



ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΔΟΣΗΣ  
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

# Σχέση Ιατρικής και Πολιτικής από την αρχαιότητα έως σήμερα

## Τόμος 9<sup>ος</sup>

**Επιμέλεια έκδοσης:**

Π.Ν. Ζηρογιάννης

Σ. Προβατοπούλου

Ε. Βογιατζάκης

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel  
Φεβρουάριος 2013



---

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΙΑΔΟΣΗΣ  
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ

---

# *Σχέση Ιατρικής και Πολιτικής από την αρχαιότητα έως σήμερα*

## **Τόμος 9<sup>ος</sup>**

**Επιμέλεια έκδοσης:**

Π.Ν. Ζηρογιάννης

Σ. Προβατοπούλου

Ε. Βογιατζάκης

Αθήνα, Ξενοδοχείο Divani Caravel

Φεβρουάριος 2013

**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Επίτιμος Πρόεδρος: **Ι. Κοσμίδης**

Πρόεδρος: **Π.Ν. Ζηρογιάννης**

Αντιπρόεδρος Α': **Γ. Πετρίκκος**

Αντιπρόεδρος Β': **Αθ. Διαμαντόπουλος**

Γ. Γραμματέας: **Ε. Βογιατζάκης**

Ειδ. Γραμματέας: **Σιμ. Προβατοπούλου**

Ταμίας: **Γ. Δαΐκος**

Έφορος Δημ. Σχέσεων: **Δ. Παπαντωνάτος**

Μέλη: **Ε. Κουμαντάκης**

**Δ. Σκάρλος**

Αναπληρωματικό Μέλος: **Κ. Κολλιός**

## ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

### **Πάνος Αποστολίδης**

Ιατρός, Παθολόγος

### **Ευάγγελος Δ. Βογιατζάκης**

Βιοπαθολόγος - Κλινικός Μικροβιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Μικροβιολογικού Εργαστηρίου και Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα

### **Μάνθος Δαρδαμάνης**

Διευθυντής Νεφρολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας

### **Αθανάσιος Διαμαντόπουλος**

τ. Διευθυντής, Νεφρολογικής Κλινικής, Γενικού Νοσοκομείου, “Άγιος Ανδρέας”, Πάτρα

### **Πάνος Ν. Ζηρογιάννης**

τ. Διευθυντής, Νεφρολογικής Κλινικής, Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών “Γ. Γεννηματάς”, Κλινική «Κυανούς Σταυρός», Αθήνα, Πρόεδρος Εταιρείας Διάδοσης Ιπποκρατείου Πνεύματος

### **Μαρία Καλιεντζίδου**

Επιμελήτρια Α΄, Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καβάλας

### **Κωνσταντίνος Κολλιός**

Παιδίατρος-παιδονεφρολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Γ΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### **Δημήτριος Λυπουρλής**

Ομότιμος Καθηγητής του Α.Π.Θ.

### **Θεόδωρος Μουντοκαλάκης**

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρικής Σχολής, Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

### **Ηλίας Παπαδημητρίου**

Νεφρολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Πρέβεζας

### **Γεώργιος Πετρίκκος**

Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Διευθυντής, Δ΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικών», Αθήνα

### **Ανδρέας Α. Πολυδώρου, MD, FACS**

Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών

### **Παύλος Κ. Τούτουζας**

Ομότιμος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Διευθυντής ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

**Πολύδωρος Τόφας**

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Δ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Αθήνα

**Δημήτρης Τριχόπουλος**

Καθηγητής Επιδημιολογίας και Καθηγητής Πρόληψης Καρκίνου στο Πανεπιστήμιο Harvard των ΗΠΑ και Πρόεδρος του Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας

**Γεώργιος Τσικόπουλος**

Παιδοχειρουργός, Διευθυντής Παιδοχειρουργικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**Σωτήριος Τσιόδρας**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων, Δ' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Αθήνα

**Ιωάννης Υφαντόπουλος**

Καθηγητής Πανεπιστημίου Αθηνών

**Χρήστος Χαΐδος**

Παιδοχειρουργός, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Πρώην Βουλευτής

**Αθανάσιος Χατζάρας**

Υποψήφιος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Αντί Προλόγου</b> .....	7
<b>9<sup>ο</sup> ΣΥΜΠΟΣΙΟ - 9 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013</b>	
<b>Ιατρικός και Πολιτικός Λόγος</b> .....	13
<i>Δημήτριος Λυπουρλής</i>	
<b>Σχέση Ιατρικής και Πολιτικής από την Αναγέννηση μέχρι το 19<sup>ο</sup> Αιώνα</b> .....	18
<i>Αθανάσιος Διαμαντόπουλος</i>	
<b>Η Σχέση Ιατρικής και Πολιτικής 19<sup>ος</sup> - 20<sup>ος</sup> Αιώνας</b> .....	31
<i>Μάνθος Δαρδαμάνης, Ηλίας Παπαδημητρίου</i>	
<b>Ανοιχτή Επιστολή στον Ιπποκράτη</b> .....	43
<i>Πάνος Δ. Αποστολίδης</i>	
<b>Οικονομική Κρίση και Επιπτώσεις στην Αντιμετώπιση των Λοιμώξεων</b> .....	51
<i>Γεώργιος Πετρίκκος, Πολύδωρος Τόφας</i>	
<b>Επικοινωνία με τα ΜΜΕ: το Παράδειγμα της Πρόσφατης Πανδημίας της Γρίπης</b> .....	63
<i>Σωτήριος Τσιόδρας</i>	
<b>Θεραπευτικά Πρωτόκολλα ως Μέσον Επιβολής Πολιτικών Αποφάσεων</b> .....	66
<i>Θεόδωρος Μουντοκαλάκης</i>	
<b>Πολιτικά Συστήματα σε ένα Συνεχώς Μεταβαλλόμενο Περιβάλλον και η Επίπτωσή τους στην Υγεία</b> .....	75
<i>Ιωάννης Υφαντόπουλος, Αθανάσιος Χατζάρας</i>	
<b>Η Σχέση Πολιτικής και Ιατρικής</b> .....	83
<i>Ανδρέας Α. Πολυδώρου</i>	
<b>Από την «Ιπποκράτειο» Ιατρική στη «Μεταλλαγμένη» Επιστήμη: Προκλήσεις και Διλήμματα για την Πολιτική και την Ανθρωπότητα</b> .....	95
<i>Χρήστος Χαΐδος, Κωνσταντίνος Κολλιός, Γεώργιος Τσικόπουλος</i>	
<b>Ιατρική και Πολιτική - Άρρηκτα Δέσμιες Επιβεβλημένα Διακριτές</b> .....	101
<i>Μαρία Καλιεντζίδου</i>	

## ΚΗΡΥΚΕΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ - 9 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2013

<b>Καθηγητής Δημήτρης Τριχόπουλος</b> .....	121
<i>Παρουσίαση: Θεόδωρος Δ. Μπουντοκαλάκης</i>	
<b>Γιατρός Πάνος Αποστολίδης</b> .....	124
<i>Παρουσίαση: Πάνος Ν. Ζηρογιάννης</i>	
<b>Καθηγητής Παύλος Κ. Τούτουζας</b> .....	136
<i>Παρουσίαση: Ευάγγελος Δ. Βογιατζάκης</i>	
<b>Έλληνες και Ιατρική</b> .....	151
<i>Παύλος Κ. Τούτουζας</i>	

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Ο τίτλος του συμποσίου,

*«Η σχέση Ιατρικής και Πολιτικής από την αρχαιότητα έως σήμερα»*

επιλέχθηκε με στόχο τη μελέτη, κατανόηση και ερμηνεία των προβλημάτων που απορρέουν από την αλληλεπίδραση και την αλληλεξάρτηση των δύο αυτών επιστημών.

Οι γιατροί, με τη λήψη του πτυχίου, ορκίζονται ότι θα εργαστούν για το καλό του αρρώστου και ότι θα τον προφυλάσσουν από κάθε κακό και αδικία.<sup>1-4</sup> Η παράγραφος αυτή, του Όρκου του Ιπποκράτη, αποτελεί βασική αρχή στην άσκηση της Ιατρικής, την αυστηρή τήρηση της οποίας καλείται να σεβαστεί ο γιατρός.

Ως υγεία, σύμφωνα με την ΠΟΥ, ορίζεται η εξασφάλιση της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής ευεξίας, καθώς και της «ευδαιμονίας» του ατόμου και όχι η ανυπαρξία νόσου. Η πολιτική, από την άλλη πλευρά, είναι η τέχνη της διακυβέρνησης της κοινωνίας, η οποία ασκείται από την πολιτειακή εξουσία.

Η πολιτική, οφείλει, σύμφωνα με την πλέον ορθή άποψη, να ευρίσκεται στην υπηρεσία του πολίτη και της κοινωνίας και όχι να συμβαίνει το αντίθετο, κάτι που είναι γνωστό από πολύ παλαιά. Στο πλαίσιο αυτό, η αληθινή ευτυχία και η καλή υγεία του ατόμου εξαρτώνται, κατά την αντίληψη των Αρχαίων Ελλήνων, από τη μορφή του πολιτεύματος. Ένα απόσπασμα, από έργο του Δημόκριτου, φωτίζει την πλευρά αυτή.

*“Η φτώχεια στο δημοκρατικό καθεστώς είναι τόσο πολύ προτιμότερη από την ευτυχία στα μοναρχικά καθεστώτα όσο η ελευθερία από τη δουλεία.”*

Συνεπώς, η Ιατρική και η Πολιτική θα πρέπει να συγκλίνουν στην εξασφάλιση μιας κοινά αποδεκτής συνισταμένης, που είναι η ατομική και κοινωνική «ευδαιμονία». Η Ιατρική και η Πολιτική, είναι δύο έννοιες που ευρίσκονται σε μια δυναμική εξέλιξη και ως τέτοιες πρέπει να αντιμετωπίζονται. Στην κοινωνική τους όμως διάσταση, η Ιατρική και η Πολιτική, εμφανίζουν μια πολυσύνθετη διαπλοκή, η οποία διαχρονικά, εκφράζεται από το γεγονός ότι η Πολιτική είναι δυνατό να επηρεάσει, με δραματικό και πολύπλοκο τρόπο, την υγεία και γενικότερα την επιβίωση των πολιτών. Μάρτυρες, αυτής της πολιτικο-οικονομικής διάστασης και της επίδρασής της στην υγεία των πολιτών, είναι σήμερα ολόκληρα έθνη, συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας.

Στα πλαίσια ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, από το οποίο ο πολίτης έχει σήμερα μεγάλες απαιτήσεις, ο γιατρός πρέπει να κινηθεί μεταξύ των αρχών που του υπαγορεύει η Ιατρική ηθική του, της ανάγκης πλήρους κάλυψης και προστασίας της υγείας του αρρώστου-πολίτη, καθώς και των δυνατοτήτων της πολιτείας. Αυτό σε καμμία περίπτωση δε σημαίνει ότι πρέπει να κοστολογούμε την αξία της ζωής, αλλά να αποφεύγουμε τις άσκοπες σπατάλες. Η αμυντική άσκηση της Ιατρικής, στην οποία, συχνά, καταφεύγουν τα τελευταία χρόνια οι γιατροί, η εκβιομηχανοποίηση, αλλά και η εμπορευματοποίησή της, φέρνουν συχνά αντιμετώπο το γιατρό με τον άρρωστο. Αυτό συμβαίνει γιατί όλες



αυτές οι καταστάσεις παραβιάζουν κατάφωρα την ηθική, ενώ παράλληλα εκφράζουν μια νέα μορφή πατερναλισμού, ο οποίος κατευθύνεται από τις τεχνολογικές και πολιτικές συνιστώσες του. Ο πολιτικός βίος, η καλή υγεία, αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης μιας κοινωνίας, αποτελούν σημεία αναφοράς, και οδηγό, για να συνειδητοποιήσουμε ποιές πολιτικές δυνάμεις επιδρούν ευεργετικά στην υγεία, στη διάρκεια της ζωής των ανθρώπων και ποιές δρουν βλαπτικά.

Κλασικό παράδειγμα γιατρού, ο οποίος με αναφορά του το 1848 εξέπεμψε δριμύ κατηγορητήριο εναντίον της Κυβέρνησης της Γερμανίας που ανεχόταν τις άθλιες συνθήκες διαβίωσης των κατοίκων, τους οποίους θέριζε επιδημία εξανθηματικού τύφου στην περιοχή της Σιλεσίας, αποτελεί ο Runtolf Virchow. Στην αναφορά του έγραψε: «Ο θρίαμβος του ανθρωπίνου πνεύματος και της προόδου δεν πρέπει να οδηγήσει στην εξαθλίωση και τη δυστυχία της ανθρωπίνης φυλής».

