



Η ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΤΟΝ COVID-19 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΛΛΕΣ ΑΝΕΠΤΥΓΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Βύρων Κοτζαμάνης*

Ο COVID-19 έχει επηρεάσει όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας και οι θάνατοι από αυτόν παγκοσμίως θα υπερβούν τις πιθανότατα τους 500.000 το πρώτο εξάμηνο του 2020, ξεπερνώντας αυτούς που καταγράφονται σε μια υψηλή σχετικά χρονιά εποχικής γρίπης, η οποία προκαλεί ετησίως σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας από 290 έως 650.000 θανάτους παγκοσμίως. Ποια είναι όμως η μέχρι τώρα θνησιμότητα από τον ιό αυτό στην χώρα μας και σε 43 άλλες ανεπτυγμένες-μη ασιατικές - χώρες; Ποιο είναι το ειδικό βάρος (το %) των μέχρι σήμερα θανάτων από τον COVID-19 στον συνολικό αριθμό των θανάτων του 2018; Οι σημαντικές διαφοροποιήσεις της θνησιμότητας, η οποία κυμαίνεται σήμερα από 850 έως 4 θανάτους ανά εκατομμύριο κατοίκων στις 44 εξεταζόμενες χώρες έχουν σχέση με μια σειρά μεταβλητές που συνήθως διερμηνεύουν τις διαφορές αυτές; Υπάρχουν χώρες που θα είχαν ούτως ή άλλως αυξημένη θνησιμότητα; Η τρέχουσα πανδημία και η αντιμετώπισή της (αν εξαιρέσουμε τον χρόνο, τον τύπο καθώς και την ένταση των ληφθέντων μέτρων) ανέδειξε κάποια βασικά κοινά στοιχεία; Στα ερωτήματα αυτά επιχειρείται να δοθεί μια πρώτη απάντηση στο κείμενο που ακολουθεί σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα.

Ο COVID-19, ως γνωστόν, έχει κάποιες ιδιαιτερότητες συγκρινόμενος με άλλα είδη κορωνοϊών, και μεταξύ άλλων: Μεγαλύτερη μεταδοτικότητα καθώς και πιο μακρά λανθάνουσα περίοδο (περίοδο επώασης), πλήττει -περισσότερο απ' ό τι άλλοι τύποι της ίδιας «οικογένειας» - άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών με έτερα σοβαρά συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας, απαιτείται μεγαλύτερης διάρκειας νοσοκομειακή περίθαλψη, η θνησιμότητα είναι υψηλότερη, ενώ δεν υπάρχει προς το παρόν -σε αντίθεση με τους ιούς της γρίπης- ειδική αντι-ική θεραπεία και διαθέσιμο εμβόλιο. Η ένταση της «εισβολής» του ιού και ο συντελεστής διάχυσής του διαφοροποιούνται σημαντικά ανάμεσα στις 44 ανεπτυγμένες μη ασιατικές χώρες του πλανήτη μας, αποτυπώνονται δε και στην μέχρι σήμερα θνησιμότητα από τον ιό αυτό. Καθοριστικό ρόλο στην διαφοροποιημένη ανά χώρα ένταση της «εισβολής» του έπαιξε, κατά την γνώμη μας, η **εξωστρέφεια των χωρικών ενοτήτων** (κρατών, περιφερειών, δήμων), η πυκνότητα, δηλαδή, των σχέσεων τους με τους χώρους απ' όπου ξεκίνησε η διάδοση του ιού (ή ακόμη και με αυτούς που σε μια πρώτη φάση διείσδυσε μαζικά και ανεξέλεγκτα). Η πυκνότητα αυτή είναι προφανώς συνισταμένη πλήθους παραμέτρων (οικονομικών, κοινωνικών, πολιτισμικών, πολιτικών κ.ά.), ενώ ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο διαδραμάτισαν -μεταξύ άλλων- και παράγοντες, όπως:

