

## Η υγεία των Ελλήνων στην αρχή του 21ου αιώνα

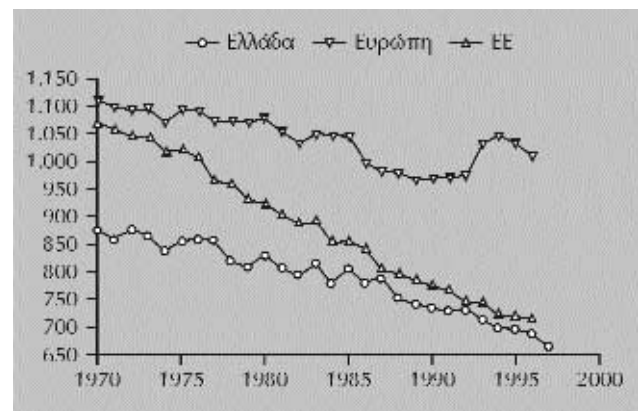
Η εντύπωση των περισσότερων πολιτών αλλά ακόμα και πολλών γιατρών, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου, είναι ότι η υγεία μας πολιορκείται από πλήθος καινοφανών κινδύνων. Ανάμεσα στους κινδύνους αυτούς περιλαμβάνεται η είσοδος χιλιάδων νέων χημικών ουσιών στο περιβάλλον μας (υπολογίζονται από 10.000–100.000 ετησίως), μεταξύ των οποίων χημικά συντηρητικά και άλλα πρόσθετα, οι πανταχού παρούσες διοξίνες, τα μαγνητικά πεδία, οι ακτινοβολίες των κινητών τηλεφώνων, το εξασθενημένο ουράνιο, τα γενετικώς τροποποιημένα τρόφιμα, η ψυχική ένταση (stress) και η ατμοσφαιρική ρύπανση. Στη χώρα μας, οι ανησυχίες αυτές είναι περισσότερο έκδηλες, λόγω ίσως και της μεσογειακής μας ιδιοσυγκρασίας, ενώ συχνά εκφράζονται απόψεις ότι αυξάνονται ραγδαίως οι θάνατοι από καρκίνο ή από καρδιοπάθειες. Ποια είναι άραγε η πραγματικότητα;

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) και ειδικότερα η Ευρωπαϊκή Ζώνη της, η οποία περιλαμβάνει, εκτός των ευρωπαϊκών χωρών, και όλες τις δημοκρατίες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, καθώς και την Τουρκία και το Ισραήλ, συλλέγει δεδομένα που αφορούν τη θνησιμότητα κατά φύλο, ηλικία και αιτία από όλες τις χώρες-μέλη, τα επεξεργάζεται και τα δημοσιοποιεί στο Διαδίκτυο. Τα διαθέσιμα στοιχεία παρουσιάζουν συνήθως υστέρηση τεσσάρων ή περισσότερων ετών, δηλαδή σήμερα (2001) τα πλέον πρόσφατα στοιχεία αφορούν το 1997. Τα στοιχεία είναι αξιόπιστα όσον αφορά τη γενική θνησιμότητα, δηλαδή τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες συνολικά, ενώ, αντίθετα, η κατά αιτίες θνησιμότητα εξαρτάται, σε σημαντικό βαθμό, από τον τρόπο καταγραφής των δεδομένων και τις διαγνώσεις του συρμού. Ως παράδειγμα, στη Γαλλία αποφεύγεται η καταγραφή της στεφανιαίας νόσου ως αιτίας θανάτου, ενώ, αντίθετα, υπερκαταγράφονται οι ηπατοπάθειες. Ένα σημαντικό πρόβλημα για την Ελλάδα, αλλά και για ο-

ρισμένες χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, ήταν η μέχρι πριν από λίγο αναγραφή ως αιτία θανάτου του «γήρατος» ή «συμπτωμάτων», τα οποία δεν συνιστούν κατά τις σύγχρονες ιατρικές αντιλήψεις αιτίες θανάτου. Η προοδευτική εγκατάλειψη της λανθασμένης αυτής τακτικής ήταν υπεύθυνη για το επιφανειακά παράδοξο φαινόμενο να αυξάνεται σε μερικά κράτη η θνησιμότητα από κακοήθεις νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα (που αθροιστικά ευθύνονται για περισσότερο από τα 3/4 των θανάτων) παρά τη μείωση της γενικής θνησιμότητας.