Παρά τις διαφορετικές διεργασίες, με τις οποίες λειτουργούν και οι δύο φορείς, είναι αναγκαίο να βρίσκονται σε συνεργασία, γιατί μόνο έτσι μπορούν να εξασφαλίσουν καλή ποιότητα υγείας για τον πολίτη. Ακόμη, η προσωπική και κοινωνική συμπεριφορά, η ιατρική δραστηριότητα και η πολιτική συμμετοχή του γιατρού δεν αποτελούν ξεχωριστά πεδία της ζωής, αλλά διαπλέκονται, αναγνωρίζοντας τη σημασία της μεταξύ τους σχέσης,<sup>5</sup> που έχουν με την πολιτική. Έτσι, η υπόσχεση αυτή του νέου γιατρού δημιουργεί τις προϋποθέσεις, οι οποίες καθιστούν σχεδόν αδύνατο, το διαχωρισμό της Ιατρικής από την Πολιτική.

Από αρχαιοτάτων χρόνων, η γνώμη των γιατρών έπαιζε σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση θεμάτων πολιτικής και υγείας. Παραδείγματα υπάρχουν πολλά.

Την εποχή των μεγάλων επιδημιών, ο γιατρός προσπαθούσε, με τις λίγες γνώσεις που διέθετε, να βοηθήσει την πολιτική ηγεσία, αλλά και την κοινωνία, στην αντιμετώπισή τους. Στην ιδρυτική διακήρυξη των ΗΠΑ, διαπιστώνουμε ότι από την ομάδα των δέκα, πατέρων του έθνους, ο ένας ήταν γιατρός. Η συμμετοχή των γιατρών, σε θέματα πολιτικής-υγείας, είναι μεγάλη και στη σύγχρονη εποχή. Αναμφισβήτητα, ο γιατρός που επιθυμεί να παίξει κάποιο ρόλο, ή και να επηρεάσει την Ιατρική της χώρας του, σε μακροχρόνια βάση, συχνά, επιδιώκει την πολιτική σταδιοδρομία. Στην Αμερική, από ένα σύνολο 300.000 και πλέον γιατρών, που είναι επιφορτισμένοι με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ένας πολύ μικρός αριθμός είναι αυτός που μετέχει ενεργά και επηρεάζει τη λήψη αποφάσεων<sup>6</sup>.

Σε πολλές περιπτώσεις, οι ιατρικές ανακαλύψεις έχουν χρησιμοποιηθεί για τη δημιουργία πολιτικών διακηρύξεων και επιδιώξεων,<sup>7</sup> χωρίς αυτό να σημαίνει ότι μεταφράζονταν πάντα σε όφελος για την υγεία του πολίτη-αρρώστου. Υποστηρίζεται ότι λοιμός μπορεί να συμβεί μόνο σε κράτη με περιορισμένες ελευθερίες, συμπεριλαμβανομένων και των πληροφοριών που παρέχονται στον πολίτη.<sup>7</sup> Η επισιτιστική επάρκεια, η οποία επηρεάζει άμεσα την επιβίωση των πολιτών, υποστηρίζεται ότι είναι ένα από τα πιο κρίσιμα ζητήματα για την ειρήνη και την ασφάλεια στην εποχή μας.<sup>8</sup>

Από την άλλη πλευρά, ας μην ξεχνάμε ότι τα σύγχρονα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας δε σχεδιάστηκαν για τη δημιουργία «υγιών ατόμων». Αυτό γιατί, αν οι άνθρωποι ήταν υγιείς δεν θα είχαν ανάγκη να ξοδεύουν τόσα πολλά χρήματα, για φάρμακα, όπως συμβαίνει σήμερα, για να αποκτήσουν καλή υγεία. Όπως υποστηρίζει ο Rees<sup>9</sup>,

οι εταιρείες παροχής υγείας κερδίζουν χρήματα από την παρασκευή νέων φαρμάκων, τα οποία βελτιώνουν την υγεία των ανθρώπων χωρίς να τους εξασφαλίζουν μόνιμες προϋποθέσεις καλής υγείας. Άλλωστε, οι εταιρείες δεν έχουν εμπορικό ενδιαφέρον να ξοδεύουν χρήματα για έρευνα που θα εξασφαλίζει την καλή υγεία, χωρίς την κατανάλωση φαρμάκων. Ένδειξη αυτού του φαινομένου παρέχουν αφ' ενός μεν η ανυπαρξία νέων αντιβιοτικών φαρμάκων και αφ' ετέρου η πληθώρα άλλων για χρόνιες παθήσεις. Ακόμη, οι άνθρωποι μπορεί να αρρωσταίνουν, από λοιμώξεις, ή γενετικές διαταραχές, συχνά όμως η αιτία της νόσου μπορεί να έχει ως αφετηρία την αγωνία της οικονομικής κρίσης, την ανεργία, την κακή ποιότητα του τρόπου διαβίωσης, σε συνδυασμό με το χαμηλό οικονομικό, ή εκπαιδευτικό επίπεδο και τέλος τις συνθήκες εργασίας.

Η πολιτεία, είναι αναμφισβήτητα σε θέση να καθορίζει τις «κοινωνικές προτεραιότητες» μιας χώρας. Πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι οι αποφάσεις των πολιτικών, που άπτονται της υγείας και της πρακτικής εφαρμογής της, θεωρείται ότι έχουν και πολιτικό περιεχόμενο,<sup>10</sup> λαμβάνοντας υπόψη ότι σε πολλά κράτη, η λειτουργία των συστημάτων υγείας καθορίζεται από την κυβέρνηση, σύμφωνα με τις πολιτικές δοξασίες της. Η πολιτική, δε μπορεί να λειτουργεί ως αυτοσκοπός, ή ως εξουσία, αλλά μόνο ως όργανο στην υπηρεσία της κοινωνίας<sup>11</sup>. Η πολιτεία, οφείλει να εξασφαλίζει στον πολίτη ότι είναι αναγκαίο για μια αξιοπρεπή ζωή και δεν πρέπει να ξεχνά ότι το νόμιμο δεν είναι πάντα και ηθικό.

Στις περιπτώσεις αυτές, ένα σημαντικό ζήτημα, στην αλληλεπίδραση Πολιτικής και Ιατρικής, στο οποίο η Πολιτική, έχει καθοριστικό χαρακτήρα, είναι ο άριστος καθορισμός της σχέσης κόστους/ ωφέλειας (cost/effectiveness), στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Δυστυχώς, η «υγιής» πολιτική και οι ιατρικές ανακαλύψεις δεν αποτελούν τις μόνες παραμέτρους στην εξασφάλιση της καλής υγείας για τον πολίτη. Πρόσφατα, το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ έδωσε στη δημοσιότητα στοιχεία που δείχνουν ότι μια πλούσια και δημοκρατική χώρα όπως οι ΗΠΑ δεν έχουν υγιείς πολίτες<sup>12</sup>. Αυτά παρόλο ότι διαθέτουν 2,7 τρισεκατομ. δολάρια, για την υγεία, ή 8.700 δολάρια για κάθε άτομο, ή το 17,9% της οικονομίας τους.

Οι Ιατρικές Σχολές δεν εκπαιδεύουν τους γιατρούς στην αντιμετώπιση παρόμοιων θεμάτων, να κατευθύνουν, δηλαδή, τους αρρώστους πώς να αποφεύγουν τη νόσο. Η εκπαίδευση των γιατρών δεν έχει ακόμη προσανατολιστεί στη διατήρηση αυτού του κανόνα. Αντίθετα, συχνά, λειτουργούν παρακάμπτοντας, ή αγνοώντας τη σημασία του. Αυτό εκφράζεται έντονα από την εκτός ορίων παραγγελία και εκτέλεση ιατρικών εξετάσεων, οι οποίες, συχνά, δεν είναι ωφέλιμες για τον άρρωστο, ενώ επιβαρύνουν υπέρμετρα τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Πρέπει, συνεπώς, να πραγματοποιηθούν έρευνες, οι οποίες να μπορούν να απαντήσουν στην ερώτηση:

“Τι είναι αυτό που θα διατηρήσει την υγεία του ανθρώπου;”

Παρόμοιες, όμως, έρευνες δεν έχουν εμπορικό όφελος για τις εταιρείες, ενώ οι κυβερνήσεις όλων των πολιτικών αποχρώσεων εμφανίζονται να ξορκίζουν παρόμοια θέματα. Η Ιατρική, οφείλει να λειτουργεί ανεξάρτητα από την Πολιτική, με την τελευταία να εκμεταλλεύεται από τις ιατρικές ανακαλύψεις εκείνες που προάγουν την ανθρώπινη υγεία.

*Ποιος όμως είναι ο ρόλος των γιατρών, όταν οι πολιτικοί αντιμετωπίζουν τις συστάσεις τους ως «πολιτικά ενοχλητικές»;*<sup>13</sup>

Κλασικό παράδειγμα αποτελεί η αναθεώρηση των οδηγιών για την έναρξη διενέργειας μαστογραφίας στις γυναίκες μετά την ηλικία των 50 ετών. Η απόφαση αυτή ήταν αποτέλεσμα ενεργειών, στις οποίες προέβη, στα μέσα Νοεμβρίου του 2009, ειδική ομάδα. Η αναθεώρηση ήλθε να αλλάξει παλαιότερη κατά την οποία ο προληπτικός έλεγχος για τη γυναίκα άρχιζε μεταξύ των 40-50 ετών. Η αναθεώρηση αυτή ξεσήκωσε θύελλα διαμαρτυριών στις ΗΠΑ.

Το επιχείρημα, εναντίον της απόφασης, ήταν ότι προκαλεί σύγχυση στη γυναίκα, αγνοεί τις γνώμες των ειδικών και αποκαλύπτει την πρόθεση της κυβέρνησης να αλλάξει την παροχή υπηρεσιών υγείας. Μετά τη θύελλα που ξεσήκωσε αυτή η απόφαση, η οποία στηρίχθηκε στην Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις (evidence based medicine), η Γερουσία των ΗΠΑ ανέστειλε την απόφαση.

Ανατρέχοντας στην ιστορία, διαπιστώνουμε ότι η κυβέρνηση των ΗΠΑ δεν ήταν η μόνη που βρέθηκε στα μέσα μιας κοινωνικής θύελλας, από τη λήψη απόφασης με βάση την ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις.

Συχνά, όμως, η Πολιτική, εκμεταλλεύεται τη θέση της και ασκεί την εξουσία της καταχρηστικά. Στο πλαίσιο αυτό, είναι δυνατό να περιορίζει το δικαίωμα του γιατρού να ακολουθεί την ηθική της συνείδησής του προκειμένου, για παράδειγμα, να μη διεξάγει, ή να μη συμμετέχει σε μια Ιατρική πράξη, με την οποία διαφωνεί συνειδησιακά. Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που διαμορφώνει η Πολιτική, ο πολίτης το βιώνει ταυτόχρονα με τη μορφή της πολιτειακής και της ιατρικής εξουσίας, μέσα από ένα σύμπλεγμα συμφερόντων οικονομικών και πολλών άλλων .

Είναι δύσκολο, συνεπώς, να κατανοήσει ο γιατρός, τα ιατρικά και πολιτικά δρώμενα, οιασδήποτε εποχής, πολύ δε περισσότερο της σημερινής, χωρίς επαρκή γνώση των ιστορικών δεδομένων και χωρίς επαρκή ιστορική αίσθηση αυτών που ονομάζουμε ιστορική εμπειρία. Από την άλλη πλευρά, η ιστορική πραγμάτευση δεν μπορεί να είναι μόνο ιατρική, αλλά οφείλει, αναπόφευκτα, να αντανακλά στο σύνολο των γεγονότων, με πολιτικό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιεχόμενο.

