

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Καλές Πρακτικές Αντιμετώπισης της Παιδικής Φτώχειας
στην Ευρώπη»

ΜΠΟΥΓΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 20066

ΑΘΗΝΑ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2024

GREEK REPUBLIC
UNIVERSITY OF WEST ATTICA



FACULTY OF BUSINESS ECONOMICS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF BUSINESS
ADMINISTRATION

UNIT OF
SOCIAL POLICY



ΠΜΣ

MSc IN HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

MSc in Health and Social Care Management

MASTER THESIS

“Good Practices to Address Child Poverty in Europe”

Bouga Anastasia

R.N: 20066

ATHENS, JANUARY 2024

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων
Καθηγητής**

Καθηγητής

**ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

Μέλος

Καθηγήτρια

ΓΟΥΛΑ ΑΣΠΑΣΙΑ

Μέλος

**Επίκουρος
Καθηγητής**

**ΣΕΠΕΤΗΣ
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

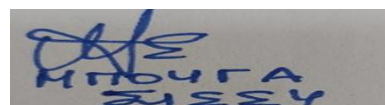
Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μπούγα Αναστασία του Γεωργίου με αριθμό μητρώου 20066 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 27/12/2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΠΟΥΓΑ

Σύντομη Περίληψη

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι ο εντοπισμός των καλών πρακτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση της παιδικής φτώχειας. Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση για τις ανάγκες της οποίας αναζητήθηκαν και μελετήθηκαν άρθρα από επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως είναι το Google Scholar χρησιμοποιώντας τις λέξεις κλειδιά στην αγγλική γλώσσα ‘poverty’, ‘child’, ‘practices’, ‘Europe’. Μέσα από την παρούσα εργασία παρατηρήθηκε ότι ένα επαρκές σύστημα κοινωνικής προστασίας που εγγυάται την κοινωνική συνοχή και την αμοιβαία ευθύνη είναι ένα από τα πιο ισχυρά εργαλεία για την επίτευξη μιας κατάστασης ισότητας στην υγεία. Οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που συμμετέχει σε επιλογές που αφορούν την υγεία και τη δική τους ζωή. Ο εντοπισμός των ομάδων που εκτίθενται σε αυξημένο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού και ο προσδιορισμός των λόγων αυτής της ευαλωτότητας είναι απαραίτητος για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων σε αυτόν τον αγώνα.

Λέξεις-κλειδιά: φτώχεια, παιδιά, πρακτικές, Ευρώπη

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to identify the good practices of the European Union for dealing with child poverty. This work is a bibliographic review for the needs of which articles were searched and studied from scientific databases such as Google Scholar using the keywords in the English language 'poverty', 'child', 'practices', 'Europe'. Through this work it was observed that an adequate social protection system that guarantees social cohesion and mutual responsibility is one of the most powerful tools for achieving a state of health equity. Interventions should aim to increase the proportion of the population that participates in choices about their health and their own lives. Identifying groups exposed to an increased risk of poverty or social exclusion and identifying the reasons for this vulnerability is essential to achieving positive results in this struggle.

Keywords: poverty, child, practices, Europe

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τη συγγραφή της διπλωματικής μου εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους ανθρώπους συνέβαλαν στο έργο με τον δικό τους μοναδικό τρόπο.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα όλους τους καθηγητές του ΠΑΔΑ, οι οποίοι με βοήθησαν να εμπλουτίσω το θεωρητικό μου υπόβαθρο και των οποίων η επιστημονική κατάρτιση με στήριξε με πολλούς τρόπους σε όλη τη μεταπτυχιακή ακαδημαϊκή μου σταδιοδρομία.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στον κ. Γιώργο Πιερράκο, για την πολύτιμη καθοδήγηση κατά τη διάρκεια της συγγραφής της διπλωματικής εργασίας μου. Η εμπειρία μου υπό την καθοδήγηση του ήταν εξαιρετικά ενδυναμωτική και εκτιμώ βαθύτατα τον χρόνο και την προσοχή που αφιερώσατε.

Ένα απέραντο «ευχαριστώ» αξίζει στους ανθρώπους, οι οποίοι βρίσκονται στο πλάι μου πάντα και είναι η πηγή υποστήριξης και συμπαράστασης προς εμένα, στα μέλη της οικογένειάς μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ και τη βαθιά μου ευγνωμοσύνη στη θεία μου Καίτη και τον θείο μου Σπύρο για όλη την καθοδήγηση που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού μου. Χάρη σε αυτούς κατάφερα να ολοκληρώσω το πρόγραμμα με επιτυχία, αλλά και να αισθάνομαι ότι έχω μια πραγματική οικογένεια που στέκεται δίπλα μου. Σας είμαι ευγνώμων για όλες τις στιγμές που μοιραστήκαμε και την αμέριστη υποστήριξη σας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	10
Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ	10
1.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ	10
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	16
ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ	16
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	16
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	17
2.3 ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ	21
2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	24
ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	24
3.1 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ	24
3.2 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	25
3.3 ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	28
ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ.....	28
4.1 ΣΥΣΤΑΣΗ 2013	28
4.2 ΑΤΖΕΝΤΑ 2030 ΓΙΑ ΤΗ ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ.....	28
4.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΓΓΥΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ	30
4.4 HEALTH 2020	31
4.4.1 Διακυβέρνηση υγείας	32
4.4.2 Η «Ευρωπαϊκή αναθεώρηση» των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας	32
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	35
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	36

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Φτώχεια σημαίνει περισσότερα από έλλειψη εισοδήματος. Σημαίνει επίσης έλλειψη πόρων για τη διασφάλιση βιώσιμων μέσων διαβίωσης, όπως τρόφιμα, ρούχα, καθαρό νερό και κατάλληλο καταφύγιο. Η φτώχεια έχει πολλές επιζήμιες συνέπειες για τα παιδιά — πείνα και υποσιτισμός, κακή υγεία, περιορισμένη ή έλλειψη πρόσβασης στην εκπαίδευση και άλλες βασικές υπηρεσίες. Όταν τα παιδιά μεγαλώνουν σε φτωχά νοικοκυριά, συχνά πρέπει να εγκαταλείψουν το σχολείο για να βοηθήσουν τις οικογένειές τους ή να μην πηγαίνουν καθόλου σχολείο. Χωρίς εκπαίδευση, έχουν πολύ λίγες πιθανότητες να σπάσουν τον κύκλο της φτώχειας στον οποίο ζουν (Huston, 2011).

Η φτώχεια μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη στα παιδιά, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, και βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Η έλλειψη βασικών ειδών μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξή τους, να τους κάνει να μείνουν πίσω στο σχολείο και να τους οδηγήσει σε προβλήματα υγείας. Επηρεάζει επίσης τους ρόλους τους εντός των οικογενειών, των κοινοτήτων και της κοινωνίας στο σύνολό της. Δεν υπάρχει μία αιτία της φτώχειας και τα αποτελέσματά της είναι διαφορετικά σε κάθε περίπτωση.

Αυτή η εργασία περιλαμβάνει τον εντοπισμό των καλών πρακτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αντιμετώπιση της παιδικής φτώχειας. Πιο συγκεκριμένα στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται η έννοια της φτώχειας και μελετάται η μέτρηση της και ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία. Το δεύτερο κεφάλαιο αποτελείται από την έννοια της παιδικής φτώχειας, τα αίτια, ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία και οι επιπτώσεις της. Το τρίτο κεφάλαιο αποτελείται από τις ανισότητες στην υγεία και τη σύνδεση με την παιδική φτώχεια. Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελείται από τις πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα προγράμματα που έχουν δημιουργηθεί για την αντιμετώπιση της παιδικής φτώχειας. Τέλος, ακολουθούν τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα διπλωματική εργασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

Η φτώχεια ορίζεται από την Παγκόσμια Τράπεζα ως έντονη στέρηση στην ευημερία. Μπορεί να οριστεί στενά ή ευρύτερα, ανάλογα με το πώς γίνεται κατανοητή η ευημερία. Οι στενοί ορισμοί της ευημερίας συνδέονται συνήθως με τα εμπορεύματα, δηλαδή εάν τα νοικοκυριά ή τα άτομα διαθέτουν αρκετούς πόρους για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Σε αυτήν την περίπτωση, η φτώχεια φαίνεται σε μεγάλο βαθμό σε νομισματικούς όρους σε σχέση με το εισόδημα ή την κατανάλωση του νοικοκυριού (Haughton & Khandker, 2009). Οι ευρύτεροι ορισμοί της ευημερίας περιλαμβάνουν στοιχεία όπως η σωματική και ψυχική υγεία, οι στενές σχέσεις, η αντιπροσωπεία και η συμμετοχή, οι κοινωνικές συνδέσεις, η ικανότητα και η αυτοεκτίμηση και οι αξίες και το νόημα (Wellbeing & Poverty Pathways, 2013).

Η απόλυτη φτώχεια είναι η φτώχεια κάτω από ένα επίσημο όριο που ορίζεται στο «απόλυτο πρότυπο του τι θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται τα νοικοκυριά για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες (Coudouel et al., 2002,). Η φτώχεια ορίζεται συχνά με αυτόν τον τρόπο στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς εστιάζει την προσοχή σε ζωτικές ανθρώπινες ανάγκες και βοηθά στη μέτρηση και τις συγκρίσεις μεταξύ χωρών (Hulme, 2010). Ωστόσο, δεν λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές διατροφικές ανάγκες και το κόστος ανά άτομο για την απόκτηση τροφής και άλλων βασικών αναγκών ή τις ανάγκες του ανθρώπου ως κοινωνικών παραγόντων (Hulme, 2010).

1.2 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

Η φτώχεια μπορεί να είναι μια κυκλική παγίδα. Για να ξεπεράσουν τη φτώχεια οι άνθρωποι, χρειάζονται εκπαίδευση , κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη και αποχέτευση, πρόσβαση σε καθαρό νερό και ευκαιρίες εργασίας που μπορούν να τους βοηθήσουν να βελτιώσουν την οικονομική τους κατάσταση. Δυστυχώς, οι άνθρωποι σε συνθήκες φτώχειας ζουν συχνά σε περιοχές με χαμηλές ποσότητες αυτών των πόρων. Επομένως, οι άνθρωποι παγιδεύονται σε έναν φαύλο κύκλο στον οποίο δεν μπορούν να βρουν καλύτερες δουλειές μέχρι να βελτιώσουν την κατάστασή τους (η εκπαίδευση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη), αλλά δεν έχουν την πολυτέλεια να βελτιώσουν την κατάστασή τους μέχρι να βρουν καλύτερες θέσεις εργασίας. Οργανισμοί,

συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Εθνών, η World Vision και η Global Citizen έχουν εργαστεί μαζί με διάφορες κυβερνήσεις για να βελτιώσουν την πρόσβαση των φτωχών ανθρώπων σε καθαρό νερό, επαρκή τροφή, οικονομικά προσιτή εκπαίδευση και υγειονομική περίθαλψη και άλλες ανάγκες (EU, 2019).

