, η χώρα μπήκε στη μεταρρυθμιστική αναπτυξιακή της φάση, χρονική υστέρηση η οποία οφείλεται στην προαναφερθείσα δικτατορία των συνταγματαρχών. Κατά τη δεκαετία του 1980 το ποσοστό του ΑΕΠ που διατέθηκε για δημόσιες δαπάνες υγείας, ακολούθησε μια συνεχή αυξητική πορεία, η οποία όμως αναστάλθηκε τη δεκαετία του 1990, λόγω της πολιτικής αστάθειας που επικρατούσε στη χώρα. Παρατηρήθηκε ότι οι εφήμερες κυβερνήσεις αδυνατούσαν να ανταποκριθούν στη φιλοσοφία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για αποδοτικότητα και εξορθολογισμό στη χρήση των πόρων. (Υφαντόπουλος, 2006) Το γεγονός αυτό δικαιολογεί και την μικρή ποσοστιαία αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία στα έτη 1960 – 2000. Από το 2000 και έπειτα οι δαπάνες φαίνονταν να ακολουθούν μια σταθερή αυξητική πορεία, η οποία όμως αναστάλθηκε λόγω της επερχόμενης τότε οικονομικής κρίσης του 2008.

Ομοίως με την Ελλάδα, η εξελικτική πορεία των δαπανών της Γερμανίας ήταν αποτέλεσμα μιας σειράς κοινωνικοπολιτικών γεγονότων και ιστορικών συγκυριών που έλαβαν μέρος στη χώρα. Από το 1945 έως το 1990, η Γερμανία δεν ήταν ένα αυτόνομο κράτος όπως το γνωρίζουμε σήμερα, αλλά ήταν χωρισμένη σε Ανατολική και Δυτική Γερμανία όπου δέσποζαν δύο ξεχωριστά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Από τη μία το Δυτικό πρότυπο απέβλεπε στη χρηματοδότηση και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ αντίθετα το Ανατολικό εστίαζε στον κεντρικό σχεδιασμό και τον έλεγχο της. Το Δυτικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποδείχτηκε το πλέον αποδοτικό, αφού παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση των δαπανών στο πέρας του χρόνου. Ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ άγγιζαν το 1960 το 4,1%, το 1980 ανήλθαν στο 8,1% και το 1981

στο 8,4%. Μια ανεπαίσθητη μείωσή τους το 1990 στο 7,2% ήταν αποτέλεσμα της μεταρρύθμισης του νόμου για την υγεία που πραγματοποιήθηκε το 1989. Η επανένωση που ακολούθησε το 1990, η οποία προκλήθηκε από το χαμηλό επίπεδο πόρων που επικρατούσε στην Ανατολική Γερμανία, απέφερε απότομη αύξηση των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης η οποία άγγιξε το 9,6% του ΑΕΠ το 1991. Η ενοποίηση οδήγησε σε περαιτέρω ανοδική τάση τα έτη 1992 και 1995, ενώ έφερε σημαντικές διαφοροποιήσεις στην κατανομή των δαπανών του ταμείου υγείας. (Jakubowski, 1998)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία θέλαμε να εξετάσουμε την εξέλιξη της υγείας ενός πληθυσμού όταν η χώρα περνά μεγάλη οικονομική κρίση. Σαν χώρα αναφοράς πήραμε το Μεξικό μια χώρα που έχει αρκετά κοινά ιστορικά στοιχεία με την Ελλάδα αλλά διαφέρει από την χώρα μας, καθώς το Μεξικό είναι μια αρκετά φτωχή χώρα με μεγάλη ανισοκατανομή πλούτου.

Η ομοιότητα έγκειται στην μορφή του πολιτεύματος (δικτατορίες και απολυταρχικά καθεστώτα) και στις συνεχείς οικονομικές κρίσεις. Και τα δυο κράτη την εποχή της μεγάλης κρίσης τους ουσιαστικά δεν είχαν δικό τους νομίσματος. Οι κυριότερες διαφορές αφορούν το μέγεθος κάθε χώρας και την κατάταξη κάθε χώρας κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Η σύγχρονη ιστορία του Μεξικό καθορίστηκε από την κρίση της τεκίλας και τον φονικά σεισμό που κατέστρεψε μεγάλο μέρος της χώρας.