Στις εικόνες που ακολουθούν, η Ελλάδα συγκρίνεται με το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), καθώς και με το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ. Οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένων και των δημοκρατιών της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, έχουν γενικώς δείκτες πολύ χειρότερους από εκείνους των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών, όπως άλλωστε είχαν πριν από το 1990. Κατά συνέπεια, χρησιμότερη είναι η σύγκριση της Ελλάδας με τις χώρες της ΕΕ. Επισημαίνεται ότι όλοι οι δείκτες θνησιμότητας είναι προτυπωμένοι κατά ηλικία, δηλαδή έχει «εξουδετερωθεί» η πλασματική αύξηση της θνησιμότητας σε συνάρτηση με την ηλικία.

Στην εικόνα 1 φαίνεται η διαχρονική εξέλιξη της προτυπωμένης κατά ηλικία θνησιμότητας ανά 100.000 άτομα αμφότερων των φύλων στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ.



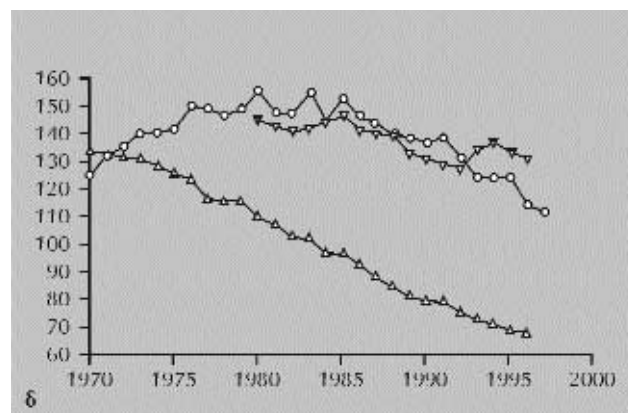
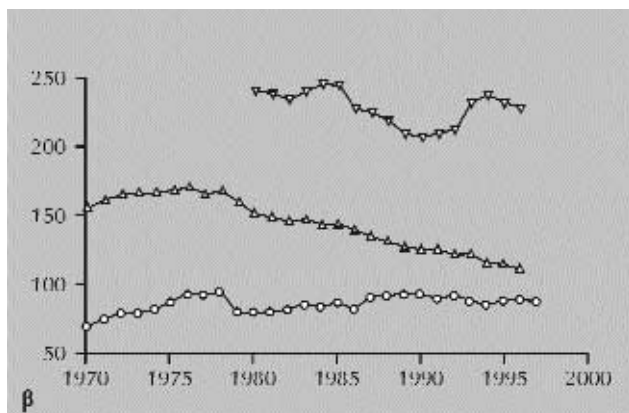
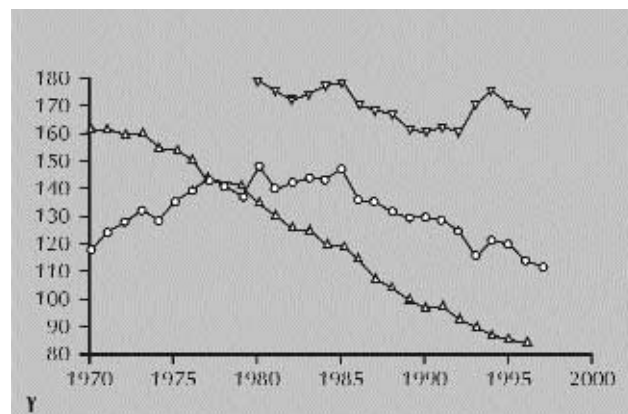
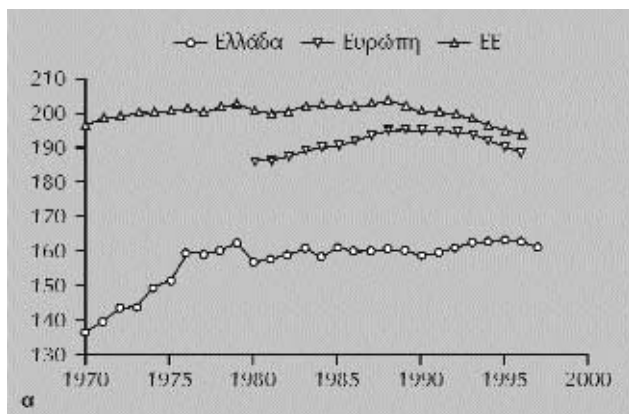
Εικόνα 1. Διαχρονική εξέλιξη της προτυπωμένης κατά ηλικία θνησιμότητας ανά 100.000 άτομα αμφότερων των φύλων στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ.