Η φτώχεια σε ολόκληρη τη χώρα μετριέται συνήθως με έναν από τους δύο τρόπους. Ο πρώτος είναι να προσδιοριστεί το ποσοστό των ατόμων των οποίων το ημερήσιο εισόδημα πέφτει κάτω από συγκεκριμένα βασικά ποσά, όπως 10 \$ την ημέρα. Αυτές οι γραμμές βάσης παραμένουν οι ίδιες για κάθε χώρα, επιτρέποντας μια ελαφρώς διαφορετική προοπτική για τις συγκρίσεις από χώρα σε χώρα. Ο δεύτερος τρόπος μέτρησης του επιπέδου φτώχειας μιας χώρας είναι να προσδιοριστεί το ποσοστό των ανθρώπων ή των οικογενειών που κερδίζουν λιγότερα από το «εθνικό όριο φτώχειας» ή το όριο φτώχειας —που σημαίνει, το ετήσιο εισόδημα κάτω από το οποίο ένα άτομο ή μια οικογένεια θεωρείται φτωχό. Το εθνικό όριο φτώχειας υπολογίζεται ανεξάρτητα για κάθε χώρα επειδή η οικονομία κάθε χώρας είναι διαφορετική. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κερδίζει 25.000 \$ ετησίως στις Ηνωμένες Πολιτείες θα είχε διαφορετικές ευκαιρίες από ένα άτομο που κέρδιζε 25.000 \$ ετησίως στη Σομαλία (Alkire and Foster, 2011).

Οι περισσότερες χώρες στον κόσμο μετρούν τη φτώχεια τους χρησιμοποιώντας ένα απόλυτο όριο, ή με άλλα λόγια, ένα σταθερό πρότυπο του τι θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται τα νοικοκυριά για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες. Μερικές χώρες, ωστόσο, επέλεξαν να μετρήσουν τη φτώχειά τους χρησιμοποιώντας ένα σχετικό όριο, δηλαδή ένα σημείο αποκοπής σε σχέση με τη συνολική κατανομή του εισοδήματος ή της κατανάλωσης σε μια χώρα. Η κοινώς κατανοητή έννοια της φτώχειας είναι η κατάσταση που βιώνουν τα νοικοκυριά ή τα άτομα όταν δεν είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση στο σύνολο των αγαθών και των υπηρεσιών που απαιτούνται για τη διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς ζωής στην κοινωνία στην οποία ανήκουν. Κατά τη μέτρηση της οικονομικής φτώχειας, πρέπει να ληφθεί μια απόφαση σχετικά με ένα συγκεκριμένο νομισματικό όριο ή όριο φτώχειας, το οποίο είναι η τιμή που χρησιμοποιείται για τη διάκριση μεταξύ των φτωχών και των μη φτωχών (Ravallion 2020).

Οι Δείκτες Ανάπτυξης της Παγκόσμιας Τράπεζας καταρτίζουν τον δείκτη του αριθμού των ατόμων που μετράται στο εθνικό όριο φτώχειας, ένα όριο που καθορίζεται ξεχωριστά από την κυβέρνηση κάθε χώρας. Στη συνέχεια, η κυβέρνηση της κάθε χώρας υπολογίζει το εθνικό ποσοστό φτώχειας χρησιμοποιώντας αυτό το όριο (μερικές φορές με τεχνική βοήθεια από την Παγκόσμια

Τράπεζα) και το δημοσιεύει ως επίσημη εκτίμηση της φτώχειας. Οι Δείκτες Ανάπτυξης της Παγκόσμιας Τράπεζας αποδέχονται αυτές τις εκτιμήσεις, εφόσον μπορούν να υποστηριχθούν από ορθές μεθοδολογίες εκτίμησης. Μέχρι πρόσφατα, οι Δείκτες Ανάπτυξης της Παγκόσμιας Τράπεζας δημοσίευαν μόνο ποσοστά απόλυτης φτώχειας (Haughton & Khandker, 2009)

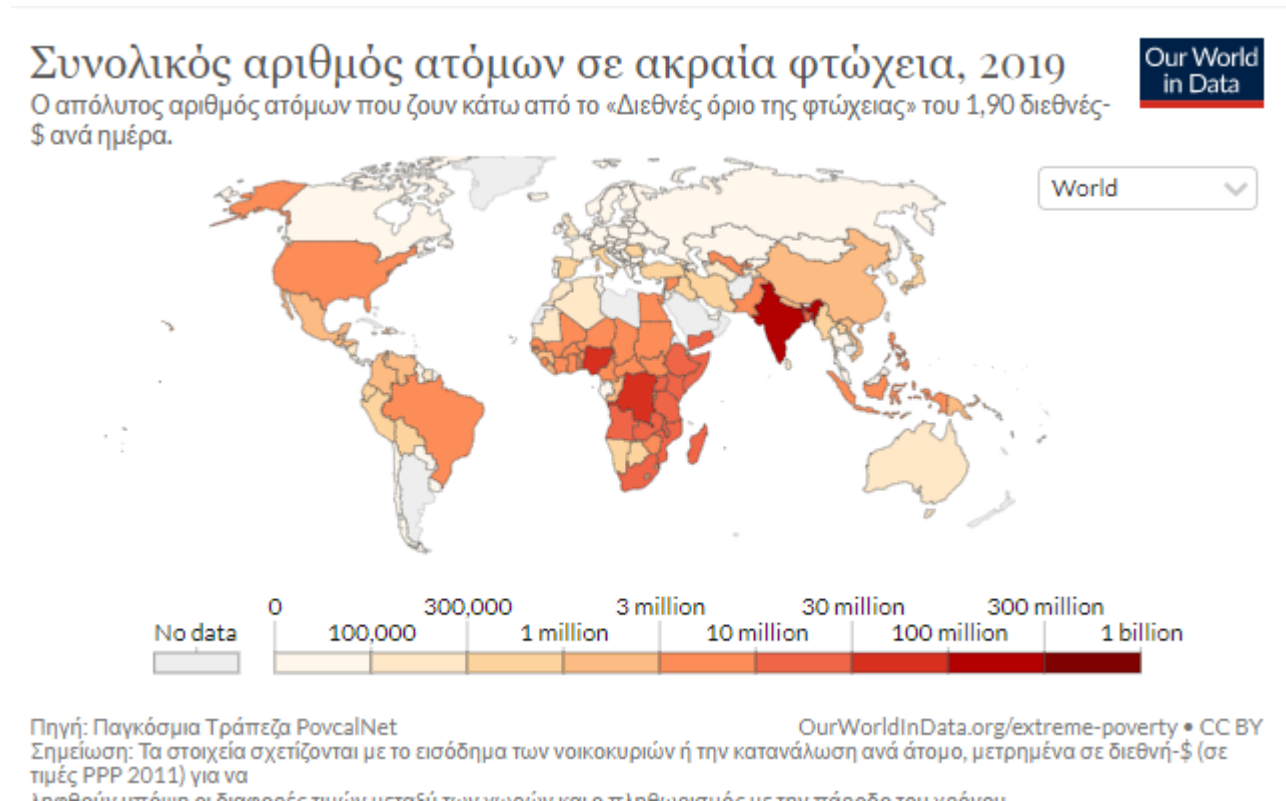
Οι περισσότερες χώρες παγκοσμίως μετρούν τη φτώχεια τους χρησιμοποιώντας ένα απόλυτο όριο, ή με άλλα λόγια, ένα σταθερό πρότυπο του τι θα πρέπει να μπορούν να βασίζονται τα νοικοκυριά για να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες. Μερικές χώρες, ωστόσο, επέλεξαν να μετρήσουν τη φτώχειά τους χρησιμοποιώντας ένα σχετικό όριο, δηλαδή ένα σημείο αποκοπής σε σχέση με τη συνολική κατανομή του εισοδήματος ή της κατανάλωσης σε μια χώρα. Οι αριθμοί σχετικής φτώχειας σε μια χώρα μπορεί να μην μειώνονται συνεχώς και μπορεί να είναι επίμονοι, επειδή το όριο της φτώχειας βασίζεται σε ένα όριο του 60% του εθνικού μέσου ισοδύναμου εισοδήματος των νοικοκυριών (Coudouel et al., 2002).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας μειώνεται εδώ και αρκετές δεκαετίες, από 1,94 δισεκατομμύρια το 1982 σε 696 εκατομμύρια το 2017. Αυτή η μείωση είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντική επειδή ο πληθυσμός της Γης αυξήθηκε σημαντικά κατά την ίδια χρονική περίοδο, από περίπου 4,5 δισεκατομμύρια άνθρωποι το 1981 σε περισσότερα από 7,8 δισεκατομμύρια το 2021.

Ενώ τα συνολικά ποσοστά φτώχειας έχουν βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, αρκετές μεμονωμένες χώρες έχουν βιώσει αύξηση της φτώχειας. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, 696 εκατομμύρια άνθρωποι εξακολουθούν να ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας, επιζώντας με λιγότερο από 1,90 \$ (INT) την ημέρα. Περισσότεροι από 430 εκατομμύρια από αυτούς τους ανθρώπους ζουν στην Υποσαχάρια Αφρική, την πιο φτωχή περιοχή στον κόσμο, όπου πάνω από το 40% των ανθρώπων ζούσαν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας έως το 2018. Πολλές χώρες στις οποίες η φτώχεια αυξάνεται, έχουν μαστιστεί από πολιτική αστάθεια ή σύγκρουση. Άλλα παρεμποδίζονται από συχνές φυσικές καταστροφές ή συνεχείς περιβαλλοντικές πιέσεις (ιδιαίτερα αυξημένη ξηρασία) που προκαλούνται από την κλιματική αλλαγή. Πολλές χώρες στην

Υποσαχάρια Αφρική αντιμετωπίζουν και τις δύο αυτές ανησυχίες (Beegle, Christiaensen, Dabalen, and Gaddis, 2016).