- 1) Ο χρόνος (timing).
- 2) Η κατάσταση υγείας των πολύ ηλικιωμένων ατόμων σε κάθε χώρα.
- 3) Οι υφιστάμενες υποδομές, το ανθρώπινο δυναμικό και τα διαθέσιμα μέσα ως και η ικανότητα αντίδρασης των δημόσιων συστημάτων υγείας, τα οποία τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σε πολλές χώρες, αντιμετώπιζαν συσσωρευμένα προβλήματα.
- 4) Οι ικανότητες συντονισμού των εμπλεκόμενων φορέων.
- 5) Ο χρόνος λήψης των όποιων αποφάσεων ή/και μέτρων, καθώς και η αποδοχή τους από τον πληθυσμό.
- 6) Οι πυκνότες στους χώρους κατοικίας και εργασίας, οι συνθήκες στέγασης, η ένταση της χρήσης των μαζικών μέσων μεταφοράς και η πυκνότητα των διαπροσωπικών σχέσεων -διαγενεακών και μη- , οι συνθήκες διαβίωσης ιδιαίτερων-ευάλωτων ομάδων και τέλος το % των ηλικιωμένων σε συλλογικά ιδρύματα (ως και η κατανόμη τους σε άλλους τύπους ενοίκησης). Ειδικότερα, η τελευταία αυτή παράμετρος υπήρξε καθοριστική σε μια σειρά χωρών με υψηλή θνησιμότητα στις οποίες περισσότεροι από 3 στους 10 ηλικιωμένους 80 ετών και άνω διέμεναν μόνιμα σε τέτοια ιδρύματα καθώς εκτιμάται ότι στις χώρες αυτές κατ' ελάχιστον 40 στους 100 καταγραφέντες θανάτους προήλθε από την συγκεκριμένη αυτή ομάδα. **Η μη κατά προτεραιότητα λήψη μέτρων για τους ενοίκους, το προσωπικό και τους επισκέπτες των ιδρυμάτων αυτών αποτελεί ένα παράδοξο, πόσο μάλλον που στις χώρες αυτές η ιατρική κοινότητα είχε καθοριστικό ρόλο στην λήψη των ληφθέντων μέτρων ως «σύμβουλος του πρίγκηπα».**

Τα μέτρα αυτά σε όλες τις εξεταζόμενες χώρες στόχευαν κυρίως, στην επιβράδυνση της «εισβολής» του ιού (βλ. κλείσιμο των εξωτερικών συνόρων) και στην ανάσχεση της διάδοσής του (αναστολή δραστηριοτήτων, περιορισμός της κινητικότητας, κοινωνική αποστασιοποίηση, απαγόρευση κυκλοφορίας, υποχρέωση χρήσης προστατευτικής μάσκας, κ. ά.). Ταυτόχρονα, τα μέτρα είχαν ως σκοπό και τη «δημιουργία» του αναγκαίου χρόνου για την προετοιμασία των δημόσιων συστημάτων υγείας -και γενικότερα του κρατικού μηχανισμού- για τη διαχείριση της κρίσης και την αποφυγή ακραίων μη διαχειρίσιμων καταστάσεων, γεγονός που επιτεύχθηκε στη μεγάλη πλειοψηφία των εξεταζόμενων χωρών.

Τα μέτρα, η έντασή τους και ιδιαίτερα ο **χρόνος** που ελήφθησαν (ειδικότερα αυτά για τον έλεγχο της «εισβολής» του ιού και εν συνεχεία της διάχυσής του) διαφέρουν σημαντικά στις 44 εξεταζόμενες χώρες. Οι διαφορές αυτές είναι σημαντικές τόσο ανάμεσα στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, όσο και ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες (π.χ. ανάμεσα στην «ατομικιστική» Αγγλία, στην Σουηδία που περιορίσθηκε σε συστάσεις και εθελοντικό lockdown και σε χώρες που έλαβαν ακραία μέτρα, όπως γενική απαγόρευση της κυκλοφορίας). Ταυτόχρονα, οφείλουμε να επισημάνουμε ότι οι μη ελεγχόμενες καταστάσεις στις λίγες χώρες που επλήγησαν πρώτες από την πανδημία έδωσαν τη δυνατότητα σε μια μεγάλη ομάδα χωρών (όπως και στην Ελλάδα) να αντιδράσουν έγκαιρα.

* Καθηγητής Δημογραφίας, Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων (ΕΔΚΑ) Παν/μιο Θεσσαλίας, e-mail: bkotz@prd.uth.gr

Η καταγραφή της νοσηρότητας ποικίλλει από χώρα σε χώρα σημαντικά και ως εκ τούτου οι συγκριτικές αναλύσεις είναι εξαιρετικά προβληματικές. Όσον αφορά την καταγραφή της συσσωρευμένης μέχρι σήμερα θνησιμότητας, τα τιθέμενα προβλήματα καταγραφής περιορίζονται εν μέρει, καθώς, όσα υπάρχουν, δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από χώρα σε χώρα. Επομένως, είναι δυνατή μια πρώτη συγκριτική ανάλυση με βάση τον αριθμό των θανάτων / 1.000.000 (δεδομένα του Johns Hopkins University, <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>).