στην Ελλάδα, στην ΕΕ και στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ. Από τη μελέτη των στοιχείων αυτών αλλά και από την κατά φύλο προτυπωμένη θνησιμότητα προκύπτει ότι η θνησιμότητα των Ελλήνων είναι σαφώς χαμηλότερη εκείνης των πολιτών της ΕΕ γενικά και σχεδόν η μισή εκείνης των κατοίκων της Ανατολικής Ευρώπης. Είναι αξιοσημείωτο ότι η υπεροχή των Ελλήνων ανδρών έναντι των άλλων Ευρωπαίων, όσον αφορά τη θνησιμότητα, είναι ιδιαίτερος έκδηλη μετά το 45ο έτος της ζωής. Η θνησιμότητα των γυναικών της Ευρώπης είναι κατά 30% μικρότερη εκείνης των ανδρών της ίδιας ηλικίας σε οποιαδήποτε χώρα και η διαφορά αυτή εμφανίζεται και στην Ελλάδα. Εντούτοις, η γενική θνησιμότητα των Ελληνίδων δεν διαφέρει σημαντικά από εκείνη των γυναικών των άλλων χωρών της ΕΕ, ενώ οι δείκτες θνησιμότητας των γυναικών των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης είναι πολύ χειρότεροι. Η πλεονεκτικότερη θέση των Ελλήνων παρά των Ελληνίδων, συγκριτικά με τους κατοίκους των υπόλοιπων χω-

ρών της ΕΕ, μπορεί να αποδοθεί σε σημαντικό βαθμό στη δυσανάλογα υψηλή ειδική θνησιμότητα των Ελληνίδων από εγκεφαλικά επεισόδια, ένα φαινόμενο που δεν έχει συνειδητοποιηθεί ακόμη επαρκώς.

Στην εικόνα 2α φαίνεται η διαχρονική εξέλιξη της προτυπωμένης κατά ηλικία θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα, στην ΕΕ και στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ. Παρατηρούνται σημαντικά χαμηλότεροι δείκτες θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στη χώρα μας συγκριτικά με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους, τόσο τους πολίτες της ΕΕ, όσο και εκείνους των Ανατολικών χωρών. Ο ρόλος όμως των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, της ελληνικής διατροφής και της αποτελεσματικότητας της ιατρικής φροντίδας στη διαμόρφωση της ευνοϊκής θέσης των κατοίκων της Ελλάδας, συγκριτικά με τους άλλους Ευρωπαίους, δεν έχει ακόμη επαρκώς διερευνηθεί.

Αντιστοίχως, στην εικόνα 2β φαίνεται η διαχρονική εξέλιξη της προτυπωμένης κατά ηλικία θνησιμότη-



**Εικόνα 2.** Διαχρονική εξέλιξη της προτυπωμένης κατά ηλικία θνησιμότητας ανά 100.000 άτομα στην Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και το σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ, (α) από κακοήθη νεοπλάσματα σε αμφότερα τα φύλα, (β) από στεφανιαία νόσο σε αμφότερα τα φύλα και από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (γ) μόνο σε άνδρες και (δ) μόνο σε γυναίκες.

τας από στεφανιαία νόσο. Η Ελλάδα χάνει προοδευτικά την παραδοσιακή της υπεροχή, όσον αφορά τη χαμηλή θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο. Στην πραγματικότητα, η στεφανιαία θνησιμότητα παραμένει σταθερή ή εμφανίζει ελαφρές αυξητικές τάσεις, ενώ, αντίθετα, στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ η θνησιμότητα υποχωρεί αργά αλλά σταθερά.