Εικόνα 1: Συνολικός αριθμός ατόμων σε ακραία φτώχεια, 2019

Πηγή: <https://ourworldindata.org/grapher/total-population-in-extreme-poverty?country=-GRC>

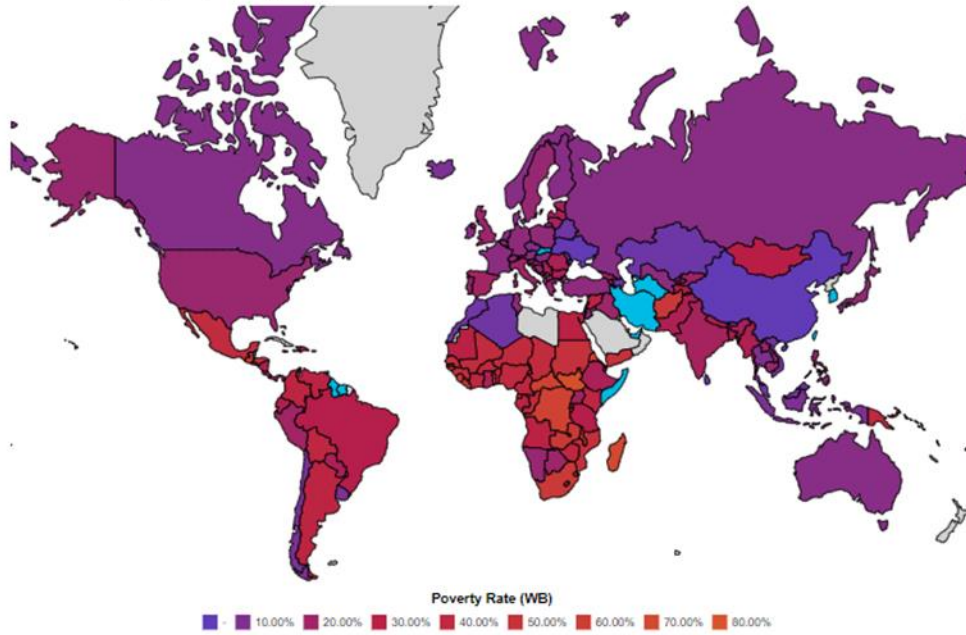
Το ποσοστό φτώχειας στις Ηνωμένες Πολιτείες ποικίλλει ανάλογα με τη μέθοδο μέτρησης. Σύμφωνα με το Γραφείο Απογραφής των ΗΠΑ, το επίσημο ποσοστό φτώχειας το 2017 στις ΗΠΑ ήταν 12,3% . Ωστόσο, άλλες πηγές το τοποθετούν στο 17,8% . Παρά το γεγονός ότι είναι η μεγαλύτερη οικονομία στον κόσμο, οι ΗΠΑ έχουν επίσης ένα σημαντικό χάσμα ανισότητας πλούτου. Το όριο φτώχειας για το 2021 στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι 26.246 \$ για μια τετραμελή οικογένεια. Αυτό σημαίνει ότι νοικοκυριά με δύο ενήλικες, δύο παιδιά και εισόδημα προ φόρων μικρότερο από 26.246 δολάρια θεωρείται ότι ζουν σε συνθήκες φτώχειας. Ορισμένες πολιτείες

είναι πιο φτωχές από άλλες και η φτώχεια τους επιδεινώνεται από τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και την έλλειψη υψηλά αμειβόμενων θέσεων εργασίας (Roser and Ortiz-Ospina 2022).

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα , οι χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά φτώχειας στον κόσμο είναι:

- Νότιο Σουδάν - 82,30%
- Ισημερινή Γουινέα - 76,80%
- Μαδαγασκάρη - 70,70%
- Γουινέα-Μπισάου - 69,30%
- Ερυθραία - 69,00%
- Σάο Τομέ και Πρίνσιπε - 66,70%
- Μπουρούντι - 64,90%
- Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό - 63,90%
- Κεντροαφρικανική Δημοκρατία - 62,00%
- Γουατεμάλα - 59,30%. (Roser and Ortiz-Ospina 2022).

Ποσοστό φτώχειας ανά χώρα 2022



Εικόνα 2: Ποσοστά φτώχειας ανα χώρα 2022

Πηγή: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/poverty-rate-by-country>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Στο πλαίσιο της φτώχειας ως εισοδηματικής ανισότητας, η παιδική φτώχεια συνήθως ορίζεται ως τα παιδιά που ζουν σε οικογένειες χαμηλού εισοδήματος σε ή κάτω από αυτό το όριο φτώχειας. Ωστόσο, είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι η οικονομική άποψη της παιδικής φτώχειας είναι ελλιπής. Εάν η φτώχεια αφορά αυστηρά τα οικονομικά, η δαπάνη χρημάτων για την αντιμετώπιση του προβλήματος δεν θα μείωνε απλώς το ποσοστό της παιδικής φτώχειας, αλλά θα τερμάτιζε εντελώς τη βαθιά φτώχεια (Rigby, 2021).

Η παιδική φτώχεια μπορεί να οριστεί ως η κατάσταση των παιδιών από φτωχές οικογένειες (και συχνά ορφανά) που μεγαλώνουν με σπάνιους ή ανύπαρκτους πόρους. Υπάρχουν πολλοί μεταβλητοί παράγοντες που καθορίζουν ποιο επίπεδο εισοδήματος θα περιγραφόταν ως «φτωχό», ανάλογα με την οικονομική ανάπτυξη, το ΑΕΠ και το μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα της αντίστοιχης χώρας (Cohodes et al., 2016).

Υπάρχουν επίσης διαφορετικά επίπεδα πόρων που θα περιγραφούν ως άφθονοι ή σπάνιοι. ΝΓια παράδειγμα, σε μια ανεπτυγμένη χώρα η ανάγκη συλλογής νερού από έναν κοινόχρηστο σωλήνα μπορεί να θεωρηθεί ότι ζει σε κατάσταση φτώχειας ή ότι έχει έλλειψη πόρων - αλλά αυτό μπορεί να μην συμβαίνει απαραίτητα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Εάν υπάρχει μια αξιόπιστη κοινόχρηστη πηγή καθαρού νερού, αυτό μπορεί να μην θεωρείται ότι ζει σε συνθήκες φτώχειας, παρόλο που η οικογένεια μπορεί να μην έχει τρεχούμενο νερό στο σπίτι της (Cohodes et al., 2016).

Μια άλλη μεταβλητή είναι ο ορισμός της λέξης «παιδί». Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει απλώς άτομα ηλικίας κάτω των 18 ετών - αλλά πρέπει επίσης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη άλλοι κοινωνικοί παράγοντες όπως το φύλο, η κοινωνική τάξη, η εργασία, ο γάμος και το σχολείο που όλα λειτουργούν για να οριστεί ποιος θεωρείται παιδί σε διαφορετικές κοινωνίες (Rigby, 2021).

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η πρόσφατη παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 είχε σοβαρές επιπτώσεις στην απασχόληση και τις συνθήκες διαβίωσης ενηλίκων και παιδιών σε πολλές χώρες. Σύμφωνα με τους Thévenon et al. (2018), η παιδική φτώχεια αυξήθηκε κατά δύο τρίτα στις χώρες του ΟΟΣΑ κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης, αφήνοντας ένα στα επτά παιδιά φτωχό στο εισόδημα. Παράγοντες όπως η πτώση των ποσοστών και των μισθών γονικής και μητρικής απασχόλησης, η έλλειψη στήριξης από το κράτος πρόνοιας και οι αλλαγές στη σύνθεση της οικογένειας ήταν μεταξύ των παραγόντων που εντοπίστηκαν πίσω από αυτήν την αλλαγή. Ενώ η φτώχεια σε οποιαδήποτε ηλικία προκαλεί ανησυχία, η στέρηση των παιδιών είναι ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο ζήτημα όχι μόνο από ηθική άποψη αλλά και λόγω σοβαρών κοινωνικών συνεπειών. Μεταξύ άλλων, η παιδική φτώχεια έχει συνδεθεί με μια μυριάδα δια βίου προβλημάτων όπως η κακή υγεία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι κακές προοπτικές απασχόλησης αργότερα στη ζωή (Rigby, 2021).

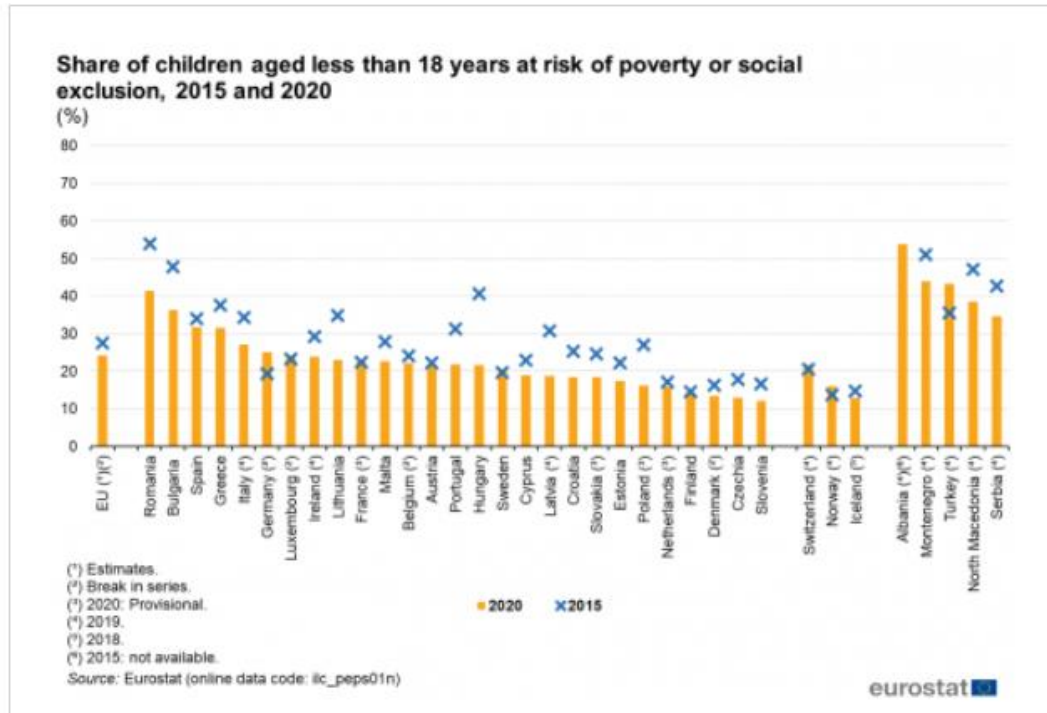
Παιδιά που μεγαλώνουν σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού

Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ορίζεται ως το μερίδιο του πληθυσμού σε τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες τρεις συνθήκες:

- σε κίνδυνο φτώχειας, δηλαδή κάτω από το όριο της φτώχειας ,
- σε κατάσταση σοβαρής υλικής και κοινωνικής στέρησης ,
- ζώντας σε ένα νοικοκυριό με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας (Rigby, 2021).