Ο παρατιθέμενος πίνακας δίδει τον δείκτη αυτό για 44 μη ασιατικές χώρες. Περιέχει και μια άλλη σειρά μεταβλητών που δίδονται από τους διεθνείς οργανισμούς (Παγκόσμια Τράπεζα, Ηνωμένα Έθνη, Π.Ο.Υ, Ε.Ε.), όπως οι πυκνότητες, η μέση προσδοκώμενη ζωή στη γέννηση, η διάμεση ηλικία, το % των 70 ετών και άνω, το ακαθάριστο εθνικό προϊόν σε αντιστοιχία αγοραστικής δύναμης, τα ποσοστά επιπολασμού του διαβήτη (*diabetes prevalence rates*) και των καρδιαγγειακών παθήσεων (*Cardiovascular disease rates*), το % των καπνιστών, τον αριθμό νοσοκομειακών κλινών και νοσοκομειακού προσωπικού ανά 1000 κατοίκους, τον αριθμό των κλινών εντατικής θεραπείας/100.000 κάτοικους... Δεν περιλαμβάνει όμως έναν βασικό κατά την γνώμη μας ερμηνευτικό δείκτη, έναν «συνθετικό» δείκτη που θα αποτυπώνει την «εξωστρέφεια» των εξεταζόμενων χωρών.

Ιεραρχώντας τις 44 (εκτός Ασίας και Λατ. Αμερικής) αυτές χώρες με βάση τη θνησιμότητα από τον COVID-19 δυνάμεθα να διακρίνουμε 4 μεγάλες ομάδες:

- Η πρώτη ομάδα που χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα (>350 θάνατοι/1.000.000, 6η στήλη του πίνακα) περιλαμβάνει 8 ευρωπαϊκές χώρες και τις ΗΠΑ. Στην ομάδα αυτή, οι θάνατοι από τον κορωνοϊό έως σήμερα (24-6-2020) συγκρίνονται με το σύνολο των θανάτων που κατεγράφησαν στις ίδιες χώρες το 2018 αποτελούν το **4-9%**.
- Η δεύτερη ομάδα (σχετικά υψηλή θνησιμότητα, 100-230 θάνατοι/1.000.000) περιλαμβάνει 7 ευρωπαϊκές χώρες και τον Καναδά. Στις χώρες αυτές, οι θάνατοι από τον κορωνοϊό αντιστοιχούν μόλις στο **1-3 %** του συνόλου των θανάτων του 2018.
- Η τρίτη ομάδα -8 ευρωπαϊκές χώρες- χαρακτηρίζεται από χαμηλή θνησιμότητα (50-80 θάνατοι αποδιδόμενοι στον COVID-19 /1.000.000). Οι θάνατοι αυτοί αντιστοιχούν **στο 0,4 – 0,6%** των θανάτων που καταγράφηκαν το 2018.
- Οι 19 χώρες της τελευταίας ομάδας, στην οποία εντάσσεται και η Ελλάδα, έχουν μηδενική σχεδόν θνησιμότητα (4-50 θάνατοι/ 1.000.000 κατοίκους) και οι θάνατοι από τον COVID-19 μέχρι σήμερα αποτελούν **0,1 έως 0,6%** των θανάτων του 2018 (5η στήλη του πίνακα).

Οι δυο πρώτες ομάδες (υψηλή & σχετικά υψηλή θνησιμότητα, 17 χώρες) περιλαμβάνουν, εκτός των ΗΠΑ και του Καναδά, ευρωπαϊκές χώρες που βρίσκονται σχεδόν αποκλειστικά σε μια ευρεία ζώνη που ξεκινά από την Ιταλία στον ευρωπαϊκό νότο για να καταλήξει στον ευρωπαϊκό βορρά στη Σουηδία. Το υψηλό ΑΕΠ τους είναι και το μόνο κοινό χαρακτηριστικό, καθώς οι άλλοι δείκτες διαφοροποιούνται σημαντικά. Η τρίτη και τέταρτη ομάδα με χαμηλή έως και μηδενική θνησιμότητα περιλαμβάνει 27 χώρες. Στις ομάδες αυτές, εκτός από την Αυστραλία και την Νέα Ζηλανδία, συγκεντρώνονται όλες οι χώρες της πρώην ανατολικής Ευρώπης και των Βαλκανίων (με εξαίρεση την Β. Μακεδονία και την Μολδαβία), της βορείου (με εξαίρεση την Σουηδία και την Δανία) και της κεντρικής Ευρώπης (με εξαίρεση την Αυστρία και Ελβετία). Και εδώ οι διαφορές ανάμεσα στις χώρες της κάθε μιας από την τρίτη και τέταρτη ομάδες ως προς τους εξεταζόμενους δείκτες είναι σημαντικές. Στην τέταρτη ειδικότερα και μεγαλύτερη ομάδα π.χ. των 19 χωρών με μηδενική σχεδόν θνησιμότητα, όπου το μόνο σχετικά κοινό χαρακτηριστικό είναι οι υψηλές τιμές των καρδιαγγειακών παθήσεων (“Cardiovascular disease rates”), συνυπάρχουν χώρες με πολύ υψηλό και πολύ χαμηλό ΑΕΠ (9.000-66.000\$), πυκνότητες (3- 1.450 άτομα/τχ), μέση προσδοκώμενη ζωή στη γέννηση (73-83 έτη), διάμεση ηλικία (38-45 έτη), % ατόμων 70 ετών (9-14%), αριθμό νοσοκομειακών κλινών (2,6-11/1000 κάτοικους) & νοσοκομειακού προσωπικού (18,0 -3,5/1000 κάτοικους) ως και κλίνες εντατικής θεραπείας (15-5/100.000 κάτοικους)...