Η έρπουσα οικονομική κρίση, με τις συνεχείς μειώσεις στον προϋπολογισμό πολλών χωρών, απόρροια ανεπάρκειας πολιτικής, με τη συνοδή φτώχεια και το αυξανόμενο χρέος, οδηγεί σε μείωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας, με άμεση συνέπεια στην υγεία του πολίτη.<sup>14,15</sup>

Ο σκεπτικισμός, που έχει προκύψει, σε θέματα ιατρικά, οικονομικά και ηθικά, εντείνεται με την πρόοδο του χρόνου και θα οδηγήσει σε σύγκρουση των ομάδων, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι στοχεύουν στην καθοδήγηση της πολιτικής ηγεσίας. Η διαφαινόμενη πρόθεση κυβερνήσεων, να δώσουν τη διαχείριση των νοσοκομείων σε ιδιώτες, ανοίγει νέο κεφάλαιο στην παροχή Ιατρικής φροντίδας και στη σχέση της με την Πολιτική. Η ένωση ασθενών της Αγγλίας, έδωσε στη δημοσιότητα στοιχεία ανεπαρκούς παροχής φροντίδας, σε ηλικιωμένα άτομα, τα οποία αποκαλύπτουν γυμνή την αλήθεια.<sup>16,17</sup> Η Πολιτική, ανοίγει νέες πύλες στην κοινωνική προσφορά των υπηρεσιών υγείας, όταν διευκολύνει τη διαταραχή στις σχέσεις δημόσιας και ιδιωτικής Ιατρικής.

Μια τέτοια κατάσταση θα έχει ως συνέπεια τη δημιουργία πλείστων όσων προβλημάτων, όπως για παράδειγμα είναι ο ακριβής προσδιορισμός του Ιατρικού σφάλματος.

Η κοινωνία, έχει εισέλθει στην εποχή της γνώσης και η επιστήμη είναι η μόνη πηγή που μπορεί να φωτίσει τη σκοτεινή πλευρά του μέλλοντος.<sup>17</sup> Δεν είναι όμως βέβαιο αν οι ηγέτες μπορούσαν να αντιληφθούν αυτά που είπε ο H. Wells<sup>18</sup>:

*“Ο κόσμος βρίσκεται σ’ έναν αγώνα δρόμου  
μεταξύ της μάθησης και της καταστροφής”*

Προκειμένου να αναλύσουμε τα ερωτήματα, στη μεγαλύτερη δυνατή έκτασή τους, διευρύναμε τον αριθμό των εισηγήσεων, οι οποίες όμως δεν ήταν δυνατό να περιληφθούν όλες στο πρόγραμμα. Κατόπιν αυτού, η δομή του Συμποσίου διαμορφώθηκε ώστε να περιλάβει δύο ομάδες εργασιών. Η πρώτη, αφορά εκείνες που παρουσιάστηκαν και προφορικά στο Συμπόσιο, ενώ η δεύτερη, περιέλαβε αυτές που εμφανίζονται ως γραπτό κείμενο στον τόμο των πρακτικών, χωρίς να έχει προηγηθεί προφορική παρουσίασή τους.

Στη διάρκεια του Συμποσίου αυτού αναγορεύτηκαν σε:

### **Κήρυκες του Ιπποκρατείου Πνεύματος**

ο Ακαδημαϊκός, **Τριχόπουλος Δημήτριος**,  
ο γιατρός, **Αποστολίδης Πάνος**  
και ο Καθηγητής, **Τούτουζας Παύλος**.

Από τη θέση αυτή, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις πιο θερμές ευχαριστίες στους συγγραφείς αυτού του βιβλίου, καταρχήν για την προθυμία με την οποία δέχθηκαν την πρότασή μου, ιδιαίτερα όμως για τη μεγάλη συμβολή τους στην επιτυχία αυτής της προσπάθειας.

Στόχος της ΕΔΙΠ είναι η ευαισθητοποίηση των Γιατρών-Νοσηλευτών, στη διάδοση και εφαρμογή των αρχών της Ιπποκρατικής διδασκαλίας. Για την πληρέστερη ενημέρωση, σε θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας, κυκλοφόρησαν σε τόμο οι γραπτές και οι προφορικές εισηγήσεις που προγραμματίζονται στη διάρκεια των Συμποσίων, που οργανώνει κάθε χρόνο η ΕΔΙΠ. Στην ιστοσελίδα, της Εταιρείας Διάδοσης Ιπποκρατείου Πνεύματος, έχουν αναρτηθεί όλοι οι τόμοι, τους οποίους μπορεί να αναζητήσει ο ενδιαφερόμενος.

Η ΕΔΙΠ, έχει στη διάθεση των γιατρών, σε ανατύπωση το έργο του Μανόλη Σ. Κιαπόκα με τίτλο: «Ιπποκράτης ο Κώος & Ιπποκρατικός Όρκος», καθώς και εκείνο του Jacques Jouanna με τίτλο «Ιπποκράτης»

**Πάνος Ν. Ζηρογιάννης**  
Αθήνα, Φεβρουάριος 2013

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Edelstein L: The Hippocratie Oath: Text, Translation and Interpretation. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press 1943
2. Λυπουρλής Δ: Ιατρική στην Αρχαία Ελλάδα. Εκδόσεις Επίκεντρο Θεσσαλονίκη 2008
3. Αποστολίδης Δ. Π: Ιπποκράτειος Όρκος. Κώδικας ηθικής, ή Λίβελλος εναντίον των γιατρών. Εκδόσεις Στίγμα, Αθήνα 2000

4. Κιαπόκας Σ. Μ: Ιπποκράτης ο Κώος και Ιπποκρατικός όρκος. Έκδοση Πνευματικού Κέντρου του Δήμου Κω . Αθήνα 1996. Ανατύπωση
5. Πετρουλάκη, Καλεράντε « Καθημερινή», 12-3-2012
6. Karan A. A political doctor makes a healthy politician: Government career paths in medicine. Yale J. Med. Law 2009;V τεύχος 2
7. Sen AK. Developments of Freedom. Anchor Books, 2000
8. [www.ft.com](http://www.ft.com)
9. Reeg p. Medicine and Politics [mata.network.com](http://mata.network.com)
10. Daniels A. The Politics of Medicine Q.J.M 2003;96:695-97
11. Βούλτσος Π, Χατζητόλιος Α. Όταν η Ιατρική ηθική εμπλέκεται με την πολιτική. Στο: Η Ιατρική ηθική σε καταστάσεις κρίσεων σε ειρήνη και πόλεμο Τόμος 7ος και 8ος. Επιμέλεια έκδοσης Ζηρογιάννης Ν.Π., Βογιατζάκης Ε. Αθήνα 2012
12. Anonymou. Wealth but not health in the USA. Lancet 2013; 381:177
13. The PLoS Medicine Editors. Science must be responsible to society, not to politics. PLoS Medicine 2010,7 January
14. Editorial Depression and the global economic crisis:is there hope? Lancet2012;380:1203
15. Sagan C. The demon-haunted world. New-York Timeline 1996
16. Anonymous. Politics and patient care Lancet 2011;378:1757
17. Patients Association's report [www.patients.association.com/portals/.../](http://www.patients.association.com/portals/.../)
18. Μάρτης Στ. Χ. Η ιατρική από τον Ιπποκράτη στο DNA. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα 2000

# Ιατρικός και Πολιτικός Λόγος

## Δημήτριος Λυπουρλής

Κανένας, πιστεύω, στην αρχαιότητα δεν μίλησε με τόση σαφήνεια και δεν περιέγραψε με τόσο επιτυχημένη ορολογία τις έννοιες *υγεία* - *νόσος* - *ίαση* με όσην ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης (6./5. αι. π.Χ.). Χρωστούμε τη σχετική μαρτυρία στον δοξογράφο Αέτιο (1. ή 2. αι. μ.Χ.):

*Αλκμαίων τῆς μὲν ὑγείας εἶναι συνεκτικὴν τὴν ἰσονομίαν τῶν δυνάμεων, ὑγροῦ, ξηροῦ, ψυχροῦ, θερμοῦ, πικροῦ, γλυκέος καὶ τῶν λοιπῶν, τὴν δ' ἐν αὐτοῖς μοναρχίαν νόσου ποιητικὴν· φθοροποιὸν γὰρ ἑκατέρου μοναρχίαν, καὶ νόσον συμπίπτειν ὡς μὲν ὑφ' οὗ ὑπερβολὴ θερμότητος ἢ ψυχρότητος, ὡς δὲ ἐξ οὗ διὰ πλῆθος τροφῆς ἢ ἔνδειαν. ... τὴν δὲ ὑγείαν τὴν σύμμετρον τῶν ποιῶν κρᾶσιν<sup>1</sup>* (= «Εκείνο που γεννάει και συντηρεῖ την υγεία κατά τον Αλκμαίωνα είναι η *ισορροπία* των δυνάμεων ξηρού, υγρού, ψυχρού, θερμού, πικρού, γλυκού κ.λπ. Η *επικράτηση του ενός* από αυτά είναι η αιτία που γεννάει την αρρώστια. Πράγματι, η νίκη της μιας από τις δυνάμεις αυτές (αδιάκριτα, της μιας ή της άλλης) είναι ολέθρια. Αρρώστια παρουσιάζεται, όσον αφορά την αιτία, όταν υπάρχει υπερβολή θερμότητας ή ψυχρότητας, όσον αφορά όμως την αφορμή, αν η τροφή είναι περισσότερη ή λιγότερη από ό,τι πρέπει. ... Η υγεία βασίζεται στη σύμμετρη ανάμειξη των ποιοτήτων.»)

Πρώτα δύο παρατηρήσεις:

α) Είχα υποστηρίξει παλαιότερα<sup>2</sup> ότι, όσο κι αν στο χωρίο του Αέτιου που παραθέσαμε πιο πάνω είναι ευδιάκριτη η επίδραση της στωικής ορολογίας, πρέπει να θεωρήσουμε βέβαιο ότι οι όροι *ἰσονομία* και *μοναρχία* ανάγονται στον ίδιο τον Αλκμαίωνα. Στην παλαιότερη, πάντως, παρατήρησή μου για τη στωική, γενικότερα, ορολογία του Αέτιου θα πρέπει σήμερα να προστεθεί η παρατήρηση ότι η ορολογία αυτή προϋποθέτει, στην πραγματικότητα, Αριστοτελική ορολογία<sup>3</sup>.

β) Στον Κρότωνα, τη γνωστή κατωιταλική πόλη των αθλητών (Μίλων!), αναδείχθηκε, ως γνωστόν, σε αρχηγό σχολής ο Σάμιος Πυθαγόρας (580-500 π.Χ.), στην ίδια όμως αυτή πόλη ιδρύθηκε, την ίδια περίπου εκείνη εποχή, και μια λαμπρή ιατρική σχολή, που επρόκειτο να είναι η περιφημότερη στον ελληνικό χώρο ως την εποχή που οι σχολές της Κω και της Κνίδου έγιναν τα κατεξοχήν ιατρικά κέντρα στη Ελλάδα. Η ιατρική σχολή του Κρότωνα φαίνεται ότι ιδρύθηκε και αναπτύχθηκε ανεξάρτητα από τη σχολή του Πυθαγόρα, ο κυριότερος όμως εκπρόσωπός της, ο κατεξοχήν Κροτωνιάτης στην ιστορία της ιατρικής, γνώρισε ασφαλώς τις πυθαγορικές διδασκαλίες (τη διδασκαλία τους π.χ. περί των *έναντιών δυνάμεων*): οι λέξεις *ἰσονομία* και *μοναρχία* πρέπει να ανήκαν στο ιατρικό

λεξιλόγιο του Αλκμαίωνα ή, γενικότερα, της σχολής του.

Το έτος 1991 Γιώργης Γιατρομανωλάκης παρουσίασε ένα πολύ ενδιαφέρον βιβλίο με τον τίτλο *Πόλεως σώμα*. Αξίζει να διαβάσουμε την πρώτη παράγραφο του Προλογικού του Σημειώματος:

«Η διαπίστωση ότι η πόλη των Αθηνών είναι “άρρωστη” ή “νεκρή” ... ή ότι το πολίτευμα και η Πολιτεία εμφανίζουν “νοσηρά συμπτώματα” είναι σήμερα κοινές μεταφορές που συνηθίζονται τόσο στον ποιητικό όσο και στον πολιτικό λόγο. Εξίσου όμως συνηθισμένες υπήρξαν οι μεταφορές αυτές κατά τους προκλασικούς, τους κλασικούς και τους μετέπειτα χρόνους της ελληνικής αρχαιότητας, καθώς ποιητές, φιλόσοφοι, ρήτορες ή πολιτικοί εύκολα και πρόχειρα, θα έλεγε κάποιος, συνήθιζαν να καταφεύγουν σε παρόμοιους μεταφορικούς τρόπους ή ανάλογες εικόνες και προσωποποιήσεις, προκειμένου να δηλώσουν τη ζωντανή “μορφή” της πόλεώς τους ή την κρισιμότητα της “υγείας” των πολιτικών ή πολιτειακών πραγμάτων.»