Από το 2015 έως το 2020, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα παιδιά μειώθηκε στην ΕΕ από 27,5 % σε 24,2 %. Ωστόσο, σε τέσσερα κράτη μέλη της ΕΕ ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα παιδιά ήταν υψηλότερος το 2020 από ό,τι το 2015, συγκεκριμένα στη Γερμανία, το Λουξεμβούργο, τη Σουηδία και τη Γαλλία. Μεταξύ των κρατών μελών όπου ο κίνδυνος ήταν χαμηλότερος το 2020 από ό,τι ήταν το 2015, οι μεγαλύτερες μειώσεις στον κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού παρατηρήθηκαν στην Ουγγαρία (μείωση 18,9 μονάδες), τη Ρουμανία (μείωση 12,5 μονάδες), τη Λετονία

(πτώση 12,0 μονάδες). πόντους· στοιχεία 2019), Λιθουανία (πτώση 11,7 μονάδες) και Βουλγαρία (πτώση 11,6 μονάδες) (EU, 2021).



Εικόνα 3: Ποσοστό παιδιών ηλικίας κάτω των 18 ετών που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, 2015 και 2020 (%). Πηγή: Eurostat

Το 2020, το 24,2 % των παιδιών (ηλικίας κάτω των 18 ετών) στην ΕΕ διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σε σύγκριση με το 21,7 % των ενηλίκων σε ηλικία εργασίας (ηλικίας 18-64 ετών) και το 20,4 % των ηλικιωμένων (ηλικίας 65 ετών). χρόνια και πάνω). Τα παιδιά ήταν η ηλικιακή ομάδα με τα υψηλότερα ποσοστά κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σε 13 από τα 27 κράτη μέλη της ΕΕ (συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων του 2019 για την Ιρλανδία, την Ιταλία και τη Λετονία). Το 2020, στη Λετονία (στοιχεία 2019), τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Εσθονία, τη Λιθουανία, την Κροατία, τη Μάλτα, την Κύπρο, τη Σλοβενία, την Πολωνία και την Τσεχία, οι ηλικιωμένοι κινδύνευαν περισσότερο, ενώ στη Δανία, τις Κάτω Χώρες και τη Φινλανδία, οι ενήλικες σε ηλικία εργασίας ήταν η ηλικιακή ομάδα που είχε τον υψηλότερο κίνδυνο. Παρά το γεγονός ότι είτε οι ηλικιωμένοι είτε οι ενήλικες σε ηλικία εργασίας είχαν τον υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στις χώρες αυτών των δύο ομάδων, τα παιδιά είχαν τον δεύτερο υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού στις περισσότερες από αυτές. Στην πραγματικότητα, εξετάζοντας και τα 27 κράτη μέλη, τα παιδιά είχαν μόνο τον χαμηλότερο κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού μεταξύ αυτών των τριών ηλικιακών ομάδων στη Λετονία (στοιχεία 2019), την Εσθονία, την Πολωνία και τη Σλοβενία (ΕΥ, 2021).

Στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα παιδιά ήταν μεγαλύτερος από αυτόν για ολόκληρο τον πληθυσμό. Το 2020, οι μεγαλύτερες διαφορές — όπου το ποσοστό για τα παιδιά ξεπέρασε αυτό για το σύνολο του πληθυσμού κατά 4,0 ποσοστιαίες μονάδες ή περισσότερο — παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, τη Σλοβακία, την Ισπανία, την Αυστρία και τη Ρουμανία. Αντίθετα, σε οκτώ κράτη μέλη ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού για τα παιδιά ήταν χαμηλότερος από αυτόν για το σύνολο του πληθυσμού, με τη διαφορά πιο έντονη στη Λετονία (στοιχεία 2019), όπου το ποσοστό για τα παιδιά ήταν 7,9 μονάδες χαμηλότερο, και στην Εσθονία, όπου το ποσοστό για τα παιδιά ήταν 5,4 μονάδες χαμηλότερο (ΕΥ, 2021).

Share of persons at risk of poverty or social exclusion, by age group, 2020
(%)

	Total	Less than 18 years	18-64 years	65 years and over
EU	21.9	24.2	21.7	20.4
EA-19	22.0	24.7	22.3	18.9
Belgium	20.4	22.2	19.4	21.3
Bulgaria	33.6	36.2	27.2	49.5
Czechia	11.5	12.9	9.8	15.4
Denmark	16.8	13.5	19.6	11.7
Germany	22.5	25.1	22.1	21.6
Estonia	22.8	17.4	18.2	42.5
Ireland (*)	20.6	23.8	19.5	19.3
Greece	27.5	31.5	29.6	19.3
Spain	27.0	31.8	27.3	21.6
France (*)	18.9	22.6	19.6	13.2
Croatia	20.5	18.4	17.1	32.4
Italy (*)	24.6	27.1	25.9	19.3
Cyprus	17.5	19.0	16.1	22.5
Latvia (*)	26.7	18.8	21.2	50.8
Lithuania	24.5	23.1	19.9	40.2
Luxembourg	19.9	24.2	21.1	7.4
Hungary	19.4	21.7	18.4	20.3
Malta	19.9	22.6	17.0	28.5
Netherlands (*)	15.8	15.9	15.9	12.3
Austria	16.7	21.9	15.7	14.7
Poland (*)	17.0	16.1	16.6	19.2
Portugal	20.0	21.9	18.9	21.4
Romania	35.8	41.5	31.7	43.7
Slovenia	14.3	12.1	13.0	21.0
Slovakia (*)	13.8	18.4	12.9	12.3
Finland	15.9	14.5	16.8	14.5
Sweden	17.7	20.2	17.6	15.6
Switzerland (*)	18.9	21.9	15.6	27.8
Norway (*)	15.5	16.0	17.4	8.8
Iceland (*)	11.3	13.0	12.1	5.2
Albania (*)	50.8	53.9	49.0	54.0
Montenegro (*)	36.6	43.9	35.0	31.2
North Macedonia (*)	34.2	38.6	33.7	30.2
Turkey (*)	33.2	43.3	30.3	21.2
Serbia (*)	21.1	34.5	30.5	30.0

(*) Provisional.

(*) 2019.

(*) 2018.

Source: Eurostat (online data code: ilo_peps01n)

eurostat

Εικόνα 4: Μερίδιο ατόμων που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, ανά ηλικιακή ομάδα, 2020

(%) Πηγή: Eurostat

2.3 ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

Υπάρχουν περίπλοκοι λόγοι για τους οποίους οι γονείς που ζουν σε συνθήκες φτώχειας έχουν μερικές φορές μεγάλο αριθμό παιδιών. Αυτά περιλαμβάνουν: υψηλά ποσοστά παιδικής θνησιμότητας, έλλειψη εκπαίδευσης σχετικά με την αντισύλληψη, πατριαρχικά συστήματα αξιών, καταναγκαστικό γάμο, θρησκευτικές πεποιθήσεις και υποστήριξη της ευρύτερης οικογένειας (Gennetian et al., 2012).

Όταν τα παιδιά γεννιούνται από φτωχούς γονείς, έχουν λιγότερη πρόσβαση στο σχολείο και την εκπαίδευση. Ειδικά στις αγροτικές κοινότητες, συχνά καταλήγουν να βοηθούν την οικογένεια στις αγροτικές εργασίες, μπαίνοντας έτσι σε έναν φαύλο κύκλο όπου δεν μπορούν ποτέ να αναπτύξουν τις εκπαιδευτικές τους δεξιότητες για να τους δώσουν δυνατότητες για μεγαλύτερα κέρδη στο μέλλον (Strully et al., 2010).

Πολλές αναπτυσσόμενες χώρες δεν διαθέτουν καθιερωμένες υπηρεσίες κοινωνικής υποστήριξης για τα φτωχά παιδιά και τις οικογένειές τους. Αναγκάζονται να βασίζονται στους εαυτούς τους, στις ευρύτερες οικογένειές τους και στις κοινότητές τους για οποιαδήποτε οικονομική υποστήριξη μπορεί να λάβουν. Αυτό μπορεί να προσθέσει στο πρόβλημα της παιδικής εργασίας, όπου τα παιδιά αναγκάζονται να εργαστούν αντί να λαμβάνουν εκπαίδευση (Gennetian et al., 2012).

Τα άτομα με αναπηρία σε φτωχές κοινότητες στις αναπτυσσόμενες χώρες θα μπορούσαν να περιγραφούν ως τα «φτωχότερα των φτωχών», που πρέπει να αντιμετωπίσουν σωματικές αναπηρίες πέρα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες. Έτσι, τα παιδιά με αναπηρία μπορούν πραγματικά να έχουν τη δυσκολότερη ζωή όλων. Εάν τα παιδιά και οι οικογένειές τους έχουν την πρόσθετη επιπλοκή της διάκρισης για το φύλο, τη θρησκεία, την εθνικότητα, την κοινωνική τάξη ή την πολιτική τους πίστη, αυτός είναι ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να αυξήσει τον κύκλο της φτώχειας (Huston, 2011).

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

Η ανισότητα ξεκινά από τη γέννηση, αλλά η φτώχεια επιτίθεται και επηρεάζει τα παιδιά πριν καν γεννηθούν. Ξεκινώντας από τη μήτρα, θέματα όπως ο μητρικός υποσιτισμός και οι ασθένειες συχνά θέτουν σε κίνδυνο την ικανότητα του βρέφους να επιβιώσει. Ο πρόωρος τοκετός, ο οποίος μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες επιβίωσης ενός παιδιού για τα παιδιά σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, είναι κοινός στους φτωχούς παγκοσμίως με περίπου 10 τοις εκατό των μωρών που γεννιούνται πρόωρα κάθε χρόνο (UNICEF, 2019).