Επομένως, ενώ η θνησιμότητα από τον ιό έχει μια χωρική διάσταση, δεν καταγράφονται συναρτησιακές σχέσεις ανάμεσα στην έντασή της και τις άλλες συναφείς μεταβλητές. Ως εκ τούτου, τίθεται το ερώτημα, τί υποκρύπτει η χωρική αυτή διάσταση. Κατά την γνώμη μας, όπως έχει αναφερθεί στην εισαγωγή, αυτό που, **κυρίως**, διαφοροποιεί τις δύο μεγάλες ομάδες χωρών - ανεξαρτήτως αν βρίσκονται στην Ευρώπη ή εκτός αυτής- είναι **πριν από όλα** η έντονα διαφοροποιημένη πυκνότητα των σχέσεων τους με τις περιοχές από όπου ξεκίνησε η διάδοση του ιού ή ακόμη και με αυτές που σε μια πρώτη φάση διείσδυσε ταχύτατα σε συνδυασμό με τους χρόνους (timing) λήψης των όποιων μέτρων και την αποτελεσματικότητά τους. **Η περιορισμένη ένταση της «εισβολής» και της διάχυσης του ιού –και κατ’ επέκταση και της θνησιμότητας από αυτόν- στην μεγάλη πλειοψηφία των εξεταζόμενων χωρών (27/44, 3^η και 4^η ομάδα) οφείλεται κυρίως στην περιορισμένη «εξωστρέφειά τους**. Για μερικές δε από τις χώρες αυτές, πιο «εξωστρεφείς» λόγω του τουρισμού, όπως η Ελλάδα, η Κύπρος, η Μάλτα, ο χρόνος ήταν εξαιρετικά ευνοϊκός καθώς η «εισβολή» του ιού δεν συνέπεσε με την υψηλή τουριστική τους περίοδο (Ιούνιος - Σεπτέμβριος κάθε έτους).

Η χώρα μας με μηδενική σχεδόν θνησιμότητα αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα. Στην Ελλάδα, ο Φεβρουάριος και Μάρτιος της κάθε χρονιάς χαρακτηρίζονται από πολύ χαμηλές ροές ατόμων από και προς άλλες χώρες (επομένως και περιορισμένες σχέσεις με χώρες υψηλής νοσηρότητας) και από χαμηλή κινητικότητα στο εσωτερικό της. Οι πυκνότητες στους χώρους εργασίας είναι σχετικά χαμηλές λόγω της πληθώρας των μικρών και μεσαίων μονάδων και του υψηλού ποσοστού των ελευθέρων επαγγελματιών (το υψηλότερο στην Ευρώπη). Ο πυκνότητες κατοικίας¹ -με εξαίρεση το κέντρο της Αθήνας- είναι επίσης σχετικά χαμηλές και το πλήθος των αστέγων και των καταυλισμών ειδικών ομάδων είναι -σε αντίθεση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες- περιορισμένο. Η χώρα μας είναι μεν από τις πλέον γερασμένες ευρωπαϊκές χώρες (15 σχεδόν στους 100 κατοίκους της είναι 70 ετών και άνω), το % όμως των 80+ που διαβιώνουν σε συλλογικά ιδρύματα είναι εξαιρετικά χαμηλό (μόλις 2% του πληθυσμού των ηλικιών αυτών το 2011) σε αντίθεση με άλλες χώρες όπως π.χ η Γαλλία όπου 30 στα

100 άτομα 85 ετών και άνω ζει σε οίκους ευγηρίας. Αντιθέτως, η συχνότητα των διαγενεακών-διαπροσωπικών επαφών είναι έντονη και η παράμετρος αυτή ήταν η μόνη που θα μπορούσε να ενισχύσει την διάδοση του ιού.