Στόχος λοιπόν του βιβλίου ήταν «να ερευνήσει και να απαριθμήσει τις πολλές και ποικίλες προσωποποιίες της πόλεως ή τις συναφείς “σωματικές” μεταφορές που μπορεί κάποιος να συναντήσει στην αρχαία ελληνική γραμματεία»: κάτι παραπάνω: να ερευνήσει «τις απαρχές της “σωματικής” μεταφοράς της πόλεως (και των συναφών εννοιών)»: η έρευνα άρχισε με την επισήμανση των σχετικών μεταφορών στον Όμηρο και στον Ησίοδο και έκλεισε με την ποίηση του Σόλωνα, όλα τους κείμενα στα οποία «η μεταφορά αυτή ολοκληρώθηκε και παγιώθηκε σε ένα πλήρες ποιητικό και ρητορικό σχήμα».

Αυτός ήταν τελικά ο χαρακτήρας του βιβλίου: ο συγγραφέας μελέτησε το θέμα του με πολύ, βέβαια, επιτυχημένο τρόπο, μόνο όμως ως λογοτεχνικό φαινόμενο (εξού και ο υπότιτλος του βιβλίου: «Μια πρώιμη ελληνική Μεταφορά και Προσωποποιία»). Φυσικά ήταν πολύ σημαντικό ότι το θέμα μελετήθηκε με τόση επιμέλεια από αυτήν την οπτική γωνία.

Όταν πρωτοδιάβασα -στην ώρα του- το βιβλίο, θυμούμαι ότι είχα χαρεί πολλές από τις ευφρείς και λεπτές επισημάνσεις/παρατηρήσεις τού γνωστού και αξιόλογου φιλόλογου-συγγραφέα. Σιγά σιγά όμως άρχισα να σκέφτομαι και άλλες όψεις/διαστάσεις του θέματος. Καθώς στο βιβλίο η όλη μελέτη βασίσθηκε στα κείμενα του Ομήρου και του Ησιόδου, ενμέρει και του Σόλωνα, δεν ξεπέρασε τις θρησκευτικές και, από κάποια μόνο άποψη, πολιτικές (ο ίδιος θα προτιμούσα τον όρο «κοινωνικές») ιδέες των παλαιών αυτών ποιητών. Τονίσθηκαν κυρίως οι αντιλήψεις των ποιητών αυτών για τη «νόσο» και «υγεία/ίαση» των ατόμων και κατ' επέκταση των πόλεων (και εδώ θα προτιμούσα τον όρο «κοινωνιών») και τη σύλληψή τους ως τιμωρίας (στην πρώτη περίπτωση) λόγω άπρεπης ή λανθασμένης συμπεριφοράς των ατόμων ή των αρχόντων τους απέναντι στους θεούς (ή απέναντι στη θεϊκότερη παλαιότερα ή στην πολύ ανθρωπινότερη στον Σόλωνα μορφή τής Δίκης), ή ως εξιλέωσης -με προσευχές και με θυσίες- (στη δεύτερη περίπτωση) των θεϊκών αυτών μορφών. Ο ίδιος δεν θα ονόμαζα πάντως, «μεταφορά» τη χρήση των εννοιών αυτών στην περίπτωση των κοινωνιών (πόλεων), αφού στην ουσία δεν υπάρχει καμιά διαφορά μεταξύ ενός συγκεκριμένου ατόμου και μιας αθροιστικής ατόμων κοινωνικής ομάδας: το σφάλμα ή η αναίρεσή του αφορά εξίσου το άτομο ή την ομάδα στην οποία το συγκεκριμένο άτομο ανήκει -και αντιστρόφως. Εν πάση περιπτώσει η πραγμάτευση του θέματος ως μεταφοράς βοήθησε, ασφαλώς, στην καλύτερη κατανόηση ορισμένων πλευρών του. Σκέφτομαι, ωστόσο, ότι σε περιπτώσεις όπως της «κακής νούσου» στην αρχή της *Ιλιάδας* και του «έχθιστου λοιμοῦ» στην αρχή του Σοφόκλειου *Οιδίποδος τυράν-*

νου έχουμε πραγματικές αρρώστιες (όχι «μεταφορικές»), από τις οποίες πάσχουν όλοι οι πολίτες, ένας ένας τους: «εἰς πάντας Ἕλληνας διέτεινεν ὁ λοιμός» (αρχαίος σχολιαστής της *Ιλιάδας*), «νοσεῖτε πάντες» (στ. 60 *Οἰδίποδος τυράννου*).

\*

(Στο σημείο αυτό θα ήθελα να μνημονεύσω -παρενθετικά- και το ενδιαφέρον βιβλίο που παρουσίασε το 1990 με τον τίτλο *Παθολογία πολιτευμάτων στην αρχαιότητα* ο Εμμανουήλ Μικρογιαννάκης -ένα βιβλίο ενδιαφέρον και για την παράπλευρη, θα έλεγα, την έξω δηλαδή από το κύριο θέμα, σοφία που περιέχει. Μόνο που το βιβλίο δεν με βοήθησε να δικαιολογήσω τη χρήση της λέξης *παθολογία* στον τίτλο του, αφού ο λόγος στο βιβλίο είναι απλώς για τις μεταβολές των πολιτευμάτων, όχι για τις «αρρώστιες» τους (αυτήν τη σημασία είχε στην αρχαία ιατρική ορολογία η λέξη *πάθη*). (Παρενθετικά: Τη σημασία *πάθη* = μεταβολές οι φιλόλογοι τη γνωρίζουν και από τη γραμματική χρήση της λέξης: «φθογγικά *πάθη*» = μεταβολές των φθόγγων στον λόγο, «*πάθη* φωνηέντων», «*πάθη* συμφώνων»). Με αυτούς τους όρους ο τίτλος του βιβλίου θα έπρεπε, τουλάχιστον, να έχει τη μορφή «*Πάθη πολιτευμάτων στην αρχαιότητα*», όχι «*παθολογία ...*», μια λέξη που προκαλεί -στον σημερινό τουλάχιστον Έλληνα αναγνώστη- διαφορετικούς = ιατρικούς συνειρμούς. Η λέξη *παθολογία* δεν υπάρχει, άλλωστε, στο αρχαίο ελληνικό λεξιλόγιο, άρα ούτε -ειδικότερα- στο αρχαίο ελληνικό ιατρικό λεξιλόγιο των κλασικών και ελληνιστικών χρόνων. Για πρώτη φορά συναντούμε στον Γαληνό (2. αι. μ.Χ.) το επίθετο *παθολογικός* και το ρήμα *παθολογέω* ενσχέσει με τις αρρώστιες και την επιστήμη που μιλάει γι' αυτές -ούτε και στον Γαληνό, επομένως, δεν βρίσκουμε τη λέξη *παθολογία*<sup>4</sup>. Και, φυσικά, δεν θα ήταν, κατά τη γνώμη μου, καθόλου σωστό να χρησιμοποιήσουμε σε περιπτώσεις σαν αυτές που συζητούμε τον όρο «παθολογία», με τον οποίο οι νεότεροι μελετητές του Θουκυδίδη χαρακτηρίζουν τα κεφάλαια 82-83 του τρίτου βιβλίου των *Ιστοριών* του, στα οποία ο λόγος -αληθινά εντυπωσιακός!- είναι για την «κόλαση των πολιτικών παθών» που αναδύονται στις *στάσεις* και στους πολέμους, γενικότερα, αποκαλύπτοντας μια «μοιραία νομοτέλεια» στην αλλαγή της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Albin Lesky<sup>5</sup>), και για την εμφάνιση «αρνητικών φαινομένων», «που μόνο πάνω στη βάση σταθερών ηθικών κανόνων και κριτηρίων μπορεί να γίνει κατανοητή» (Paul Kroh<sup>6</sup>)].

Εν πάση περιπτώσει η συζήτηση για τη χρήση πολιτικών λέξεων-όρων στην ιατρική γλώσσα ξεκινάει πάντοτε (έτσι και στο βιβλίο του Γιατρομανωλάκη) από την αρχαία μαρτυρία του Αέτιου για τον Αλκμαίωνα τον Κροτωνιάτη, που την παραθέσαμε στην αρχή του παρόντος άρθρου.

Όμως:

α) Τις λέξεις *ίσηνομία* και *μοναρχία* τις έχουμε για πρώτη φορά μαρτυρημένες στην ελληνική γλώσσα στον λόγο του Αλκμαίωνα.

β) Ανήκουν, επομένως, και οι δυο τους σε μια εποχή που οι αντίστοιχες πολιτικές/κοινωνικές λέξεις δεν είχαν ακόμη υπάρξει στην ελληνική γλώσσα: τις δύο αυτές λέξεις -ως πολιτικούς/κοινωνικούς όρους- τις συναντούμε για πρώτη φορά στον Ηρόδοτο (όπου *ίσηνομία* = η ισότητα πολιτικών δικαιωμάτων) και *μοναρχία* = η μοναρχική διοίκηση) -ούτε λοιπόν στον Όμηρο, ούτε στον Ησίοδο, ούτε και στον Σόλωνα (εκεί οι λέξεις *εὐνομία* και *δυσνομία* -απόστ. 4, 31-32 West- δηλώνουν τη σωστή εφαρμογή των νόμων ή τη μη εφαρμογή τους, - Πιο κοντά προς την *ίσηνομία* του Αλκμαίωνα, όπως την κατανοούμε εδώ, βρίσκεται η λέξη του Σόλωνα *ίσημοιρίη* = ίσο μερτικό, ίση μετοχή, απόστ. 34,9



West -και, φυσικά, δεν έχει καμιά σημασία το ότι η λέξη *ίσομοιρία* χρησιμοποιήθηκε από μεταγενέστερο ιστορικό συγγραφέα με το πολιτικό/κοινωνικό νόημα της λέξης *ίσονομία*.

γ) Το πιθανότερο λοιπόν πρέπει, κατά τη γνώμη μου, να είναι ότι η *ίσονομία* του Αλκμαίωνα δεν έχει ακόμη ως δεύτερο συνθετικό της τον πολιτικό όρο *νόμος* (= ισότητα των πολιτών απέναντι στους νόμους), αλλά το θέμα του ρήματος *νέμω* = μοιράζω, διανέμω/κατανέμω εξίσου = δημιουργώ ισοροπία). Θα μπορούσε, τότε, κατά τη γνώμη μου, να υποστηριχθεί ότι η λέξη *μοναρχ-ία* (= επικράτηση του ενός, στην περίπτωση μας: επικράτηση της μιας από τις δύο *εναντίες δυνάμεις*) πλάσθηκε από τον Αλκμαίωνα κατά γραμματική αναλογία προς τη λέξη *ίσονομ-ία*.

Δύσκολα λοιπόν θα μπορούσα να δεχθώ ότι στην περίπτωση του Αλκμαίωνα έχουμε μεταφορά πολιτικών όρων στην ιατρική γλώσσα -ή και αντίστροφα.

\*

Στο τελευταίο μέρος του παρόντος άρθρου η προσπάθειά μου θα είναι να επισημάνω, στο μέτρο βέβαια του αντικειμενικά δυνατού, ιατρικές απηχήσεις (διδασκαλίες, έννοιες, λέξεις) στη σημαντικότερη από πολλές απόψεις διδασκαλία του Αριστοτέλη για το πώς φθείρονται και, πάλι, για το πώς σώζονται τα πολιτεύματα. Για τις ανάγκες, φυσικά, και τον χαρακτήρα του παρόντος άρθρου δεν είναι δυνατό παρά να αρκασθώ σε μερικές μόνο επισημάνσεις.

Η σχετική διδασκαλία του Αριστοτέλη αρχίζει στο τρίτο βιβλίο των *Πολιτικών* του (1279 a 22 εξξ.) με τη διάκριση των πολιτευμάτων σε *ορθά* και σε *παρεκβάσεις* των *ορθών* (*ορθά* πολιτεύματα: η *βασιλεία*, η *αριστοκρατία*, η *πολιτεία* - *παρεκβάσεις* των *ορθών* πολιτευμάτων: η *τυραννίς*, η *ολιγαρχία*, η *δημοκρατία*).