Υποθέτοντας ότι ένα παιδί επιζήσει από την εμπειρία του τοκετού, η ανάγκη του/της να παλέψει για τη ζωή συνεχίζεται. Το 2018, υπολογίζεται ότι 2,5 εκατομμύρια παιδιά πέθαναν τον πρώτο μήνα της ζωής τους. Αυτό είναι περίπου 7.000 μωρά κάθε μέρα. Οι περισσότεροι από αυτούς πέθαναν την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους. 1 εκατομμύριο πέθαναν την πρώτη τους μέρα και άλλο 1 εκατομμύριο πέθαναν μέσα στις επόμενες έξι ημέρες (UNICEF, 2019).

Τυχόν αναπτυξιακά κενά που εμφανίζονται στην πρώιμη παιδική ηλικία μεγαλώνουν εάν δεν αντιμετωπιστούν. Τα παιδιά που υστερούν στη μάθηση, τη γνώση και την κοινωνικο-συναισθηματική ανάπτυξη δυσκολεύονται ολοένα και περισσότερο να καλύψουν τη διαφορά. Οποιαδήποτε έλλειψη στην πρώιμη παιδική ηλικία μπορεί να κλείσει τις πόρτες αργότερα στη ζωή, παγιδεύοντάς τους σε μια ζωή χωρίς πόρους, υποστήριξη, ευκαιρίες και ελπίδα για βελτίωση ή αλλαγή (Strully et al., 2010).

Το να μεγαλώνει σε συνθήκες φτώχειας αυξάνει το σωματικό και συναισθηματικό στρες στη ζωή ενός παιδιού. Η έλλειψη οικονομικών πόρων μέσα σε μια οικογένεια αυξάνει την ευπάθεια του παιδιού στην εκμετάλλευση, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής εργασίας και της εμπορίας ανθρώπων. Αυτό το άγχος μπορεί επίσης να προκαλέσει αρνητικές βιολογικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό, το ανοσοποιητικό, το νευροενδοκρινικό και το φλοιώδες σύστημα, το οποίο μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη μάθηση, τη λήψη αποφάσεων και τη συνολική υγεία και ευεξία. Τα φτωχά παιδιά βιώνουν επίσης δυσανάλογη παραμέληση και κοινωνική στέρηση χάρη στη φτώχεια. Είναι λιγότερο πιθανό να αισθάνονται ότι τους εκτιμούν και τους αγαπούν. Συχνά έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, λιγότερη αυτοπεποίθηση και μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων ψυχικής υγείας. Αισθάνονται ανασφαλείς, περιθωριοποιημένοι, εξαιρετικά ευάλωτοι και συνεχώς απειλούμενοι (Gennetian et al., 2012).

Η πιθανότητα δια βίου υγείας ή ασθένειας ορίζεται στην παιδική ηλικία. Μια υγιεινή διατροφή σε όλη την παιδική ηλικία και τη ζωή προστατεύει από διατροφικές ανισορροπίες, υποσιτισμό και υποσιτισμό, καθώς και από χρόνιες παθήσεις υγείας όπως καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, εγκεφαλικό επεισόδιο και καρκίνο. Ένα αναπτυσσόμενο σώμα που του δίνεται η τροφή και η διατροφή που χρειάζονται για να αναπτυχθεί και να ευδοκιμήσει, θα αναπτύξει τα θεμέλια για μια στιβαρή αρχιτεκτονική του εγκεφάλου και το συνοδευτικό φάσμα ευρειών φυσικών, κοινωνικών και συναισθηματικών δεξιοτήτων. Και η βέλτιστη διατροφή είναι ιδιαίτερα σημαντική στα πρώτα χρόνια της ζωής. Χωρίς δίαιτα πλούσια σε θρεπτικά συστατικά, τα παιδιά είναι πιο πιθανό να πεθάνουν πριν φτάσουν στην ηλικία των 5 ετών (Huston, 2011).

Οι συνέπειες της μη αντιμετώπισης των αναγκών ψυχικής υγείας των παιδιών σε συνθήκες φτώχειας μειώνουν το προσδόκιμο ζωής τους και τα βλάπτουν ως ενήλικες, περιορίζοντας την πιθανότητα να ζήσουν ικανοποιητικές ζωές. Η παιδική ηλικία και η εφηβεία είναι κρίσιμες στιγμές για την ανάπτυξη συνηθειών που είναι σημαντικές για τη σωματική, συναισθηματική και ψυχική ευεξία. Η φτώχεια ενισχύει τις δυσκολίες, τις προκλήσεις, το άγχος και το τραύμα που στρέφεται εναντίον μωρών, μικρών παιδιών και εφήβων σε μια περίοδο που δεν είναι εξοπλισμένα ή εντελώς ανίκανα να τα αντιμετωπίσουν, γι' αυτό οι παρεμβάσεις πρώιμης παιδικής ηλικίας, τα προγράμματα ανάπτυξης νέων και τα προγράμματα που βοηθούν στην παροχή Το σταθερό περιβάλλον για να μεγαλώσουν τα παιδιά είναι ζωτικής σημασίας (Gennetian et al., 2012).

Όσον αφορά την εκπαίδευση, η φτώχεια δημιουργεί και διευρύνει κενά επιδόσεων. Αναγκάζει τα παιδιά να υποχωρούν στο σχολείο και να έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να βρουν δουλειά ως ενήλικες. Αρνείται την πρόσβαση των φτωχών παιδιών σε πόρους και περιορίζει τις εκπαιδευτικές ευκαιρίες. Τα φτωχά παιδιά έχουν δυσανάλογα λιγότερες πιθανότητες να φοιτήσουν στο σχολείο από τους συνομηλίκους τους. Οι ανισότητες στο εισόδημα, το φύλο, τον πολιτισμό και την υγεία αρνούνται στα παιδιά που βρίσκονται στη φτώχεια το βασικό ανθρώπινο δικαίωμα στην εκπαίδευση. Ανίκανα να φοιτήσουν στο σχολείο και στο περιθώριο της κοινωνίας, αυτά τα παιδιά δεν αναπτύσσονται διανοητικά και κοινωνικά και δεν έχουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να βελτιώσουν τις συνθήκες τους καθώς μεγαλώνουν (Strully et al., 2010). Τα φτωχά παιδιά που πηγαίνουν στο σχολείο έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αναπτυχθούν διανοητικά και γνωστικά. (Huston, 2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, οι οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ανισότητες μεταξύ ατόμων και μεταξύ ομάδων έχουν αυξηθεί σχεδόν σε όλους τους πληθυσμούς του κόσμου. Αυτή η αύξηση είχε χαρακτηριστικά διαφορετικού τύπου σε χώρες με διαφορετικά οικονομικά και κοινωνικά μοντέλα. Οι ανισότητες εντός των πληθυσμών εξετάζονται και μετρώνται όχι μόνο ως προς το εισόδημα και τον διαθέσιμο οικονομικό πλούτο, αλλά και ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης, τον πολιτισμό, τις συνθήκες στέγασης, τις εργασιακές και κοινωνικές σχέσεις, τη διαθεσιμότητα, την πρόσβαση και τη χρήση υπηρεσιών. Οι ελλείψεις και οι ανεπάρκειες σε αυτούς τους τομείς συμβάλλουν στον προσδιορισμό διαφορετικών βαθμών στέρησης, μετρήσιμων στον πληθυσμό μέσω διαφόρων τύπων δεικτών (Dubois et al., 2014).

Οι πιο εντυπωσιακές ανισότητες στον τομέα της υγείας παρατηρούνται μεταξύ πλούσιων και φτωχών χωρών, που συχνά ονομάζονται ευφημιστικά «αναπτυσσόμενες». Πρόκειται για τεράστιες διαφορές στη θνησιμότητα, το προσδόκιμο ζωής και τη συχνότητα εμφάνισης ασθενειών, που καθορίζονται κυρίως από τις επιπτώσεις της πείνας, της βίας και των μολυσματικών ασθενειών καθώς και από συνθήκες συχνά απόλυτης στέρησης. Αυτό το δοκίμιο, ωστόσο, δεν σκοπεύει να ασχοληθεί με την ανάλυση αυτών των θεμάτων, που σήμερα αντιπροσωπεύουν το σοβαρότερο πρόβλημα της ανθρωπότητας, αλλά αντίθετα θα προσπαθήσει να εξετάσει τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία στις ανεπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα στην Ευρώπη, στις «πλούσιες» πληθυσμούς στους οποίους, αν και οι συνθήκες απόλυτης στέρησης είναι σπάνιες, το πρόβλημα των διαφορών όχι μόνο υπάρχει, αλλά τείνει να διευρύνεται προοδευτικά (European Parliament, 2015).

3.2 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Η αύξηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, που καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τα κυρίαρχα οικονομικά και παραγωγικά μοντέλα στις κοινωνίες, συνοδεύτηκε από παρόμοια αύξηση των ανισοτήτων στις συνθήκες υγείας. Κατά μέσο όρο, η υγεία βελτιώνεται, η θνησιμότητα μειώνεται, αλλά αυτό συμβαίνει κυρίως στις ισχυρότερες κοινωνικές ομάδες, ενώ η πρώτη επιδεινώνεται και η δεύτερη αυξάνεται -ή τουλάχιστον η μία δεν βελτιώνεται και η άλλη δεν μειώνεται- στις πιο αδύναμες ομάδες από ένα σημείο οικονομικά, κοινωνικά, πολιτιστικά (Bitler et al., 2016).

Παρόλα αυτά, το ζήτημα αυτού του είδους της ανισότητας δυσκολεύεται να εισέλθει στη συζήτηση για τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη και η δέσμευση για τη μείωσή τους δεν αποδίδεται ακόμη στους στόχους της πλειοψηφίας των κυβερνήσεων. Έντονη, τακτική και αυξανόμενη: έτσι αξιολογούνται ομόφωνα οι ανισότητες υγείας στον πληθυσμό στην Ευρώπη (European Parliament, 2015).