Η ελληνική κυβέρνηση λαμβάνοντάς υπόψη αφενός μεν ότι το δημόσιο σύστημα υγείας μας μετά από μια δεκαετία επιπλέον δοκιμασιών είχε σημαντικές ελλείψεις σε υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό αφετέρου δε την εμπειρία των χωρών όπου ιός εισέβαλε νωρίτερα και διαχύθηκε ταχύτατα έλαβε -όπως και οι 27 ανάμεσα στις 44 συνολικά εξεταζόμενες χώρες της τρίτης και τέταρτης ομάδας- έγκαιρα ακραία σχετικά μέτρα. Αυτό επέτρεψε την επιτυχή διαχείριση των περιορισμένων ροών νοσούντων από το δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο, ακόμη και πριν την εμφάνιση του COVID-19, οριακά κάλυπτε τις ανάγκες διάγνωσης-πρόληψης και περίθαλψης του πληθυσμού μας. **Τα μέτρα αυτά, όπως αναμενόταν, περιόρισαν την θνησιμότητα από τον COVID-19, μια θνησιμότητα που θα ήταν ούτως ή άλλως για τους προαναφερθέντες λόγους (εξωστρέφεια + timing) περιορισμένη, και πιθανότατα μικρότερη από αυτήν του καύσωνα του 1987². Επέτρεψαν ταυτόχρονα όχι μόνον στην χώρα μας, αλλά και σε άλλες χώρες όπως η Κύπρος, η Μάλτα και η Κροατία, να προβάλλονται ως ασφαλείς προορισμοί θερινών διακοπών για το 2020, και η παράμετρος αυτή δύναται να ερμηνεύσει μερικώς και τη σημαντική καθυστέρηση στην άρση των ληφθέντων μέτρων στις χώρες αυτές σύγκριση με άλλες χώρες στις οποίες η θνησιμότητα από τον COVID-19 ήταν έως και 50 φορές υψηλότερη. Φυσικά, οι «ασφαλείς» σήμερα χώρες, ανοίγοντας τα σύνορά τους στους προερχόμενους από τις «λιγότερο ασφαλείς» χώρες παραθεριστές κινδυνεύουν, αν δεν προσέξουν, να μετατραπούν σύντομα, παρόλα τα μέτρα που πήραν μέχρι στιγμής, σε χώρες σχετικά υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας.**

Η τρέχουσα πανδημία και η αντιμετώπισή της, αν εξαιρέσουμε τον χρόνο, τον τύπο και την ένταση των ληφθέντων μέτρων, ανέδειξε κάποια βασικά κοινά στοιχεία, όπως:

- 1) Η πλήρης έλλειψη συντονισμένης αντίδρασης σε επίπεδο Ε.Ε. και αλληλεγγύης ανάμεσα στα κράτη-μέλη της.
- 2) Η ανάδειξη του σημαντικού ρόλου του κράτους ως και των δημοσίων συστημάτων υγείας.
- 3) Οι αδυναμίες και οι ελλείψεις των συστημάτων αυτών, οι οποίες αποδίδονται στην υποβάθμισή τους και ως ένα βαθμό, και στην ελλιπή χρηματοδότησή τους κατά τις τελευταίες δεκαετίες.
- 4) Η έλλειψη ετοιμότητας του κρατικού μηχανισμού, οι δυσκολίες συντονισμού αναμεσα στις δημόσιες υπηρεσίες, τις περιφέρειες και την κεντρική διοίκηση.
- 5) Η προβολή του επιστημονικού-ιατρικού λόγου ως «θεσφάτου»³.
- 6) Η διάχυση, με ελάχιστες εξαιρέσεις ενός συχνά υπέρμετρα φόβου και η δημιουργία μιας συλλογικής ενοχής που είχε ως αποτέλεσμα την υποστολή της οποιασδήποτε δυνατότητας κριτικής προσέγγισης και διάθεσης ανάλυσης των γεγονότων (ως και του προβληματισμού για τις επαγωγές των ληφθέντων μέτρων και τις βραχύ-μεσοπρόθεσμες επιπτώσεις της πανδημίας).
- 7) Ο περιορισμός βασικών ατομικών και συλλογικών ελευθεριών (των φυσικών κινήσεων, των οικονομικών δραστηριοτήτων, του δικαιώματος συνάθροισης...).
- 8) Οι αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις (μεθόδους εργασίας και εργασιακά δικαιώματα).