α) Όλη η από πολλές απόψεις ενδιαφέρουσα αυτή διδασκαλία του Αριστοτέλη εδράζεται στην παραδοχή ότι «*εἴπερ ἔχομεν δι' ὧν φθείρονται αἱ πολιτεῖαι ἔχομεν καὶ δι' ὧν σώζονται· τῶν γὰρ ἐναντίων τὰ ἐναντία ποιητικά*» (1308 a 27 εξξ.). Κατά τη γνώμη μου πρέπει να θεωρηθεί προφανές ότι ο Αριστοτέλης χρησιμοποιεί εδώ μια αρχή, που τη γνωρίζουμε πολύ καλά από τα έργα της *Ιπποκρατικής συλλογής*: η φράση από το έργο *Περὶ φυσῶν* ότι «*τὰ ἐναντία τῶν ἐναντίων ἐστὶν ἰάματα*»<sup>7</sup> («*contraria contrariis curantur*») είναι παραδειγματική, ενώ αποτελεί μια πιο εκτεταμένη διατύπωση της ίδιας αρχής η φράση από το *Περὶ ἰερῆς νοῦσου* ότι «*τοῦτο δεῖ τὸν ἰητρὸν ἐπίστασθαι, ὅπως τὸν καιρὸν διαγιγνώσκων ἐκάστου τῷ μὲν ἀποδώσει τὴν τροφήν καὶ αὐξήσει, τῷ δὲ ἀφαιρήσει καὶ κακώσει. ... προσφέροντα τῇ νοῦσῳ τὸ πολεμιώτατον ἐκάστη*» (= «αυτό είναι κάτι που πρέπει να το ξέρει ο γιατρός, ώστε, διακρίνοντας την κατάλληλη για κάθε ξεχωριστή περίπτωση στιγμή, άλλοτε να προσφέρει αυτό που είναι τροφή και να προκαλεί αύξηση, και άλλοτε, αφαιρώντας το, να προκαλεί μείωση. ... προσφέροντας ό,τι της είναι πιο εχθρικό [= πιο αντίθετο]»).

β) Μία από τις πιο σημαντικές διδασκαλίες του Αριστοτέλη είναι, ως γνωστόν, η περί αρετής διδασκαλία του στο δεύτερο βιβλίο των *Ηθικών Νικομαχείων*. Λέξεις-κλειδιά στη διδασκαλία του ότι η αρετή είναι *μεσότητα* είναι οι λέξεις *μέσον*, *ὑπερβολή*, *ἔλλειψις*. Ότι η διδασκαλία αυτή του Αριστοτέλη έχει την καταγωγή της από την παλαιότερη από τον ίδιο ιατρική σκέψη είναι κάτι που υποδείχθηκε και συζητήθηκε -από πολύ νωρίς- από αξιολογότερους μελετητές (H. Kalchreuter<sup>9</sup>, F. Wehrli<sup>10</sup>, W. Jaeger<sup>11</sup>, E. Barker<sup>12</sup>). Είναι, επίσης, γνωστό ότι η «ηθική» αυτή διδασκαλία του Αριστοτέλη βρήκε στη συνέχεια την

εφαρμογή της στις πολιτικές του διδασκαλίες (τα *Πολιτικά* του Αριστοτέλη αποτελούν, ως γνωστόν, συνέχεια των *Ηθικών Νικομαχείων* του: οι λέξεις *μέσον*, *υπερβολή*, *έλλειψις* (και συνώνυμές τους, όπως π.χ. *μετριότης*, *πλεονεξία*, *έπιτείνειν*, *άνιέναι*) είναι και εδώ οι βασικές λέξεις με τις οποίες ο Αριστοτέλης οργανώνει την πολιτική του σκέψη και προβαίνει στις πολιτικές του αναλύσεις (με αυτές τις λέξεις ορίζεται επίσης η νόσος -και η υγεία- π.χ. στα *Φυσικά Προβλήματα* 859 a 2 και 11). Πρβλ. στα *Πολιτικά* του και τις εκφράσεις *εὖ κεκραμένη* και *εὖ μεμιγμένη πολιτεία* (ο αναγνώστης ας θυμηθεί εδώ τη φράση του Αλκμαίωνα ότι υγεία είναι η «*σύμμετρος τῶν ποιῶν κρᾶσις*»).

γ) Τέλος αξίζει, νομίζω, να σημειώσουμε ότι για τις πολιτικές του αναλύσεις ο Αριστοτέλης χρησιμοποιεί συχνότατα λέξεις όπως *ιάτρευειν* / *ιάτρευεσθαι*, *ιάτρευσις*, *ιάτρεία*, *νόσος*, *ύγιής*, *ύγιάζω*, *ἄκος*<sup>13</sup>.

\*

Το σύντομο αυτό άρθρο δεν έχει φιλοδοξίες πληρότητας: δεν θέλει να είναι παρά μια μικρή συμβολή στο θέμα που δηλώνεται στον τίτλο του. Πρόκειται, πάντως, για εξαιρετικά ενδιαφέρον θέμα, που αξίζει να κινήσει το ενδιαφέρον νεότερων ερευνητών. Ως πρώτες κατευθυντήριες σκέψεις (τουλάχιστον εν σχέσει με τον Αριστοτέλη) μπορούν να χρησιμεύσουν αυτές που παραθέτει ο Barker στη σ. xxx της Εισαγωγής του<sup>14</sup>.

### Σημειώσεις

1. Βλ. Diels-Kranz, *Die Fragmente der Vorsokratiker* 24 B 4.
2. Βλ. στο βιβλίο μου *Η παραγωγική κατάληξη -ικός στην προσωκρατική φιλοσοφία και στο ιπποκρατικό Corpus*, Θεσσαλονίκη 1968, σ. 31.
3. Βλ. του Η. Bonitz, *Index Aristotelicus* (Berlin 1870, <sup>2</sup>1955) τα λήμματα π.χ. *συνεκτικός* και *ποιητικός* (το δεύτερο στη σημασία «αυτός που προκαλεί κάτι»).
4. Το ότι συναντούμε τον όρο αυτό σε ξένα βιβλία (π.χ. «*Pathology of constitutions*») δεν δικαιολογεί, κατά τη γνώμη μου, τη χρήση της ελληνικής λέξης *παθολογία* στον τίτλο ελληνικού βιβλίου με αυτό το θέμα.
5. *Geschichte der griechischen Literatur*, ελλην. μτφρ. *Ιστορία της αρχαίας ελληνικής λογοτεχνίας*, Εκδόσεις Αδελφών Κυριακίδη, Θεσσαλονίκη 1981, σ. 643.
6. *Lexikon der antiken Autoren*, ελλην. μτφρ. *Λεξικό αρχαίων συγγραφέων Ελλήνων και Λατίνων*, Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1996, σ. 242.
7. έκδ. Axel Nelson, Uppsala 1909, σ. 6.
8. κεφ. 18 κατά την έκδοση του έργου από τον Η. Grensemann, Berlin 1968. - Βλ. εκεί σ. 101: «allgemeine Angaben zur Therapie», σ. 102: «Die Therapie ist allopathisch orientiert», «die Heilmittel dem Bereich der natürlichen Kräfte angehören müssen, die ja das Leiden auch verursacht haben» στη σ. 102 σχολιασμένα και άλλα παράλληλα χωρία.
9. *Die μεσότης bei und vor Aristoteles*, Tübingen 1911.
10. <Ethik und Medizin>, *Mus. Helv.* 8, 1951, 36-62.
11. <Aristotle's use of medicine as model in his Ethics>, *Journ. Hell. Stud.* 77, 1957, 54, και <Medizin als methodisches Vorbild in der Ethik des Aristoteles>, *Zeitschr. f. philos. Forsch.* 13, 1959, 513.
12. *The Politics of Aristotle*, Oxford (1946) 1961, σ. xxx: «it has been well suggested that his general doctrine of the mean is derived from a medical conception of health as a balanced and proportionate state midway between excess and defect».
13. Για παραπομπές σε χωρία με αυτές τις λέξεις ο αναγνώστης μπορεί να προστρέξει στον *Index Aristotelicus* του Bonitz (βλ. παραπάνω σημ. 3).
14. Βλ. παραπάνω σημ. 12.

# Σχέση Ιατρικής και Πολιτικής από την Αναγέννηση μέχρι το 19<sup>ο</sup> Αιώνα

Αθανάσιος Διαμαντόπουλος

Αν και η Ενότητα ονομάζεται από την Αρχαιότητα μέχρι σήμερα, εν τούτοις, επειδή δεν υπάρχει εισηγητής από την Αρχαιότητα μέχρι την Αναγέννηση οπότε αρχίζει η δική μου εισήγηση, αναπόφευκτα θα πω δυο λόγια και για την πριν την Αναγέννηση περίοδο. Διευκρινίζω πως σε όλη μου την ομιλία, δεν θα επεκταθώ στη σχέση ιατρικής και πολιτικής. Είτε υπό το πρίσμα που πρώτος έθεσε ο Πλάτωνας, δηλαδή τις ομοιότητες των δύο επιστημών που προσπαθούν και οι δύο να διορθώσουν τα κακώς κείμενα τοις ανθρώποις. Μια σχέση που κατά κόρον χρησιμοποιήθηκε ανά τους αιώνες από όλους τους πολιτικούς αναμορφωτές. Για να φέρω ένα πρόσφατο Ελληνικό παράδειγμα, την παρομοίωση της χώρας μας με ασθενή που έπρεπε να μπει στον Απριλιανό γύψο για να στεριώσει. Ούτε υπό το πρίσμα του πως οι πολιτικές αποφάσεις, π.χ. η δημιουργία του ΕΣΥ ή σημερινή στροφή προς την ιδιωτικοποίηση της Υγείας αναμφίβολα επηρεάζουν και την άσκηση της ιατρικής και τους γιατρούς τους ίδιους. Θα ασχοληθώ αποκλειστικά με το πως οι γιατροί συνδέθηκαν στην υπό συζήτηση περίοδο με τους πολιτικά ισχυρούς, αυτό που αποκαλούμε κατεστημένο, ή με τους επίσης πολιτικά ισχυρούς αυτό που αποκαλούμε επαναστατικές ομάδες, που γίνονται συνήθως το κατεστημένο του αύριο. Απολύτως επιτροχάδην, και αποκλειστικά για να αποδειχθεί πως η σχέση των γιατρών με τους πολιτικούς και την πολιτική δεν εγεννήθη διά παρθενογενέσεως στην Αναγέννηση, αναφέρω μερικά προηγηθέντα χαρακτηριστικά παραδείγματα.

Ήδη, από τη νεολιθική Εποχή εμφανίζονται οι πρώτες ενδείξεις ιεραρχικής δομής των κοινωνιών. Οι αρχηγοί τους είναι συγχρόνως πολεμιστές, ιερείς - μάγοι και θεραπευτές. Υπάρχει δηλαδή μια ταύτιση της πολιτικής, της εκκλησιαστικής και ιατρικής ιδιότητας στο ίδιο πρόσωπο. Σιγά-σιγά οι ιδιότητες αυτές άρχισαν να διαχωρίζονται. Ο πλέον μεγαλόσωμος έγινε ο πολεμιστής, ο γηραιότερος ο αρχηγός λόγω πείρας, ο γνώστης των βοτάνων και των ορυκτών αλλά και των χθονίων δυνάμεων, δηλαδή ο σαμάνος, και ο επιδέξιος κατασκευαστής ο καλλιτέχνης. Όμως οι ιδιότητες αυτές δεν διαχωρίστηκαν πλήρως ποτέ. Ακόμη και στον 17<sup>ο</sup> αιώνα ο σαμάνος δραστηριοποιείτο στη Σιβηρία, όπως απεικονίζεται σε σκίτσο του Ολλανδού εξερευνητή Nicolaes Witsen, ο οποίος έγραψε ένα οδοιπορικό των πληθυσμών που ομιλούσαν Τουνγκουσικές διαλέκτους<sup>1</sup>. Ο σαμάνος θεραπεύει δρώντας σε μια κατάσταση τρανς, σαν ένα διάμεσο, ένα μέντιουμ, ανάμεσα στον επάνω και τον κάτω κόσμο. Δεν θα ήταν παραδοξολογία να τον παρομοιάζαμε με

τον όφη του Ασκληπιού, αλλά και με τις τελετές των Ορφικών και των Διονυσίων, τις επωδές, την τριπλή ιατρική στον Πλάτωνα με αφορμή τον Χαρμίδα και τα λεγόμενα για τον Ζάλμοξι<sup>2</sup>. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να χαρακτηρίσει τους μάγους θεραπευτές των Τουρκο-μογγολικών φυλών, αλλά κατόπιν διευρύνθηκε και για τους αντίστοιχους θεραπευτές της Αυστραλίας και της Αμερικής. Η πρακτική των σαμάνων επιβίωσε μέχρι πρόσφατα αλλά συνεχώς υφίστατο περιορισμούς που οδήγησαν στη σχεδόν εξαφάνισή τους. Είναι αξιοσημείωτο πως οι διάφορες επίσημες ηγεσίες όταν έπαψαν να ταυτίζονται με τους ιεροθεραπευτές, εστράφησαν εναντίον τους. Όπως π.χ. στην Τσαρική αλλά και τη Σοβιετική Ρωσία. Η καταπίεση τους ήταν αναμενόμενη αφού εν τοις πράγμασι αμφισβητούσαν την εκκλησιαστική και πολιτική θέση σχετικά με τη εκλογικευμένη μεθοδολογία της θεραπείας<sup>3</sup>. Για το “Σαμανισμό σήμερα” θα ασχοληθούμε σε επόμενη ενότητα του άρθρου.