Αυτές οι ανισότητες εντός του πληθυσμού μπορούν να εκτιμηθούν σωστά κυρίως με βάση τα δεδομένα θνησιμότητας. Οι συγκρίσεις των τυποποιημένων για την ηλικία ποσοστών θνησιμότητας μεταξύ του χαμηλότερου και του υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε διαφορετικούς πληθυσμούς μπορούν να γίνουν σε σχετικούς ή απόλυτους όρους (Dubois et al., 2014).

3.3 ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Τα κορίτσια, τα αγόρια και οι έφηβοι που πλήττονται από κοινωνικοοικονομικές, εκπαιδευτικές και εδαφικές ανισότητες υφίστανται επίσης τις επιπτώσεις στην υγεία και την ψυχοσωματική ευημερία. Υπάρχουν ακόμη πάρα πολλά παιδιά στην Ευρώπη που βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας, μια κατάσταση που προαναγγέλλει μεγάλα προβλήματα υγείας στο μέλλον.

Όπου υπάρχουν οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες , ο κίνδυνος να βρεθεί μια επισφαλής κατάσταση υγείας , ξεκινώντας από την παιδική ηλικία, είναι υψηλότερος από ό,τι σε μέρη όπου αυτές οι δυσκολίες απουσιάζουν. Το χρονικό διάστημα που διαρκεί από τη γέννηση του παιδιού έως την ηλικία των δύο περίπου ετών, ή τις πρώτες χίλιες ημέρες , θεωρείται θεμελιώδες για την ανάπτυξη του παιδιού. Μάλιστα, ακριβώς αυτούς τους μήνες μπαίνουν οι βάσεις για την κατάσταση της υγείας του ατόμου σε όλη του τη ζωή. Οι πρώτες 1000 ημέρες, λοιπόν, κατά τις οποίες ο εγκέφαλος παρουσιάζει πολύ υψηλή πλαστικότητα, είναι ένα μεγάλο παράθυρο ευκαιρίας ή κινδύνου, ανάλογα με τις λίγο πολύ θετικές συνθήκες στις οποίες ο καθένας προορίζεται να γεννηθεί και να αναπτυχθεί. Γι' αυτό το πλαίσιο των βαθιών κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών ανισοτήτων των οικογενειών επηρεάζει ουσιαστικά και την υγεία των κοριτσιών και των αγοριών, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της ζωής (Sagan et al., 2016).

Με βάση στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη διανομή των δημοσίων πόρων για την υγεία , μόνο το 12% απασχολείται στην πρόληψη και τη βασική ιατρική , που είναι θεμελιώδεις για την υγεία των παιδιών μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Το κύριο μερίδιο, 44%, χρησιμοποιείται για νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά μόνο το 6% αυτών των πόρων προορίζεται για ανηλίκους, παρόλο που αντιπροσωπεύει το 15,6% του συνόλου του πληθυσμού, και το 2020 ο αριθμός των κλινών σε συνήθη νοσηλεία στους παιδιατρικούς θαλάμους μόνο το 4,1% του συνόλου.

Η υγεία των παιδιών δεν μπορεί να εμπιστευθεί μόνο στην αποτελεσματικότητα του εθνικού συστήματος υγείας, αλλά είναι ολόκληρο το αναπτυσσόμενο περιβάλλον, σε πολλές από τις πτυχές του, που στην πραγματικότητα διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Τα παιδιά που ζουν σε φτωχές οικογένειες έχουν υψηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, γεννιούνται πιο συχνά μικρά, θηλάζουν λιγότερο συχνά, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν λοιμώξεις, ιδιαίτερα του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού συστήματος. Μεγαλώνοντας, αντιμετωπίζουν συχνότερες ασθένειες και χρόνιες παθολογίες, αναιμία, διατροφικές ελλείψεις, παχυσαρκία, άσθμα, τερηδόνα, ψυχολογικές, συμπεριφορικές, ακόμη και ψυχιατρικές διαταραχές. Για χρόνιες ασθένειες, όπως η κυστική ίνωση, η οποία έχει παρόμοια συχνότητα σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, η επιβίωση είναι χαμηλότερη σε οικογένειες με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Αυτή η σύνδεση έχει τονιστεί από διαχρονικές μελέτες, οι οποίες σε φτωχά άτομα ως παιδιά έχουν δείξει, μετά από δεκαετίες, αύξηση των καρδιαγγειακών, εκφυλιστικών, μεταβολικών,

νεοπλασματικών και ψυχολογικών διαταραχών. Από επιστημονική άποψη, έχει γίνει μια προσπάθεια να κατανοηθεί πώς η φτώχεια και άλλες δυσμενείς συνθήκες στην παιδική ηλικία μπορούν να επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας στην ενήλικη ζωή και να κατανοηθεί πώς ένα κοινωνικό πρόβλημα μπορεί να καθορίσει μια βιολογική επίδραση (Sagan et al., 2016).

Είναι πολύ βασικό να διατεθούν περισσότεροι πόροι στην υγειονομική περίθαλψη, αυτοί που έχουν περιοριστεί τις τελευταίες δεκαετίες, βελτιώνοντας την οργάνωση της περίθαλψης που σήμερα δεν είναι πλέον σε θέση να καλύψει τις ανάγκες υγείας. Πρέπει να μειωθούν οι γεωγραφικές ανισότητες στην περίθαλψη και να εξασφαλιστεί η ίση πρόσβαση στη φροντίδα για όλους τους πολίτες μέσω της δημιουργίας υπηρεσιών, εκείνων που σήμερα κατανέμονται άνισα σε όλη την επικράτεια (Bitler et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ

4.1 ΣΥΣΤΑΣΗ 2013

Το 2013, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε τη Σύσταση Επενδύοντας στα παιδιά για να σπάσει ο φαύλος κύκλος του κοινωνικού μειονεκτήματος, η οποία έχει επικεντρώσει θεμελιωδώς τις προσπάθειες για την καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού στα δικαιώματα των παιδιών, τα καλύτερα συμφέροντά τους, τις ίσες ευκαιρίες και την υποστήριξη των πιο μειονεκτούντων παιδιών. Η σύσταση τονίζει ότι τα πρώτα χρόνια της ζωής είναι μια κρίσιμη περίοδος για τα παιδιά, καθώς οι εμπειρίες που έχουν και οι ευκαιρίες στις οποίες μπορούν να έχουν πρόσβαση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου επηρεάζουν την υπόλοιπη ζωή τους. Ωστόσο, τα κράτη μέλη της ΕΕ δεν είναι υποχρεωμένα να αναφέρουν την πρόοδό τους και επί του παρόντος η σύσταση δεν εφαρμόζεται πλήρως (Bitler et al., 2016).

4.2 ΑΤΖΕΝΤΑ 2030 ΓΙΑ ΤΗ ΒΙΩΣΙΜΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί από τη δεκαετία του 1990 στην καταπολέμηση της φτώχειας, περισσότεροι από 800 εκατομμύρια άνθρωποι – εκ των οποίων περίπου το 70 τοις εκατό είναι γυναίκες – εξακολουθούν να ζουν σε ακραία φτώχεια σήμερα. Η Ατζέντα 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη στοχεύει στην πλήρη εξάλειψη της ακραίας φτώχειας έως το 2030 (European Commission, 2020).

Τον Σεπτέμβριο του 2015, η διεθνής κοινότητα ενέκρινε την Ατζέντα 2030 για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη, η οποία περιλαμβάνει δεκαεπτά Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDGs)⁹ και 169 στόχους που πρέπει να επιτευχθούν έως το 2030. Αυτοί οι στόχοι απαιτούν την εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και τη μείωση στο μισό της φτώχειας σε όλες τις διαστάσεις της. Ορίζεται σε εθνική βάση, για όλες τις ομάδες συμπεριλαμβανομένων των παιδιών. Επιπλέον, ο στόχος της Βιώσιμης Ανάπτυξης στοχεύει στη διασφάλιση «ποιότητας, χωρίς αποκλεισμούς, δίκαιης εκπαίδευσης και στην προώθηση ευκαιριών δια βίου μάθησης για όλους» (European Parliament, 2015).

Πέρα από αυτό, η Ατζέντα δεσμεύεται να μην αφήσει κανέναν πίσω, πράγμα που σημαίνει ότι πρέπει αναγκαστικά να ευνοεί εκείνους που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση - τις φτωχότερες οικογένειες, τις γυναίκες και ειδικά τα παιδιά (European Commission, 2020).

Η ΕΕ και οι ευρωπαϊκές χώρες διαδραμάτισαν κρίσιμο ρόλο στην προώθηση της ατζέντας για τη βιώσιμη ανάπτυξη και τώρα πρέπει να τηρήσουν τις δεσμεύσεις τους. Η οικοδόμηση κοινωνιών χωρίς αποκλεισμούς και βιώσιμης ανάπτυξης περιλαμβάνει την επένδυση στις πιο ευάλωτες ομάδες και την ενδυνάμωσή τους να γίνουν ενεργά μέλη μιας κοινωνίας στην οποία μπορούν να αισθάνονται ότι ανήκουν (Sagan et al., 2016).

Η καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού βρίσκεται στο επίκεντρο της στρατηγικής «Ευρώπη 2020». Ένα άτομο θεωρείται ότι βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού εάν βρίσκεται σε τουλάχιστον μία από τις ακόλουθες καταστάσεις: βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή ζει σε συνθήκες σοβαρής υλικής στέρησης ή πολύ χαμηλής έντασης εργασίας (European Commission, 2020).

Σύμφωνα με τις οικονομικές προβλέψεις της Επιτροπής για το 2021, η πανδημία COVID-19 έχει προκαλέσει μεγάλη αναστάτωση και άλλαξε τις προοπτικές για τις ευρωπαϊκές αγορές εργασίας. Το ποσοστό ανεργίας στη ζώνη του ευρώ προβλέπεται να αυξηθεί από 7,5% το 2019 σε περίπου 9,5% το 2020 και 8,6% το 2021. Ως αποτέλεσμα, οι ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό. Είναι επιτακτική ανάγκη τα κράτη μέλη να συντονίσουν τις δραστηριότητές τους εντός της επικράτειάς τους και σε ολόκληρη την ΕΕ για να προστατεύσουν αυτούς που κινδυνεύουν περισσότερο (Blum et al., 2020).