Στις χώρες της Ευρώπης με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα η κρίση ανέδειξε -αν και με διαφοροποιημένη ένταση- τις υφιστάμενες κοινωνικές ανισότητες/ανισότητες σε σχέση με το «χρώμα» των πολιτών τους απέναντι στην ζωή και στον θάνατο ως και την υφιστάμενη κοινωνική και εργασιακή υποτίμηση συγκεκριμένων ομάδων (νοσηλευτικού προσωπικού, εργαζομένων σε τομείς που διασφαλίζουν την επιβίωση μας). Όμως, ταυτόχρονα, στις περισσότερες από τις χώρες αυτές, εκτός της κριτικής για τα ληφθέντα μέτρα και την αποτελεσματικότητά τους αναπτύχθηκε και ένας δημόσιος διάλογος για τις αιτίες εμφάνισης της πανδημίας και το μεταπολεμικό «δυτικό» μοντέλο ανάπτυξης, τους λόγους που τα δημόσια συστήματα υγείας συνάντησαν τόσες δυσκολίες ως και τις αναμενόμενες επιπτώσεις της επιδημίας σε άλλα πεδία έκτος αυτών της υγείας.

Ο προβληματισμός αυτός αφορά κυρίως τις ατομικές και συλλογικές ελευθερίες ως και την οικονομία. Στην οικονομία, έντονες ανησυχίες εκφράστηκαν όχι μόνον για το πως θα επιμερισθούν τα βάρη από την επερχόμενη ύφεση, αλλά και για την έντονη εξάρτηση από τρίτες χώρες όσον αφορά βασικά αγαθά και υπηρεσίες (άμεση επίπτωση της μαζικής μετεγκατάστασης επιχειρήσεων σε χώρες της Ασίας και την ανυπαρξία «οικονομιών της εγγύτητας»), καθώς και για τις επιπτώσεις στις εργασιακές σχέσεις (με τη διάδοση της τηλε-εργασίας, τη διερεύνηση της προσαρμοστικότητας/ελαστικότητας των χρόνων εργασίας, τη φυσική αποστασιοποίηση των εργαζομένων στους εργασιακούς χώρους,). Όσον αφορά τα ατομικά και συλλογικά δικαιώματα, ο προβληματισμός επικεντρώθηκε στη συρρίκνωσή τους και την ανάπτυξη κρατικών μηχανισμών διευρυμένης επιτήρησης των πολιτών σε συνδυασμό με την παραβίαση της ιδιωτικότητας με τη χρήση τόσο παλαιών (παρακολούθηση π.χ. του διαδικτύου) όσο και νέων τεχνικών (π.χ. βιομετρική παρακολούθηση, χρήση τεχνολογιών αναγνώρισης προσώπου).

Αντιθέτως, οι προβληματισμοί αυτοί μόλις που αναδύονται στις χώρες, όπως στην Ελλάδα, στις οποίες η θνησιμότητα ελάχιστα επηρεάστηκε από την τρέχουσα πανδημία, παρά το γεγονός ότι οι αρνητικές επιπτώσεις αυτής αναμένεται να είναι πολλαπλάσιες αυτών που θα έχουν οι χώρες με υψηλή θνησιμότητα.

¹ Ανάμεσα στις 2253 Περιφερειακές Ενότητες (NUTS 3) της βάσης της Eurostat οι 67 έχουν πυκνότητες >5000 άτομα/τχ. Σε αυτές συμπεριλαμβάνονται μόνον οι 3 από τις 4 ΠΕ της Αττικής (Κεντρικός, Βόρειος & Νότιος τομέας). Η μεγάλη πλειοψηφία των Π.Ε της Ελλάδας εντάσσεται στην ομάδα των Π.Ε με πυκνότητες <100 άτομα/τ.χμ) (Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/rural-development/data>). Υπενθυμίζεται ότι η πυκνότητα του Κεντρικού Τομέα Αθηνών είναι 10.500 άτομα/τ.χμ, του Παρισιού 21.000 και του Manhattan 26.000. Αν λάβουμε δε υπόψη όχι μόνον τους κάτοικους, αλλά και τους μη διαμένοντες και εργαζόμενους καθημερινά, οι διαφορές ανάμεσα στην Αθήνα και σε άλλες ευρωπαϊκές πόλεις είναι ακόμη μεγαλύτερες.

² Μια σημαντική διαφορά που πρέπει να αναφερθεί: Οι 3500 θάνατοι λόγω του καύσωνα, όλοι ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, ελάχιστα «επιβάρυναν» το δημόσιο σύστημα υγείας.

³ Ενδεικτική είναι η δήλωση του Προέδρου της Γερμανικής Βουλής Wolfgang Schäuble ("We must not leave decisions to the virologists alone, but must also weigh up the enormous economic, social, psychological and other implications").