Μετά την αναφορά στους Σαμάνους, του θεραπευτές -αρχηγούς φυλής- ιερείς των απαρχών της προϊστορίας, που θεμελιώνουν τη συνύπαρξη ιατρών και πολιτικών, θα περιγράψω επιτροχάδην παραδείγματα από την εποχή του Χαλκού, την Κλασική Εποχή και το Μεσαίωνα, πριν αναφερθώ στο κυρίως θέμα μου. Από την Αρχαία Αίγυπτο είναι πασίγνωστος ο ιατρός-πρωθυπουργός - αρχιτέκτονας Imhotep, ο θεωρούμενος και Αιγύπτιος Ασκληπιός. Στην κλασική Ελλάδα δραστηριοποιήθηκε ο Κριτόδημος. Κατά τον Αρριανό ήταν Κώος γιατρός από το γένος των Ασκληπιαδών. Χειρούργησε τον Αλέξανδρο και του αφαίρεσε το βέλος, που τον είχε χτυπήσει στο στήθος όταν πολιορκούσε την πόλη των Μαλλών (325 π.Χ.). Άλλος επιφανής γιατρός που συνεδέθη με την εξουσία ήταν ο Κτησίας ο Κνίδιος, από την Κνίδα της Δωρίδας. Υπηρέτησε ως υψηλόβαθμος αξιωματούχος στην περσική Αυλή και το 401 π.Χ. θεράπευσε το τραύμα του Αρταξέρξη Β΄, από τη μάχη κατά του Κύρου του Νεότερου και των Μυρίων (δηλαδή των Ελλήνων μισθοφόρων). Το 397 π.Χ. αποσύρθηκε στην Κνίδα, όπου συνέγραψε τα «Περσικά» ενώ στα «Ινδικά» περιέλαβε μια διεξοδική περιγραφή του Ινδού και μια λιγότερο διεξοδική του Υδάσπη. Όμως ήταν τόσο μυθώδες σύγγραμμα, ώστε ήδη οι σύγχρονοί του το διάβαζαν ως μυθιστόρημα. Πολύ γνωστή είναι η ιστορία του Δημοκλήδη, υιού του Καλλιφώντος, που γεννήθηκε στον ακμάζοντα και εύπορο Κρότωνα της Μεγάλης Ελλάδος και καταγόταν από επιφανή οικογένεια. Τελικά, μετά από περιπέτειες, κατέληξε προσωπικός γιατρός του Μεγάλου Βασιλέως στην Περσία, και προσπάθησε να τον επηρεάσει στη στάση του απέναντι των Ελλήνων. Στη ρωμαϊκή εποχή ξεχωρίζει ο Γαληνός, προσωπικός ιατρός των αυτοκρατόρων Μάρκου Αυρηλίου, Λουκίου Βέρου, Κόμοδου και Σεπτήμιου Σεβήρου. Χρησιμοποίησε τη σχέση αυτή για να εδραιώσει την παρουσία του στη Ρώμη, όπου λόγω της προσωπικότητάς του δημιούργησε πολλούς επαγγελματικούς εχθρούς.

Δεν ήταν όμως μόνο οι ιατροί που χρησιμοποίησαν τη σχέση τους με την εξουσία για να προωθήσουν τα ενδιαφέροντά τους. Ήταν και η εξουσία που χρησιμοποίησε την ιατρική προς ίδιο όφελος. Κατά τη διάρκεια της δυναστείας των Δομητιανών, μια ιδιότητα του αυτοκράτορα που επιβεβαίωνε τη θεοποίησή του, ήταν η θαυματουργική ιατρική. Ο Βεσπασιανός, αν και όπως αναφέρεται ειρωνεύτηκε προ του θανάτου τη θεοποίησή του λέγοντας, “Έλεος, νομίζω που γίνομαι θεός”, εν τούτοις δημιούργησε το μύθο πως ενώ επεσκέπτετο την Αίγυπτο και τον εκεί ναό του Σεράπιδος, είδε στον ύπνο του πως έγινε ο νέος Σέραπις και από τότε άρχισε να θεραπεύει με την απλή εναπόθεση των χειρών του επί του ασθενούς. Ένα είδος νεο-Σαμανισμού πού πολύ αργότερα με τον

όρο *royal touch* θα επισημοποιηθεί στις αυλές της Ευρώπης<sup>4</sup>.

Μετά τη ρωμαϊκή εποχή εισερχόμαστε, σιγά-σιγά σε αυτό που αποκλήθηκε Μεσαίωνας. Αν και η υποτιμητική χροιά που περιβάλλει τον όρο αμφισβητείται πλέον, εν τούτοις για λόγους κατάταξης χρησιμοποιείται σε αυτό το άρθρο. Θα αναφερθούν σύντομα τρία παραδείγματα από το Ανατολικό Ρωμαϊκό Κράτος, δηλαδή το Βυζάντιο. Ο Ορειβάσιος (4<sup>ος</sup> αιώνας μ.Χ.), που ανήκει στην Ύστερη Αρχαιότητα, υπήρξε προσωπικός γιατρός του Ιουλιανού του Παραβάτη, πολιτικός του σύμβουλος και εκείνος στον οποίον εδόθη ο τελευταίος χρησμός της Πυθίας, το περίφημο: "Εἶπατε τῷ βασιλεῖ, χαμαὶ πέσε δαίδαλος αὐλά, οὐκέτι Φοῖβος ἔχει καλύβην, οὐ μάντιδα δάφνην, οὐ παγὰν λαλέουσιν, ἀπέσβετο καὶ λάλον ὕδωρ", όταν την επισκέφθηκε ως απεσταλμένος του αυτοκράτορα. Πολύ αργότερα, τον 11<sup>ο</sup> αιώνα, συναντάμε τον περίφημο μοναχό, φιλόσοφο, ποιητή, σύμβουλο τριών αυτοκρατόρων του Βυζαντίου και ιατρό Μιχαήλ Ψελλό. Είχε αποκτήσει σημαντική δύναμη μέχρι σχεδόν του να αναδεικνύει αυτοκράτορες. Δύο αιώνες μετά, συναντάμε τον αυλικό Πρωτοσπαθάριο Ιωάννη Ακτουάριο, γνωστόν για τις εργασίες του κυρίως περί ούρων. Είχε το αξίωμα του προσωπικού ιατρού του Μεγάλου Δούκα Απόκαυκου, συμμάχησε με τον Ανδρόνικο Παλαιολόγο και συμμετείχε σε πολλές κρατικές αποστολές. Η επιλεκτική επιλογή ορισμένων υψηλόβαθμων γιατρών από το Βυζάντιο, επ' ουδενί λόγω είναι αντιπροσωπευτική της σχέσης ιατρών-πολιτικών, κατά την περίοδο εκείνη. Πολύ λίγοι ήταν οι γιατροί που είχαν τόσο υψηλές σχέσεις συγκριτικά με το μεγάλο αριθμό των θεραπευτών πτυχιούχων ή όχι. Το ίδιο βέβαια συμβαίνει και σήμερα. Στη Δυτική Ευρώπη κατά το Μεσαίωνα οι κοινωνικές διακρίσεις ήταν σαφέστερες. Υπήρχαν τρεις τάξεις, ο κλήρος, οι ευγενείς και ο λαός. Στην τελευταία τάξη παρατηρούνται τεράστιες διαφορές ανάμεσα στις υποομάδες που την καταρτίζουν. Στο ένα άκρο είναι οι πάμφτωχοι μικροαγρότες και στο άλλο οι πλούσιοι μεγαλοαστοί. Πολλοί γιατροί ανήκαν στην τελευταία υποομάδα. Όσο με την πάροδο των ετών απομακρύνονταν από το πρότυπο του εμπειρικού θεραπευτή και επλησίαζαν εκείνο του μορφωμένου γιατρού, τόσο η κοινωνική τους θέση βελτιώνονταν. Έτσι, στο νόμο που καθόριζε την αμφίεση ανάλογα με τη κοινωνική τάξη, υπήρχαν λιγότεροι περιορισμοί για τους γιατρούς. Αυτοί μάλιστα που ανέρχονταν κοινωνικά μπορούσαν ακόμη και να χρησιμοποιούν οικόσημα<sup>5</sup>.

Η αυστηρότητα ιεραρχική Γαληνοτάτη Δημοκρατία της Βενετίας, κατά το τέλος του Μεσαίωνα, το 13<sup>ο</sup> αιώνα, απαγόρευε στους γιατρούς, όπως και στους υπόλοιπους επιστήμονες, να ανέρχονται στα κρατικά αξιώματα, που αποτελούσαν για πέντε αιώνες προνόμια των ευγενών. Εν τούτοις, πολλοί ιατροί καταξιώθηκαν εκεί κοινωνικά και απέκτησαν μεγάλη οικονομική επιφάνεια<sup>6</sup>.

Ο 14<sup>ος</sup> αιώνας, θεωρείται η πρώιμη απαρχή της Αναγέννησης και φυσικά η αρχή της κυρίως ιστορικής περιόδου που θα περιγραφεί με το παρόν άρθρο. Οι αφρόκρεμα των ιατρών, και ιδίως η σχετιζόμενη με την πολιτική εξουσία, αρχίζει να αποκτά κοινωνική προβολή συγκρινόμενη με τους ελάσσονες ευγενείς. Ήδη ο Guillaume de Harsigny (1300-1393), Γάλλος ιατρός του Καρόλου Ε', Αυτοκράτορα της Αγίας Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, κατάφερε στην ηλικία των 92 ετών να συνεφέρει από κώμα τον Κάρολο. Απέκτησε τόση φήμη, ώστε επί του τάφου του τοποθετήθηκε το πρωιμότερο γλυπτό μακάβριας τέχνης της εποχής του<sup>7</sup>.

Στα τέλη του 14<sup>ου</sup>, αρχές του 15<sup>ου</sup> αιώνα, εμφανίζεται στο προσκήνιο η περίφημη Φλωρεντινή οικογένεια των Μεδίκων. Ίδρυτής της ο Κόσιμος των Μεδίκων, που γεννήθηκε τη

27 Σεπτεμβρίου 1389, ημέρα των Αγίων Αναργύρων Κοσμά και Δαμιανού. Είναι άγνωστο αν το όνομα η οικογένεια το υιοθέτησε από αυτήν τη σύμπτωση, ή, το πιθανότερο, σε παλαιότερη εποχή να ασκούσαν το επάγγελμα του ιατρού. Πάντως έχουν πολλά γραφτεί για τη συγγενική σχέση των Μεδίκων με την οικογένεια Ιατρού, ή Γιατράκου της Μάνης. Η οικογένεια αυτή, μαζί με τους Στεφανόπουλους, ήταν η μία από τις δύο αρχηγικές της Περιοχής. Ουσιαστικά ήταν αυτή καθ' εαυτή η εξουσία. Συγχρόνως, πολλά μέλη τους εξασκούσαν το επάγγελμα του εμπειρικού γιατρού, συνδυάζοντας και πάλι τις δύο ιδιότητες, δηλαδή του πολιτικού αρχηγού και του Θεραπευτή.

Έχοντας, πλέον, εισέλθει στην εποχή της Αναγέννησης θα περιγραφεί σύντομα η κοινωνική διαστρωμάτωση των γιατρών εκείνης της εποχής. Υπήρχαν τρεις κατηγορίες θεραπευτών. Οι ιατροί, οι χειρουργοί και οι apothecaries, εκείνοι δηλαδή που αργότερα θα εξελιχθούν στους φαρμακοποιούς. Υπήρχε έντονος ανταγωνισμός μεταξύ τους. Πάντως και στην τάξη των καθ'εαυτό ιατρών παρατηρούντο εμφανείς διαφορές. Ο "δημοτικός ιατρός" πληρωνόταν με μισθό από το δημοτικό συμβούλιο, ήταν συχνά εμπειρικός και ασχολείτο με τους φτωχούς της περιοχής. Ήταν μετά ο αστός ιατρός των πλουσίων και ισχυρών οικογενειών και ανώτερος όλων ο προσωπικός ιατρός των βασιλέων και πριγκίπων, συχνά με τίτλο ευγενείας ο ίδιος. Οι ιατροί εντύπωντο αυστηρά, με μαύρο επενδύτη, πλισέ κολάρο και μανσέτες και πλατύγυρο καπέλο. Συχνά, αποκτούσαν προνόμια που ανήκαν στους ευγενείς, όπως το να φορούν το καπέλο τους παρουσία του Βασιλέως<sup>8</sup>. Με την τρίτη κατηγορία, των ιατρών των ευγενών θα ασχοληθεί το παρόν άρθρο. Θα παρουσιασθούν επιλεκτικά ορισμένοι ιατροί από λίγες ευρωπαϊκές χώρες που ανέπτυξαν ισχυρούς δεσμούς με την εξουσία. Με τον τρόπο αυτό το άρθρο δεν δίνει μια συνολική εικόνα των σχέσεων αυτών, αλλά εμπίπτει στη κατηγορία της περιπτωσιολογίας. A case report όπως θα λέγαμε σε μια κλινική παρουσίαση. Παρ' όλα αυτά προσπαθεί να δώσει ένα στίγμα και να προκαλέσει ενδιαφέρον για τη μελλοντική περαιτέρω έρευνα του θέματος.