Στις εικόνες 2γ και 2δ φαίνεται η διαχρονική εξέλιξη της προτυπωμένης κατά ηλικία θνησιμότητας από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια στην Ελλάδα, στην ΕΕ και στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ, σε άνδρες και γυναίκες. Οι εικόνες αυτές αναδεικνύουν ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας για τη χώρα μας. Η θνησιμότητα από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μεταξύ των Ελλήνων και ιδίως των Ελληνίδων, είναι απaráδεκτα υψηλή. Αν και η υποκειμενική αιτία δεν έχει εξακριβωθεί, ενδέχεται να αντανάκλα την υψηλή κατανάλωση μαγειρικού αλάτος στη χώρα μας ή τον ανεπαρκή έλεγχο της αρτηριακής υπέρτασης.

Τέλος, πρέπει να σημειωθεί, όσον αφορά την επιδημία των τροχαίων ατυχημάτων, ότι η Ελλάδα διεκδικεί τα θλιβερά πρωτεία, τόσο μεταξύ των χωρών της ΕΕ, όσο και μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ζώνης της ΠΟΥ, γενικότερα. Εξίσου θλιβερή είναι η μακροχρόνια αυξητική τάση της τροχαίας θνησιμότητας στην Ελλάδα, σε αντιδιαστολή με την εντυπωσιακά καθοδική τάση που παρατηρείται στις άλλες χώρες της ΕΕ. Είναι φανερό ότι, μέχρι σήμερα (ή τουλάχιστο μέχρι το 1997), η κρατική πολιτική στο πρόβλημα των ατυχημάτων ήταν από αναποτελεσματική μέχρι μωπική.

Συμπερασματικά, η γενική θνησιμότητα μειώνεται προοδευτικά σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, εκτός εκείνων που αντιμετώπιζαν ριζικές οικονομικοκοινωνικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990. Η Ελλάδα εξακολουθεί να κατέχει ευνοϊκή θέση στον ευρύτερο ευρωπαϊκό χώρο, μολονότι η θέση αυτή δεν είναι τόσο διακεκριμένη όσο κατά το παρελθόν.<sup>1-3</sup> Κατά συνέπεια, στον οικουμενικό χώρο των αναπτυσσόμενων τουλάχιστο χωρών δεν συντελούνται καταστροφές –όπως συχνά προβάλλεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης– μολονότι υπάρχει χώρος παραπέρα βελτίωσης. Όσον αφορά την Ελλάδα, είναι σαφές ότι δεν υπάρχει πρόβλημα στην ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, στο μέτρο που αυτές μπορούν να αξιολογηθούν με βάση τους δείκτες θνησιμότητας. Αντίθετα, όσοι φιλοδοξούν να αναβαθμίσουν το σύστημα υγείας στη χώρα μας, με

μακροπρόθεσμο στόχο τη βελτίωση της υγείας των Ελλήνων, θα πρέπει μάλλον να επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους στις εξωιατρικές παραμέτρους του συστήματος υγείας, για να έχουν τεκμηριωμένα και απτά αποτελέσματα.

#### **Ι. Σκαθκίδης**

*Β' Χειρουργική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών,  
Αρεταίειο Νοσοκομείο*

#### **Ε. Πετρίδου**

*Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας,  
Πανεπιστήμιο Αθηνών*

#### **Δ. Τριχόπουλος**

*Τμήμα Επιδημιολογίας, Σχολή Δημόσιας Υγείας,  
Πανεπιστήμιο Harvard*

1. ΚΑΛΑΝΤΙΔΗ Α, ΞΗΡΟΥΧΑΚΗ Ε, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΣΠΑΡΟΣ Λ, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ. Εκτίμηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. *Ιπποκράτης* 1984, 12:81-92
2. ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ Ι, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΤΟΥΛΟΥΜΗ Π, ΣΟΥΛΙΟΥ Δ. Η υγεία των Ελλήνων χθες, σήμερα, αύριο. *Mat Med Gr* 1989, 17:315-320
3. ΚΑΛΑΠΟΘΑΚΗ Β, ΚΑΛΑΝΤΙΔΗ Α, ΚΑΤΣΟΥΓΙΑΝΝΗ Κ, ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι, ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ Τ ΚΑΙ ΣΥΝ. Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. *Mat Med Gr* 1992, 20:91-164