	Χωρα	Θάνατοι 2018 (σύνολο, χιλ.)	Θάνατοι COVID 19 (χιλ.) 24-6-2020	Θάνατοι COVID 19 / Θάνατοι 2018*100	Θνησιμότητα COVID 19 (θάνατοι/1.000 .000 κατοικους)	Πυκνότητα (άτομα/τχ)	Διάμεση ηλικία (έτη)	% ατόμων 70 ετών+	ΑΕΠ (ΡΡΑ)/Capita (\$) σε αναπαιχία αγοραστικής δύναμης	Εο - προσοδοκόμενη ζωή στη γεννηση (έτη, 2017)	Diabetes prevalence rates (o/oo)	Cardiovascular disease rates (o/oo)	Νοσοκομειακό προσωπικό (εκτός ιατρών) /1000 κατοικους	Νοσοκομειακές κλίνες/ 1000 κατοικους	Κλίνες εντατικής θεραπείας /100.000 (intermediate care beds-ICU- & intensive care beds-ICU-)	female smokers (%)	male smokers (%)
1	Βέλγιο	110,7	9,71	8,77	850,4	375,56	41,8	12,85	51470	81,6	4,29	114,90	11,1	5,64	15,9	25,1	31,4
2	Ην. Βασίλειο	616,0	43,01	6,98	646,9	272,90	40,8	12,53	45660	81,3	4,28	122,14	8,3	2,54	6,6	20,0	24,7
3	Ισπανία	423,6	28,33	6,69	606,2	93,11	45,5	13,80	40840	83,4	7,17	99,40	5,5	2,97	9,7	27,4	31,4
4	Ιταλία	633,1	34,68	5,48	573,8	205,86	47,9	16,24	42490	83,1	4,78	113,15	5,9	3,18	12,5	19,8	27,8
5	Σουηδία	92,2	5,16	5,60	506,8	24,72	41	13,43	53990	82,5	4,79	133,98	11,5	2,22	5,8	18,8	18,9
6	Γαλλία	614,1	29,72	4,84	443,7	122,58	42	13,08	46900	82,7	4,77	86,06	9,7	5,98	11,6	30,1	35,6
7	ΗΠΑ	2712,6	121,23	4,47	370,5	35,61	38,3	9,73	63390	79,6	10,79	151,09	8,6	2,77	34,7	19,1	24,6
8	Ολλανδία	153,2	6,11	3,99	354,8	508,54	43,2	11,88	57380	81,8	5,29	109,36	11,1	3,32	6,4	24,4	27,3
9	Ιρλανδία	31,1	1,72	5,53	354,4	69,87	38,7	8,68	66810	82,2	3,28	126,46	14,3	2,96	6,5	23,0	25,7
10	Ελβετία	66,7	1,96	2,93	229,7	214,24	43,1	12,64	69220	83,7	5,59	99,74	17,3	4,53	11,0	22,6	28,9
11	Καναδάς	276,7	8,51	3,08	229,7	4,04	41,4	10,80	47280	82,6	7,37	105,60	9,9	2,50	14*	12,0	16,6
12	Λουξεμβουργο	4,3	0,11	2,55	181,0	231,45	39,7	9,84	80640	82,1	4,42	128,28	12,4	4,51	24,8	20,9	26,0
13	Πορτογαλία	113,0	1,54	1,36	149,8	112,37	46,2	14,92	33200	81,6	9,85	127,84	6,4	3,39	4,2	16,3	30,0
14	Μολδαβία	36,7	0,49	1,33	138,2	123,66	37,6	6,96	7680	71,7	5,72	408,50	4,5	5,80	...	5,9	44,6
15	Βορ. Μακεδονία	19,7	0,25	1,27	120,5	82,60	39,1	8,16	14690	76,0	10,08	322,69	3,8	4,28
16	Γερμανία	954,9	8,91	0,93	107,5	237,02	46,6	15,96	55800	81,1	8,31	156,14	10,3	8,00	29,2	28,2	33,1
17	Δανία	55,2	0,60	1,09	104,0	136,52	42,3	12,33	57470	81,1	6,41	114,77	10,3	2,50	6,7	19,3	18,8
18	Ρουμανία	263,1	1,54	0,58	79,0	85,13	43	11,69	25940	75,3	9,74	370,95	6,4	6,89	21,4	22,9	37,1
19	Αυστρία	84,0	0,69	0,83	78,3	106,75	44,4	13,75	55960	81,7	6,35	145,18	8,2	7,37	21,8	28,4	30,9
20	Φιλανδία	54,5	0,33	0,60	59,3	18,14	42,8	13,26	48490	81,7	5,76	153,51	14,7	3,28	6,1	18,3	22,6
21	Ουγγαρία	131,2	0,57	0,44	58,7	108,04	43,4	11,98	29790	76,0	7,55	278,30	6,6	7,02	13,3	26,8	34,8