## Γαλλία

Στον 16<sup>ο</sup> αιώνα εμφανίστηκε στη Γαλλία μια αινιγματική φυσιογνωμία που κρατά τη φήμη της και το μυστήριό της μέχρι σήμερα. Ο Νοστράδαμος, Γάλλος ιατρός που γεννήθηκε στις 14 Δεκεμβρίου του 1503 στο Saint-Remy-de-Provence. Εξελατίνισε το όνομά του σε Nostradamus και έγινε πασίγνωστος για τις προφητείες του που εξέδωσε σε δέκα τόμους. Εκεί προφητεύει τα πάντα σε τετράστιχα. Μέχρι σήμερα, οι θαυμαστές του "εξηγούν" πρόσφατα γεγονότα σύμφωνα με τις προφητείες του. Εκείνο που δεν είναι ευρέως γνωστό είναι πως κατάφερε να εδραιώσει τη θέση του στην Αυλή της Γαλλίας, κυρίως χάρη στην υποστήριξη της Αικατερίνης των Μεδίκων, που τον είχε προσκαλέσει για ιατρικές συμβουλές. Όταν προείδε το θάνατο σε μονομαχία του Ερρίκου του 2<sup>ου</sup>, η Βασίλισσα τον επίστευε πλέον τυφλά.

Στον ίδιο αιώνα γεννήθηκε και ο γιατρός Charles de Lorme. Υιός του Καθηγητού και ιατρού της Μαρίας των Μεδίκων Jean Delorme, διευκολύνθηκε να γίνει τελικά και ο ίδιος βασιλικός γιατρός αρχικά του Λουδοβίκου του Δικαίου και κατόπιν του αδελφού του Gaston, Duke of Orleans και των βασιλέων Henri IV, Louis XIII and Louis XIV<sup>9</sup>. Απέκτησε την εύνοια του Καρδινάλιου Richelieu ενώ ο Καγκελάριος Pierre Séguier του απένευσε σύνταξη. Χρησιμοποίησε τη θέση του για να προωθήσει τα ιαματικά λουτρά της πόλης

Bourbon-l'Archambault και να αποκτήσει έτσι σημαντική περιουσία<sup>10</sup>.

Κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα, ενισχύθηκε ο θεσμός του Valet de chambre (ατελώς μεταφραζόμενος ως ο υπηρέτης της αιθούσης) που είχε δημιουργηθεί αρχικά το 14<sup>ο</sup> αιώνα. Τα καθήκοντα των προσώπων αυτών ήταν ποικίλα, από απλοί βοηθοί στην ένδυση του Βασιλέως, μέχρι ανώτατοι αξιωματούχοι. Μεταξύ αυτών και ιατροί της αυλής<sup>11</sup>. Το πρωτόκολλο της Γαλλικής Αυλής επί Λουδοβίκου XIV περιγράφει λεπτομερώς την τελετουργία της πρωινής εγέρσεως του Βασιλέως. Στις 7.30 ακριβώς, ο υπηρέτης ξυπνούσε το Βασιλιά Ήλιο με τη επιφώνηση: *Κύριε, ήλθε η ώρα!* Τότε εισήρχοντο στην επίσημη κρεβατοκάμαρα οι ιατροί της αυλής και τα μέλη της οικογένειας του Βασιλιά. Τελικά, θα έμπαιναν περίπου εκατό άτομα! Κυκλοφορεί η ιστορία πως διαρκούσης αυτής της πρωινής τελετουργίας, κάποιος έκλεψε το ωρολόι του βασιλικού ιατρού. Ανεξάρτητα από το πρωτόκολλο, ο Λουδοβίκος XIV παρουσίαζε σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως περιοστίτιδα, διαβήτη, οδοντικά αποστήματα, κεφαλαλγίες. Οι τρεις βασιλικοί αρχίατροι, ο Antoine Vallot (1594-1671), ο Antoine Daquin (~1620-1699), και ο Guy Crescent Fagon (1638-1718) διατηρούσαν καθημερινό ημερολόγιο με τις ασθένειες του Άνακτος<sup>12</sup>. Η σοβαρότερη επέμβαση στην οποία υποβλήθηκε ήταν η διάνοιξη ενός περιεδρικού αποστήματος για την οποία και κατασκευάστηκε ειδικό νυστέρι (διαφάνεια) από το χειρουργό του Félix de Tassy. Η επούλωση έγινε μετά από δύο μήνες. Το γεγονός θεωρήθηκε εξαιρετική επιτυχία και με την επιρροή που απέκτησαν οι βασιλικοί χειρουργοί, ο Λουδοβίκος ίδρυσε τη Βασιλική Χειρουργική Εταιρεία.

Η Γαλλική Επανάσταση το 1789 έφερε ριζοσπαστικές αλλαγές στο ιατρικό επάγγελμα όπως και σε όλους τους τομείς της κοινωνίας. Αυτή καθ' εαυτή η λέξη ιατρός θεωρήθηκε απόηχος κοινωνικών διακρίσεων και καθιερώθηκε (ο προσφιλής σε όλους τους αριστοκράτες) όρος λειτουργών της υγείας (*Officiers de Santé*), που όμως περιελάμβανε και πολλούς και άσχετους "θεραπευτές". Η φροντίδα της υγείας του λαού παρήκμασε, αφού η ανώτερη ιατρική τάξη απαξιώθηκε και η λαϊκή ιατρική που παρείχετο από φιλανθρωπικά ιδρύματα και μοναστήρια καταδιώχθηκε<sup>13</sup>. Υπάρχει και η αντίθετη άποψη, πως παρά τις βραχυπρόθεσμες δυσκολίες η ιατρική και η πρόνοια εξελίχθηκαν σημαντικά μετά την Επανάσταση. Πολλοί επαναστάτες ιατροί ερμήνευαν την ισότητα που ευαγγελίζετο η Επανάσταση και σαν ίσα δικαιώματα στην υγεία. Καθιερώθηκε έτσι ο όρος "Ο Ασθενής-Πολίτης"<sup>14</sup>. Οι αλλαγές αυτές και η κατάργηση της ιατρικής αυθεντίας οδήγησαν τελικά στο θρίαμβο της γαλλικής ιατρικής κατά το 19<sup>ο</sup> αιώνα. Οι απότομες όμως αλλαγές οδήγησαν και πολλούς στο θάνατο. Ο μεγαλύτερος φυσικός του αιώνα, με σημαντικές πειραματικές ανακαλύψεις στην ανταλλαγή των αερίων μέσω της αναπνοής, ο Lavoisier, οδηγήθηκε από τη μισαλλοδοξία στην γκιλοτίνα, παρ' όλο που είχε εισαγάγει πολλές καινοτόμες αναμορφώσεις, όπως η καθιέρωση του μετρικού συστήματος. Η εκτέλεση του λαμπρού επιστήμονα από τους προοδευτικούς επαναστάτες, ενώ αναμφισβήτητα έγινε, σχεδόν ποτέ δεν αναφέρεται. Αντιθέτως, αναφέρεται συχνά η καύση επί της πυράς του Γαλιλαίου με εντολή της Ιεράς Εξετάσεως, που αναμφισβήτητα ποτέ δεν έγινε! Η ίδια εξ' άλλου, η γκιλοτίνα βαπτίσθηκε έτσι σαν εφεύρεση του γιατρού Joseph-Ignace Guillotin. Στην πραγματικότητα ο εφευρέτης ήταν ο Antoine Louis. Ο Guillotin, είχε προτείνει απλώς τη δημιουργία μιας μηχανής για ανώδυνο αποκεφαλισμό, όταν ήταν μέλος της Συντακτικής Εθνοσυνέλευσης υπό την προεδρία του Λουδοβίκου XVI<sup>15</sup>. Ο ίδιος εξ' άλλου ο βασιλιάς τον διόρισε μαζί με τον Βενιαμίν Φραγκλίνιο μέλος της επιτροπής που

θα απεφαινέτο για την αξία του μεσημερισμού. Αργότερα, παρ' ολίγο να εκτελεσθεί ο ίδιος στην γκιλοτίνα. Τελικά, διέφυγε την ποινή και πρωτοστάτησε αργότερα στην ίδρυση της Ιατρικής Ακαδημίας. Όταν οι γιατροί αναμιγνύονται με την πολιτική μπορεί να τους συμβούν πολλά και δυσάρεστα, όπως θα αναφερθεί και σε άλλες περιπτώσεις στο άρθρο.

## Αγγλία

Μια συνοπτική εικόνα των βασιλικών ιατρών στην Αγγλία κατά την υπό εξέταση περίοδο δίνει το βιβλίο της Elizabeth Lane Furdell, *The Royal Doctors 1485-1714: Medical Personnel at the Tudor και Stuart Courts*. Έχοντας η ίδια επίγνωση πως το θέμα της έρχεται σε αντίθεση με τη σύγχρονη τάση της βιβλιογραφίας να ασχολείται με το πολιτικώς ορθόν όπως με τους γιατρούς των κοινών θνητών και με τους ασθενείς τους, προχωρά σε λεπτομερή ανάλυση των ιατρικών και πολιτικών πράξεων των ιατρών της Αυλής από την εποχή του Ερρίκου Ζ' μέχρι της Βασίλισσας Άννας. Σε γενικές γραμμές, οι ιατροί επελέγοντο φυσικά από τους σπουδαιότερους της χώρας, όπως π.χ. ο William Harvey. Εν τούτοις, προσωπικές προτιμήσεις έπαιζαν σημαντικό ρόλο και έτσι παράλληλα με τους λαμπρούς επιστήμονες παρείχαν τις υπηρεσίες του στη Βασιλική Οικογένεια εμπειρικοί γιατροί, προφήτες και τσαρλατάνοι. Παρόμοια παραδείγματα αφθονούν και στις μέρες μας, όπως κατά την τελική ασθένεια σημαίνοντος Έλληνα πρωθυπουργού. Οι γιατροί στο παλάτι του Λονδίνου, πέραν από τα κλινικά τους καθήκοντα προωθούσαν και τα προσωπικά του ενδιαφέροντα αλλά και γενικότερα της τάξης τους. Έτσι, εκμεταλλευόμενοι τη θέση τους δίπλα στον Ερρίκο Η' προκάλεσαν Βασιλικό Διάταγμα για την ίδρυση του Royal College of Physicians και της Barber-Surgeons Company. Ήταν λογικό να αποκτούν επιρροή στον ανώτατο άρχοντα όταν διεχειρίζοντο λεπτές ιατρο-κρατικές υποθέσεις, όπως τη νομιμότητα του νεογέννητου υιού του Ιακώβου Β' ή την υποτιθέμενη ανικανότητα του Ερρίκου Η' κατά τη συζήτηση του διαζυγίου του από την Anne of Cleves. Εκεί ο βασιλικός ιατρός Butts "απέδειξε" πως ο βασιλιάς ήταν σεξουαλικά ενεργός αφού είχε νυκτερινές ρεύσεις! Τέτοιες προσωπικές εξυπηρετήσεις του εξασφάλιζαν εκτός από υψηλότατους μισθούς και το δικαίωμα να φορά πράσινη πολυτελή ενδυμασία<sup>16</sup>. Βέβαια, όλα δεν ήταν ρόδινα για τους βασιλικούς ιατρούς στην Αγγλία. Η πιο τραγική περίπτωση είναι του Πορτογάλου ιατρού του 16<sup>ου</sup> αιώνα Rodrigo Lopez. Μετά την καταστροφή της Μεγάλης Αρμάδας της Ισπανίας από το Φράνσις Ντρέηκ, πολλοί Πορτογάλοι κατέφυγαν στην Αγγλία ως υποστηρικτές του επίδοξου διάδοχου του Πορτογαλικού Θρόνου Don Antonio. Η πιθανότητα να επιτύχει τους σκοπούς του ήταν ελάχιστη, αλλά η κυβέρνηση της Ελισάβετ Α', τον φιλοξενούσε στην Αγγλία ως μελλοντικό αντίπαλο του Βασιλιά της Ισπανίας Φιλίππου. Μεταξύ των Πορτογάλων που έμεναν στο Λονδίνο ήταν και ο Rodrigo Lopez. Πορτογαλο-εβραίος, είχε εγκαταλείψει τη χώρα του λόγω της Ιεράς Εξετάσεως. Σιγά-σιγά, απέκτησε φήμη εξαιρετικού γιατρού, πλούτο και κοινωνική καταξίωση, ενώ μετεστράφη στο Χριστιανισμό. Έφθασε στο απόγειο της δόξας του όταν το 1586 έγινε προσωπικός ιατρός της Βασίλισσας. Τίποτε πλέον δεν τον απειλούσε. Όμως η ζωή στην Αυλή ήταν γεμάτη πλεκτάνες και συνωμοσίες. Για δικούς του λόγους, ο Robert Devereux, 2nd Earl of Essex, τον κατηγορήσε πως σε συνεννόηση με το Φίλιππο της Ισπανίας σχεδίαζε να δηλητηριάσει τη Βασίλισσα. Ο γιατρός συνελήφθη και μετά από πολλές πιέσεις αναγκάστηκε να "ομολογήσει". Η Ελισάβετ δεν επείσθη για την ειλικρίνεια της ομολογίας και για μήνες αρνιόταν να υπογράψει την εκτέλεσή του. Τελικά εκάμφθη και ο