Για μια βιώσιμη, αποτελεσματική και ανταγωνιστική οικονομία της γνώσης και για μια δίκαιη κοινωνία μεταξύ των γενεών, είναι απαραίτητο να επικεντρωθεί η προσοχή στους ανηλίκους και να καταπολεμηθεί το υψηλό ποσοστό ανηλίκων σε κατάσταση φτώχειας που καταγράφεται επί του παρόντος. Διάφορες μελέτες έχουν επανειλημμένα καταδείξει πώς μια επένδυση που γίνεται στην παιδική ηλικία, με σχετικά χαμηλό οικονομικό κόστος, μπορεί να αποφέρει κέρδη σε όλη τη διάρκεια της ζωής, όχι μόνο προς όφελος των ατόμων, αλλά και για την κοινωνία και την οικονομία. Τα οικονομικά οφέλη από την επένδυση σε παιδιά υπερτερούν σημαντικά του κόστους χρηματοδότησης της επένδυσης (Blum et al., 2020).

Η καταπολέμηση της παιδικής φτώχειας εφαρμόζεται κατά κύριο λόγο σε επίπεδο κρατών μελών. Οι δημόσιες διοικήσεις και άλλοι φορείς που ενεργούν στα κράτη μέλη μπορούν να εφαρμόσουν ποικίλες πρωτοβουλίες στον τομέα του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής πολιτικής για την υποστήριξη μειονεκτούντων οικογενειών και παιδιών: για παράδειγμα προγράμματα ρουτίνας κοινωνικής μεταφοράς, άμεσοι πόροι ή στοχευμένα προγράμματα παρέμβασης (European Commission, 2020).

Ωστόσο, η ΕΕ – ιδίως η Επιτροπή – έχει επίσης να παίξει έναν ρόλο. Πρέπει να υποστηρίζει και να συμπληρώνει τις δραστηριότητες των κρατών μελών για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Η Επιτροπή θα πρέπει επίσης να διευκολύνει τον συντονισμό των δράσεων των κρατών μελών σε όλους τους τομείς. Για το σκοπό αυτό, μπορεί να χρησιμοποιήσει τόσο νομικά όσο και χρηματοδοτικά μέσα (Blum et al., 2020).

4.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΓΓΥΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Η πρώτη φάση της Εγγύησης για τα Παιδιά ξεκίνησε το 2015 με ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου που ζητούσε την ανάπτυξη ενός Προγράμματος Εγγυήσεων για παιδιά και εφήβους για την καταπολέμηση της πολυδιάστατης φτώχειας . Εμπλέκονται πέντε τομείς: εκπαίδευση, υγεία, διατροφή, συνθήκες στέγασης και προσχολική φροντίδα (European Parliament, 2015).

Το 2017, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ξεκίνησε τη δεύτερη φάση του Προγράμματος για τη διερεύνηση του δυνητικού πεδίου εφαρμογής της Εγγύησης για τα Παιδιά αναθέτοντας μια μελέτη σκοπιμότητας. με στόχο την εξέταση και τη διατύπωση προτάσεων και συστάσεων για την καταπολέμηση της φτώχειας· και τον κοινωνικό αποκλεισμό μεταξύ των ανηλίκων και τον εντοπισμό των ομάδων παιδιών και εφήβων περισσότερο· ευάλωτα (European Commission, 2020).

Η τρίτη φάση του Προγράμματος Εγγύησης για τα Παιδιά - που ξεκίνησε το 2020 και βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη - στοχεύει να δοκιμαστεί σε 7 κράτη μέλη της ΕΕ - Ελλάδα, Ιταλία, Κροατία, Βουλγαρία, Γερμανία, Ισπανία, Λιθουανία - πιλοτικά προγράμματα για την καταπολέμηση της φτώχειας του νεανικού και κοινωνικού αποκλεισμού για να αποδείξει τη σκοπιμότητά του. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει επίσης αναθέσει στη UNICEF – το Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη και την Κεντρική Ασία – το έργο της συνεργασίας με τις αρμόδιες αρχές των κρατών μελών κατά τη διάρκεια αυτής της πιλοτικής φάσης (European Commission, 2020).

4.4 HEALTH 2020

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα προσφέρει ένα πλαίσιο αναφοράς για την αντιμετώπιση των μεγάλων αλλαγών της αρχής της νέας χιλιετίας: μείωση του ποσοστού γεννήσεων, γήρανση του πληθυσμού, το φαινόμενο της μετανάστευσης, οι προσδοκίες των πολιτών όσον αφορά την υγεία, και κυρίως την επιβεβαίωση της έννοιας της υγείας ως μοχλού για την ανθρώπινη, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας (Health, 2020).

Οι κύριοι στόχοι είναι δύο: 1) η προώθηση της υγείας και η μείωση των ανισοτήτων και 2) η ενίσχυση της διακυβέρνησης για την υγεία. Προσδιορίστηκαν επίσης τέσσερις οριζόντιοι τομείς δράσης προτεραιότητας: επένδυση στην υγεία μέσω μιας προσέγγισης πορείας ζωής· αντιμετώπιση των προκλήσεων υγείας· ενίσχυση των κοινωνικών συστημάτων και συστημάτων υγείας και αύξηση των ικανοτήτων αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών δημόσιας υγείας· να δημιουργήσουν περιβάλλοντα που ευνοούν την προαγωγή της υγείας και τις ανθεκτικές κοινότητες (Health, 2020).

Ο πρώτος στόχος συνδέεται στενά με τους κοινωνικούς και οικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας: στην πράξη, είναι οι κοινωνικοοικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, εργάζονται και γερνούν. Οι παράγοντες που επηρεάζουν περισσότερο την κατάσταση της υγείας (μαζί με τη γενετική κληρονομιά και την πρόσβαση σε ποιοτικά συστήματα κοινωνικής υγείας) είναι επομένως το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, το επάγγελμα, το περιβάλλον στο οποίο κάποιος εργάζεται και ζει καθημερινά. Υπάρχουν πλέον άφθονα επιστημονικά στοιχεία που επιβεβαιώνουν ότι ενεργώντας βάσει αυτών των παραγόντων είναι δυνατό να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου και ενός πληθυσμού και ταυτόχρονα να μειωθούν οι ανισότητες στον τομέα της υγείας που τιμωρούν κυρίως τα πιο μειονεκτήματα του πληθυσμού (Health, 2020).

Το σύστημα υγείας και οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν επίσης την υγεία, και στην πραγματικότητα η ενίσχυση των προγραμμάτων δημόσιας υγείας αντιπροσωπεύει τον δεύτερο πυλώνα της υγείας 2020. Το Health 2020 προτείνει μια καινοτόμο προσέγγιση και σε αυτόν τον τομέα: είναι αναμφίβολα απαραίτητο να ενισχυθεί η δημόσια υγεία και να διασφαλιστεί ανθρωποκεντρικά συστήματα υγείας που είναι καθολικά, δίκαια, βιώσιμα και υψηλής ποιότητας.

Πρέπει να περάσουμε από το παραδοσιακό όραμα των υπηρεσιών υγείας που βασίζεται μόνο στη φροντίδα, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, στην ενίσχυση των προγραμμάτων πρόληψης και κυρίως στην προαγωγή της υγείας που περιλαμβάνει, όπως περιγράφηκε παραπάνω, περισσότερους τομείς (Health, 2020).

4.4.1 Διακυβέρνηση υγείας

Η διακλαδικότητα είναι ένα από τα βασικά στοιχεία της σύγχρονης διακυβέρνησης της υγείας. Η έννοια της διακυβέρνησης για την υγεία υπερβαίνει κατά πολύ την υιοθέτηση παρεμβάσεων για τη «κυβέρνηση» ή την ενίσχυση των συστημάτων υγείας (διακυβέρνηση υγείας). Αντίθετα, συνεπάγεται κοινή και συντονισμένη δράση μεταξύ του τομέα της υγείας και των τομέων εκτός υγείας, οι οποίοι πρέπει να «κουνήσουν» προς την ίδια κατεύθυνση. Η διατομεακή προσέγγιση πρέπει να καλύπτει όλες τις πολιτικές στα διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης: διεθνές, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό. Το άλλο στοιχείο είναι η συνεργασία μεταξύ του δημόσιου τομέα και του ιδιωτικού τομέα και η ολοένα μεγαλύτερη συμμετοχή του πολίτη και της κοινωνίας των πολιτών σε επιλογές που αφορούν την υγεία και την ευημερία (Health, 2020).

4.4.2 Η «Ευρωπαϊκή αναθεώρηση» των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας

Περαιτέρω υποστήριξη για τη νέα πολιτική υγείας στην Ευρώπη που περιλαμβάνεται στο Health 2020 προέρχεται από μια άλλη πρόσφατη δημοσίευση του ΠΟΥ (2013): την Ανασκόπηση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων και το χάσμα υγείας στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ. Διερευνώνται ορισμένες πτυχές που σχετίζονται με τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και προτείνει περαιτέρω παρεμβάσεις όχι μόνο στη δημόσια υγεία, αλλά και στη μακροοικονομική και τη συμμετοχή της κοινωνίας (WHO/Europe, 2013).

Δεδομένης της εμμονής και, όντως, της διεύρυνσης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην ευρωπαϊκή περιφέρεια, οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση της κατάστασης της

υγείας των πλέον μειονεκτούντων σε εκείνη εκείνων που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση. Ομοίως, είναι απαραίτητο να επικεντρωθούν οι πόροι σε χώρες με χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και λιγότερο αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας, για να υπάρξουν καλύτεροι δείκτες υγείας. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, απαιτούνται δύο διαφορετικές στρατηγικές: σε κάθε χώρα, να δράσουμε στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και σε διακρατικό επίπεδο, να δράσουμε για τις αιτίες των ανισοτήτων μεταξύ των χωρών (Stuckler et al., 2010).

Με βάση εκτεταμένα επιστημονικά στοιχεία, οι συστάσεις και οι τομείς παρέμβασης της ανασκόπησης έχουν ομαδοποιηθεί σε τέσσερα κύρια θέματα: η πορεία ζωής, η δράση σε επίπεδο κοινωνίας, το μακροοικονομικό πλαίσιο και τα ολοκληρωμένα συστήματα (Stuckler et al., 2010).