Από την μελέτη που προηγήθηκε είναι φανερό ότι οι οικονομικές κρίσεις σε συνδυασμό με τον φονικό σεισμό αποτέλεσαν τροχοπέδη για την σύγκλιση της οικονομίας με τις οικονομίες των ανεπτυγμένων χωρών. Αυτό είχε άμεση επίδραση στους δείκτες υγείας της χώρας. Υπάρχει πρόοδος με την πάροδο των ετών όμως ο ρυθμός ανάπτυξης των δεικτών υγείας δείχνει ότι υπάρχει μεγάλο διάστημα για να αναπτυχθεί.

Βιβλιογραφία

Althaus, D., 2013. «How Mexico got so fat». *Global Post*.

Atradius, 2013. *Trade successfully with Mexico; Ten important principles*, Amsterdam: Atradius, Press Releases.

Barraza-Lloréns, M., Bertozzi, S. & González-Pier, E., 2002. *Addressing Inequity in Health and Health Care in Mexico*, s.l.: Project HOPE–The People-to-People Health Foundation, Inc.

Canadian Institute, f. H. I., 2013. *Drug Expenditure in Canada, 1985 to 2012*, s.l.: Canadian Institute for Health Information.

Casillas, G., 2012. *Mexico Economic Outlook 2012*, s.l.: J.P. Morgan.

E. Rios, 2006. *The Mexican Health Care System: A Federal Perspective*, San Diego: Secretaria de Salud.

ERC, E. R. C., 2007. *World Cigarettes 1: The 2007 Report*. *ERC Statistics Intl Plc*, Washington: Government Printing Office.

FDIC, D. o. R. a. S., 2000. *History of the Eighties - Lessons for the Future; Volume I: An Examination of the Banking Crises of the 1980s and Early 1990s*, s.l.: Federal Deposit Insurance Corporation.

Federal Research Division, 2005. *Country Profile: Germany*, s.l.: Federal Research Division Publishing.

Federal Research Division, 2008. *Country Profile: Mexico, United States* : The Library of Congress.

Jakubowski, E., 1998. *Health Care Systems in the EU: A Comparative Study*, Luxembourg: European Parliament.

Krugman, P., 2009. *Η οικονομική κρίση του 2008 και η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Κατσανιώτη Α.Ε..

Mankiw, N. G., 2002. *Μικροοικονομική Θεωρία*. 4η επιμ. Αθήνα: Gutenberg.

NationMaster, 2014. *NationMaster*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.nationmaster.com>
[Πρόσβαση 2014].

OECD, 2005. *OECD Reviews of Health Systems: Mexico*, s.l.: OECD Publishing.

OECD, 2012. *OECD Health Data 2012: How Does Mexico Compare* , s.l.: OECD Publishing.

Soberon, G., Frenk, J. & Sepulveda, J., 1986. *The Health Care Reform in Mexico: Before and After the 1985 Earthquakes*, s.l.: s.n.

Villalobos, D. J. Á. C., 2009. *The Journal*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://journal.aarpinternational.org>

Villarreal, M. A., 2010. *The Mexican Economy After the Global Financial Crisis*, s.l.:

Congressional Research Service.

World Health Rankings, 2014. *World Life Expectancy: Live Longer Live Better*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.worldlifeexpectancy.com>

[Πρόσβαση 2014].

Ιατρικό Λεξικό, 2014. *iatronet*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.iatronet.gr>

Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ. & Σίσκου, Ο., 2006. *Ο τομέας Υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία*, s.l.: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών.

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Κ., Κ. & Κ., Σ., 2011. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*.

[Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.inhealthcare.gr>

[Πρόσβαση 2011].

Μπρούστα, Σ., 2012. *iefimerida*. [Ηλεκτρονικό]

Available at: <http://www.iefimerida.gr>

[Πρόσβαση 1 Δεκέμβριος 2012].

Τα Νέα, 1995. *Άτλας του Κόσμου*. Αθήνα: Dorling Kindersley - Τα Νέα.