22	Ρωσία	1828,9	8,35	0,46	57,8	8,82	39,6	9,39	26470	71,5	6,18	431,30	8,6	8,05	...	23,4	58,3
23	Σλοβενία	20,5	0,11	0,53	52,7	102,62	44,5	12,93	38050	81,2	7,25	153,49	9,7	4,50	6,4	20,1	25,0
24	Εσθονία	15,8	0,07	0,44	52,2	31,03	42,7	13,49	35050	78,4	4,02	255,57	6,5	4,69	14,6	24,5	39,3
25	Βοσνία-Ερζεγοβίνη	36,3	0,17	0,47	51,7	68,50	42,5	10,71	13670	77,2	10,08	329,64	6,3	3,50	...	30,2	47,7
26	Νορβηγία	40,8	0,25	0,61	46,7	14,46	39,7	10,81	66390	82,7	5,31	114,32	18,2	3,60	8,0	19,6	20,7
27	Σερβία	101,7	0,26	0,26	37,7	80,29	41,2	...	15360	75,6	10,08	439,42	6,1	5,61	...	37,7	40,2
28	Λευκορωσία	120,1	0,36	0,30	37,6	46,86	40,3	9,79	19200	74,5	5,18	443,13	11,5	11,00	...	10,5	46,1
29	Πολωνία	414,2	1,38	0,33	36,2	124,03	41,8	10,20	31110	77,8	5,91	227,33	5,7	6,62	6,9	23,3	33,1
30	Ταχεχία	112,9	0,34	0,30	31,9	137,18	43,3	11,58	37870	79,1	6,82	227,49	8,41	6,63	11,6	30,5	38,3
31	Βουλγαρία	108,5	0,21	0,19	29,6	65,18	44,7	13,27	22220	74,8	5,81	424,69	5,3	7,45	12,2	30,1	44,4
32	Ισλανδία	2,3	0,00	0,04	28,3	3,40	37,3	9,21	54140	82,6	5,31	117,99	15,7	2,91	9,1	14,3	15,2
33	Λιθουανία	39,6	0,08	0,19	27,6	45,14	43,5	13,78	31920	75,8	3,67	342,99	7,9	6,56	15,5	21,3	38,0
34	Κροατία	52,7	0,11	0,20	26,2	73,73	44	13,05	25830	78,0	5,59	253,78	8,1	5,54	14,7	34,3	39,9
35	Ουκρανία	587,7	1,05	0,18	23,4	77,39	41,4	11,13	9020	73,3	7,11	539,85	7,1	8,80	...	13,5	47,4
36	Μάλτα	3,7	0,01	0,24	18,6	1454,04	42,4	11,32	37700	82,4	8,83	168,71	8,9	4,49	...	20,9	30,2
37	Ελλάδα	120,3	0,19	0,16	17,7	83,48	45,3	14,52	29600	81,4	4,55	175,70	3,4	4,21	6,0	35,3	52,0
38	Κύπρος	5,8	0,02	0,33	16,0	127,66	37,3	8,56	35170	82,2	9,24	141,17	5,3	3,40	11,4	19,6	52,7
39	Αλβανία	21,8	0,05	0,21	15,7	104,87	38	8,64	12960	78,5	10,08	304,20	3,6	2,89	...	7,1	51,2
40	Λετονία	28,8	0,03	0,10	15,6	31,21	43,9	14,14	28170	74,9	4,91	350,06	4,8	5,57	9,7	25,6	51,0
41	Μαυροβούνιο	6,5	0,01	0,14	14,5	46,28	39,1	9,40	19750	76,6	10,08	387,31	5,7	3,86	...	44,0	47,9
42	Σλοβακία	54,3	0,03	0,05	5,1	113,13	41,2	9,17	33600	77,3	7,29	287,96	9,2	5,82	9,2	23,1	37,7
43	Νέα Ζηλανδία	33,2	0,02	0,07	4,5	18,21	37,9	9,72	40250	82,1	8,08	128,80	11	2,61	5,2*	14,8	17,2
44	Αυστραλία	158,5	0,10	0,06	4,1	3,20	37,9	10,13	49930	83,2	5,07	107,79	12,7	3,84	8,5*	13,0	16,5

Όλα τα τεύχη διατίθενται στο <http://www.e-demography.gr> → Νέα
 Δημογραφικά Νέα, 40, 2020, Περιοδική Έκδοση του Εργαστηρίου Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων,
 Υπεύθυνος Σύνταξης: Βύρων Κοτζαμάνης, e-mail: bkotz@prd.uth.gr
 ΕΔΚΑ, Πεδίον Αρεώς, 38334, Βόλος, Τηλ.: 83666 & 74430/ 6977401676
 E-mail: demolab@prd.uth.gr

ISSN: 1791-5880