Η προσέγγιση της πορείας ζωής δηλώνει ότι είναι απαραίτητο πάνω απ' όλα να διασφαλιστεί «μια καλή αρχή» για κάθε παιδί. Αυτό απαιτεί συστήματα προστασίας για τις γυναίκες, τη μητρότητα και τις νέες οικογένειες, καθώς και δομές που θα εγγυώνται επαρκή βοήθεια στα πρώτα χρόνια της ζωής και τη δυνατότητα εκπαίδευσης για όλα τα παιδιά τα επόμενα χρόνια. Η έμφαση στην πρώιμη παιδική ηλικία δεν πρέπει να μειώνει τις παρεμβάσεις στην ενήλικη ζωή, την εργασία ή που απευθύνονται σε ηλικιωμένους. Ειδικότερα, είναι σημαντικό να μειωθεί το εργασιακό άγχος, να ελαχιστοποιηθεί η περίοδος μη απασχόλησης με προγράμματα επανένταξης στην αγορά εργασίας και να αντιμετωπιστούν οι αιτίες της κοινωνικής απομόνωσης, όλες οι καταστάσεις που σχετίζονται με επιδείνωση της υγείας (Stuckler et al., 2010).

Σύμφωνα με την έννοια της «ενδυνάμωσης», αυτό επιτυγχάνεται με την εφαρμογή μηχανισμών που μας επιτρέπουν να έχουμε τον «έλεγχο» των ίδιων των επιλογών, δημιουργώντας ανθεκτικές κοινότητες και δημιουργώντας συνεργασίες με διάφορα τμήματα και φορείς της κοινωνίας (Health, 2020).

Η μακροοικονομική πτυχή είναι ιδιαίτερα επίκαιρη καθώς η οικονομική κρίση που επιμένει σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχει σίγουρα επιπτώσεις στην υγεία. Οι επιπτώσεις στην υγεία και τις κοινωνικές συνέπειες των σκληρών μέτρων λιτότητας που υιοθετήθηκαν από ορισμένες χώρες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αναθεώρηση των δημοσιονομικών και οικονομικών πολιτικών στην Ευρώπη βραχυπρόθεσμα έως μεσοπρόθεσμα. Ειδικότερα, υπάρχει ανάγκη υποστήριξης προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και υγείας, ιδίως σε χώρες όπου οι δαπάνες σε αυτούς τους τομείς είναι κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Έρευνα που διεξήχθη σε 18 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει δείξει μια αντίστροφη γραμμική σχέση μεταξύ των κοινωνικών

δαπανών και της θνησιμότητας: όσο περισσότερα ξοδεύει κάποιος για την «κοινωνική πρόνοια», τόσο χαμηλότερη είναι η θνησιμότητα (Stuckler et al., 2010).

Η τελευταία πτυχή, αυτή των ολοκληρωμένων συστημάτων, αναφέρεται στην πραγματικότητα στη «διακυβέρνηση» για την υγεία και συνεπώς στην επίτευξη ή διατήρηση της κατάστασης της υγείας μέσω των προσεγγίσεων «ολόκληρη η κυβέρνηση» και «ολόκληρη η κοινωνία». Αυτό απαιτεί μεγαλύτερη συνοχή στη δράση της κυβέρνησης σε όλα τα επίπεδα (υπερεθνικό, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό), αλλά κυρίως συντονισμένη δράση όσον αφορά τις πολιτικές υγείας, τις επενδύσεις στην υγεία και τις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες, και μια ολόενα και πιο στενή συνεργασία μεταξύ του δημόσιου, του ιδιωτικού και του εθελοντικού κλάδους (Stuckler et al., 2010).

Η δράση βάσει κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων καθιστά δυνατή τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των πληθυσμών και τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Για την επίτευξη αυτών των στόχων, είναι σημαντικό να ενισχυθούν τα κοινωνικά συστήματα και τα συστήματα υγείας, αλλά και να δημιουργηθούν οι οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες για να έχει κανείς τον έλεγχο της υγείας του. Τέλος, μια γενική σύσταση είναι η ενθάρρυνση της εταιρικής σχέσης και της συνεργασίας μεταξύ διαφόρων τμημάτων και παραγόντων της κοινωνίας και σε διάφορα επίπεδα διακυβέρνησης, θεωρώντας την υγεία ως σημαντικό παράγοντα σε όλες τις προτεινόμενες πολιτικές. Η υγεία ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και βασικό στοιχείο για τις σημερινές και μελλοντικές αναπτυξιακές πολιτικές (Health, 2020).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η φτώχεια παγκοσμίως μετριέται με δύο τρόπους. Δυστυχώς, οι άνθρωποι σε συνθήκες φτώχειας ζουν συχνά σε περιοχές με χαμηλές ποσότητες αυτών των πόρων. Ενώ τα συνολικά ποσοστά φτώχειας έχουν βελτιωθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, αρκετές μεμονωμένες χώρες έχουν βιώσει αύξηση της φτώχειας.

Η φτώχεια στα πρώτα στάδια της ζωής, καθώς και άλλες συχνά σχετιζόμενες δυσμενείς καταστάσεις (συναισθηματική στέρηση, κακοποίηση, παραμέληση, παραμέληση και οικογενειακά προβλήματα) έχουν επίσης αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία στην ενήλικη ζωή. Η καταπολέμηση της φτώχειας που επιτυγχάνεται με την υποστήριξη οικογενειών με παιδιά πρέπει επομένως να αποτελεί προτεραιότητα για τη δράση των κρατών καθώς το πολύ χαμηλό οικογενειακό εισόδημα δεν επιτρέπει στους ανηλίκους να έχουν πλήρη ψυχική, σωματική, πνευματική και κοινωνική ανάπτυξη.

Ο κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ποικίλλει μεταξύ των ηλικιακών ομάδων. Τα παιδιά που ζουν στη φτώχεια γεννιούνται πολύ συχνά από γονείς που ζουν στη φτώχεια, δημιουργώντας έναν κύκλο. Οι συνθήκες διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένης της υποβαθμισμένης στέγασης και της έλλειψης στέγης, μαζί με την ανεπαρκή ή ανύπαρκτη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, την κακή διατροφή και την πείνα συμβάλλουν σε παιδικές ασθένειες, καθώς και σε απώλεια και καθυστέρηση, τα οποία εμποδίζουν τη σωματική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού

Ένα επαρκές σύστημα κοινωνικής προστασίας που εγγυάται την κοινωνική συνοχή και την αμοιβαία ευθύνη είναι ένα από τα πιο ισχυρά εργαλεία για την επίτευξη μιας κατάστασης ισότητας στην υγεία. Οι παρεμβάσεις πρέπει να στοχεύουν στην αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που συμμετέχει σε επιλογές που αφορούν την υγεία και τη δική τους ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alkire, S., & Foster, J. (2011). Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of public economics*, 95(7), 476-487
- Beegle, K., Christiaensen, L., Dabalen, A., & Gaddis, I. (2016). Poverty in a rising Africa. World Bank Publications.
- Bitler, M. and Hilary H. (2016). The More Things Change, the More They Stay the Same? The Safety Net and Poverty in the Great Recession. *Journal of Labor Economics* 34,1, 403–444.
- Blum, S. and Dobrotić, I. (2020). Child care policy responses in the COVID-19 pandemic: Unpacking cross-country variation’, European Societies.
- Cohodes SR, Grossman DS, Kleiner SA, Lovenheim MF. (2016). The effect of child health insurance access on schooling: Evidence from public insurance expansions. *Journal of Human Resources.*, 51(3):727–759.
- Coudouel, A., Hentschel, J. S., & Wodon, Q. T. (2002). Poverty measurement and analysis. In The PRSP Sourcebook. Washington, DC: World Bank.
- Dubois, H. and Molinuevo, D. (2014). Access to healthcare in times of crisis. Eurofound, 76 p.
- EU statistics (2021). Children at risk of poverty or social exclusion. Διαθέσιμο στο
- European Commission (2020). Roadmap for a Child Guarantee, available at <https://ec.europa.eu/info/law/better-regulation/have-your-say/initiatives/12565-European-ChildGuarantee->, a
- European Parliament (2015). Reducing inequalities with a special focus on child poverty, European Parliament resolution of 24 November 2015, 2014/2237(INI), Brussels.
- European Union (EU). (2019). EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) survey. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview>
- Gennetian LA, Sanbonmatsu L, Katz LF, Kling JR, Sciandra M, Ludwig J, Duncan GJ, Kessler RC. (2012). The long-term effects of Moving to Opportunity on youth outcomes. *Cityscape*, 14(2):137–167.

Grown, C., Floro, M. S., & Elson, D. (Eds.). (2010). Unpaid work, time use, poverty and public policy [Special issue]. *Feminist Economics*, 16(3).

Haughton, J., & Khandker, S. R. (2009). *Handbook on poverty and inequality*. Washington, DC: World Bank.

Health (2020). A European policy framework and strategy for the 21st century. www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020.-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century

<https://data.unicef.org/topic/maternal-health/newborn-care/>

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Children_at_risk_of_poverty_or_social_exclusion#Key_findings

Hulme, D. (2010). *Global poverty: How global governance is failing the poor*. Abingdon, UK: Routledge.

Huston A. C. (2011). Children in poverty: Can public policy alleviate the consequences?. *Family matters (Melbourne, Vic.)*, (87), 13–26.

Ravallion M. (2020). On Measuring Global Poverty. *Annual Review of Economics*, 12(1).

Rigby M. J. (2021). European Union Child Guarantee—challenges raised by the welcome promise of free healthcare for marginalized children. *European Journal of Public Health*, 1–8

Roser M. and Ortiz-Ospina E. (2022). Global Extreme Poverty. Published online at OurWorldInData.org. Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/extreme-poverty

Sagan, A. and Thomson, S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. World Health Organization 2010, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. *Copenhagen*, 110 p.

Strully KW, Rehkopf DH, Xuan Z. (2010). Effects of prenatal poverty on infant health: State Earned Income Tax Credits and birth weight. *American Sociological Review*, 75(4):534–562.

Stuckler D et al. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ*, 341, 77-79.

Thévenon, O., et al. (2018). *Child poverty in the OECD: Trends, determinants and policies to tackle it*”, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*. Paris: OECD Publishing,.

UNICEF. (2019). Newborn Care. Διαθέσιμο στο

Wellbeing & Poverty Pathways. (2013). An integrated approach to assessing wellbeing (Wellbeing and Poverty Pathways Briefing No. 1 – Revised edition). University of Bath.

WHO/Europe. (2013). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region.