Τσαβαλιάς, Κ., Σίσκου, Ο. & Λιαρόπουλος, Λ., 2011. *Συγκριτικές νοσοκομείων στην*

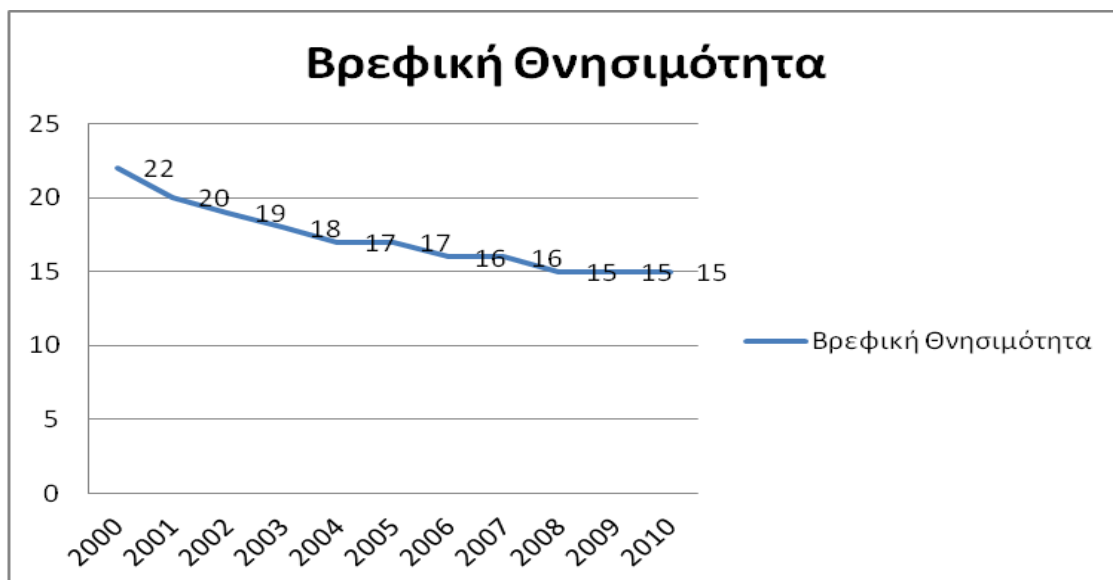
Ευρώπη: Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αθήνα: Εργαστήριο Οργάνωσης και

Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας.

Υφαντόπουλος, Ν. Γ., 2006. *Τα Οικονομικά της Υγείας*. Αθήνα: εκδόσεις Τυπωθήτω.

Παράρτημα Α: «Διαγραμματική Απεικόνιση Στατιστικών Στοιχείων 2000 - 2010»

Γράφημα 3. Βρεφική Θνησιμότητα



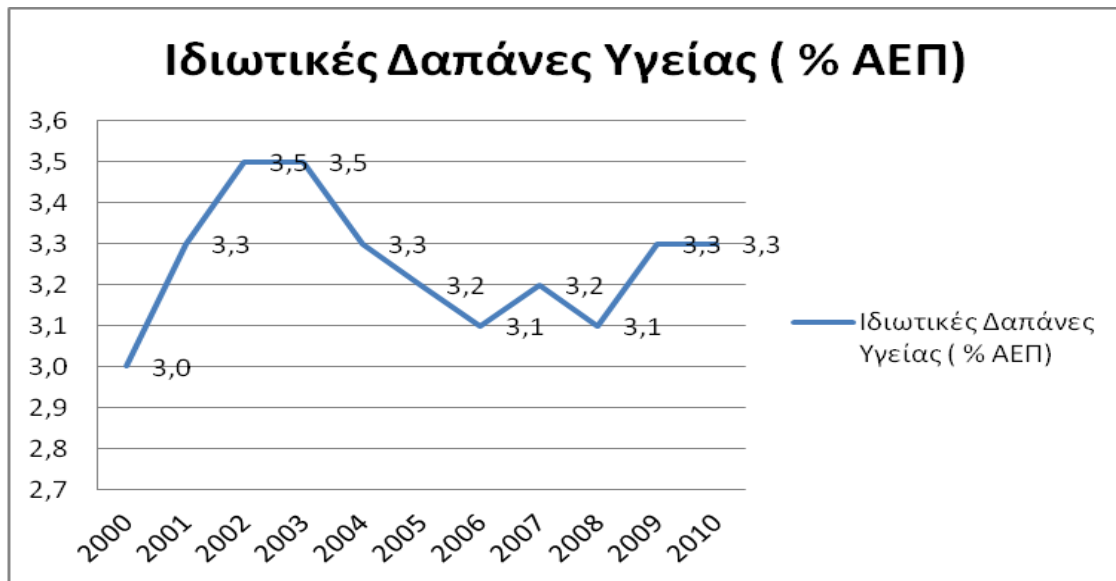
Πηγή: data.worldbank.org

Γράφημα 4. Γιατροί ανά 1.000 κατοίκους



Πηγή: OECD

Γράφημα 5. Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας



Πηγή: OECD