Lopez στις 7 Ιουνίου 1594 απαγχονίσθηκε, επνίγη και κατόπιν το σώμα του διαμελίσθηκε στα τέσσερα πριν παραδοθεί στον όχλο. Οι βασιλικοί γιατροί ενίοτε καταστρέφονται<sup>17</sup>.

Πριν προχωρήσουμε στην εξέταση της σχέσης ιατρών και πολιτικής και σε άλλες χώρες, είναι σκόπιμο να εξετασθεί από την αντίπερα όχθη, δηλαδή η σχέση των βασιλέων με την ιατρική στις δύο χώρες που έχουμε εξετάσει, δηλαδή τη Γαλλία και την Αγγλία. Θα εξετασθεί πιο συγκεκριμένα η παροχή θεραπείας κατευθείαν από το μονάρχη στον άρρωστο υπήκοο. Ήδη, περιγράφοντας τις θαυματουργικές θεραπείες του Βεσπασιανού κατά την περίοδο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, αναδείχθηκε ο ρόλος των μοναρχών ως νεο-σαμανιστών. Δηλαδή, πολιτικο-μαγικών ατόμων που θεραπεύουν μυστικιστικά. Η πρακτική είχε ευρεία εφαρμογή από τους βασιλείς της Γαλλίας και της Αγγλίας. Ονομάστηκε Royal Touch, ο έστι μεθερμηνευόμενον “βασιλικό άγγιγμα” και αφορούσε αποκλειστικά τη θεραπεία της φυματιώδους αυχενικής λεμφαδενίτιδος που απεκλήθη και “The King’s evil”. Ο μονάρχης, άγγιζε τον ασθενή από τη νόσο και σε ανάμνηση του έδινε ένα χρυσό νόμισμα. Υποτίθεται πως μετά τη μυστικιστική αυτή τελετουργία η νόσος εθεραπεύετο. Το έθιμο ήταν εν ισχύ όταν ο James I ενθρονίσθηκε το 1601 και το επίσημο Βιβλίο Προσευχών της Αγγλικανικής Εκκλησίας περιείχε και την αντίστοιχη προσευχή. Ο Γεώργιος Α΄ κατήγγησε το έθιμο στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα γιατί το θεώρησε πολύ “Καθολικό”. Στη Γαλλία επίσης την ίδια εποχή καταργήθηκε από το Λουδοβίκο XV<sup>18-20</sup>. Δεν θα πρέπει να προκαλούν ειρωνικά σχόλια παρόμοιες δοξασίες. Στην τόσο επιστημονοκρατούμενη εποχή μας ο νεο-σαμανισμός ακμάζει. Στηρίζεται σε ένα σύμπλεγμα παραγόντων, όπως η απόρριψη των παραδοσιακών θρησκειών και κυρίως του Χριστιανισμού, την αναβίωση πραγματικών ή υποθετικών παγανιστικών λατρειών, την αγιοποίηση πρακτικών αυτοχθόνων πληθυσμών, όπως π.χ. στο Μεξικό, το Περού και τη Βόρειο Αμερική, αλλά και την αμφισβήτηση της επιστήμης γενικότερα. Υποτίθεται πως κινητοποιούν τις εσωτερικές δυνάμεις του ατόμου. Και πάλι παρατηρούμε τη σχέση θεραπείας και ατόμων με ισχύ (πνευματική, απόκρυφη, ιδεολογική)<sup>21</sup>.

### **Ισπανία**

Το στέμμα στην Ισπανία προσπάθησε να καθορίζει όλα τα θέματα που αφορούσαν την κοινωνία και φυσικά τα θέματα υγείας. Ο βασιλιάς, περιστοιχίζετο από τους αυλικούς γιατρούς που ήσαν οι καλλίτεροι της χώρας. Μεταξύ αυτών εκλέγετο ο “Αρχίατρος” (Protomedico) που είχε απεριόριστες δυνατότητες στη νομοθεσία της ίδρυσης νοσοκομείων, εξετάσεων για άδεια ιατρικού επαγγέλματος, θέματα υγιεινής και πρόνοιας του πληθυσμού και ο,τιδήποτε αφορούσε την υγεία. Με τέτοιες εξουσίες η θέση του ήταν ισχυρότατη αλλά και οι υπόλοιποι αυλικοί γιατροί είχαν σημαντική δύναμη. Διάσημοι Ισπανοί Βασιλικοί ιατροί ήσαν στα τέλη του 16<sup>ου</sup> αιώνα οι Luis Mercado, Cristóbal Pérez de Herrera, και Olivares. Εξασκώντας την επιρροή τους στο βασιλιά προώθησαν τη συγγραφή νέων ιατρικών βιβλίων, μηχανημάτων, φαρμάκων αλλά κυρίως εντόπισαν ως αίτιο νοσηρότητας στη Μαδρίτη την πενία και εξαθλίωση του πληθυσμού και συνέτειναν να ληφθούν βελτιωτικά μέτρα. Όπως ελέχθη “*Θεράπευαν όχι μόνο την υγεία του Βασιλέως αλλά και του Βασιλείου*”<sup>22</sup>.

### **Πορτογαλία**

Παρουσιάζεται μόνο μια απρόσμενη συμμετοχή των ιατρών της Πορτογαλίας στους

εξουσιαστικούς κύκλους της Χώρας. Συγκεκριμένα, στην Ιερά Εξέταση. Το κυνήγι των μαγισσών στην Πορτογαλία έφθασε στην ακμή του από το 1715 έως το 1755. Οι “μάγισσες” εκτός των άλλων εξασκούσαν και ένα είδος λαϊκής ιατρικής, σεβαστό για αιώνες. Οι ιατροί της χώρας, που σε μεγάλους αριθμούς ήταν διορισμένοι υπάλληλοι του κράτους και της Ιεράς Εξετάσεως, θεωρούσαν τις γυναίκες αυτές αντιπάλους τους προσωπικές αλλά και πρωταγωνίστριες της αντίστασης των προλήψεων απέναντι στην “επιστημονική” ιατρική. Έτσι, χρησιμοποιούσαν τις σχέσεις τους με το Ιερό Γραφείο για να ξεκινούν δίκες των θεωρουμένων ως αντιπάλων τους. Τελικά, στην περίπτωση αυτή η Ιερά Εξέταση ήταν με την πλευρά της προόδου και οι αντίπαλοι της με την οπισθοδρόμηση<sup>23</sup>.

### **Ιταλία**

Μικρή αναφορά γίνεται στους ιατρούς των ευγενών της Ιταλίας. Περιοριζόμαστε μόνο στα δεδομένα από τις Αυλές των Βισκόντι στο Μιλάνο και των Αραγωνικών στη Σικελία. Η θέση τους ως προσωπικοί ιατροί του άρχοντα τους εξασφάλιζε μισθούς, αξιώματα και δόξα πολύ μεγαλύτερα από τους καθηγητές των Πανεπιστημίων. Συχνά, ανεμιγνύοντο στην πολιτική αλλά και η πολιτική στην ανάδειξή τους. Χαρακτηριστική περίπτωση του Ruggero de Camma που εκλέχθηκε αρχίατρος από τον Αραγωνικό Βασιλέα Martino II για πολιτικούς λόγους<sup>24</sup>.

### **Δανία**

Ο Κόμης Johann Friedrich Struensee (5 Αυγούστου 1737 – 28 Απριλίου 1772) γεννήθηκε στη Γερμανία. Υιός Λουθηρανού Πάστορα, εσπούδασε ιατρική, εκγωλιπίσθηκε ενθουσιωδώς τις ιδέες του Διαφωτισμού και έγινε άθεος<sup>25</sup>. Μετά από πολύπλοκες διαδρομές, έγινε προσωπικός ιατρός του ημιπαράφρονα Βασιλέα της Δανίας Χριστιανού Ζ΄. Με προσεκτικές κινήσεις ανέβαινε διαρκώς στην κλίμακα της αυλικής ιεραρχίας και τελικά κατάφερε να γίνει αντιβασιλέας. Προσπάθησε να εισαγάγει στη Δανία μεγάλες μεταρρυθμίσεις (ένας άλλος Γερμανός αναμορφωτής) που η κάθε μία τους ήταν σωστή. Αναφέρονται: η κατάργηση των βασανιστηρίων, της εργασίας των σκλάβων, της λογοκρισίας του τύπου, της ευνοιοκρατίας των ευγενών, της εθιμοτυπίας στη Βασιλική Αυλή, της κατάργησης των επιδοτήσεων σε ζημιογόνες επιχειρήσεις, κατάργηση πολλών αργιών, φορολογία στα τυχερά παιχνίδια και πολυτελείς άμαξες, ποινικοποίηση της δωροδοκίας, αναμόρφωση της Δικαιοσύνης, διαμοίραση των κρατικών γαιών σε αγρότες, αναδιοργάνωση των ενόπλων δυνάμεων<sup>26</sup>. Δηλαδή, όλα όσα προτείνουν ανά τους αιώνες οι Γερμανοί αναμορφωτές. Παρ’ όλη την ορθότητα μερικών από τα μέτρα αυτά, η αιφνίδια εφαρμογή τους δημιούργησε σοκ στην κοινωνία. Επιπλέον, η αλαζονεία του, που έφθασε μέχρι του σημείου να γίνει εραστής της Βασίλισσας Καρολίνας-Ματθίλδης και να αποκτήσουν θυγατέρα εξήγειρε τους πάντες εναντίον του. Συνελήφθη, κατεδικάστη, απεκόπη το δεξί του χέρι, αποκεφαλίσθη, επνίγη, διεμοιράσθη στα τέσσερα και το κατακρεουργημένο σώμα εδόθη στον όχλο. Άλλος ένας γιατρός οραματιστής δεν μπόρεσε να οραματισθεί το μέλλον του.

### **Ρωσία**

Η αχανής Ευρωασιατική χώρα παρέμεινε για μεγάλο διάστημα στην οπισθοφυλακή

των επιστημών στην Ευρώπη. Η Τσαρική εξουσία προσπάθησε έντονα να προωθήσει την εξέλιξη με κυρίους πρωταγωνιστές τον Μεγάλο Πέτρο και τη Μεγάλη Αικατερίνη. Για το σκοπό αυτό προσκαλούσαν φιλοσόφους, επιστήμονες, καλλιτέχνες από τη Δύση. Φυσικά και ιατρούς που εκτός από τις ιατρικές του υπηρεσίες διαμόρφωναν και την πολιτική υγείας της χώρας. Παρουσιάζονται μερικοί από αυτούς. Ο Antonio Ribeiro Sanches, ήταν Πορτογάλος ιατρός του 16<sup>ου</sup> αιώνα<sup>27</sup>. Σπούδασε στη Σαλαμάνκα, αλλά διέφυγε από την Ιερά Εξέταση και μετά από περιπέτειες κατέληξε στο University of Leuden και έγινε μαθητής του Boerhaave. Ο τελευταίος, τον σύστησε στην Τσαρίνα Anna Ivanovna της Ρωσίας. Η σταδιοδρομία του στη Ρωσία ήταν ραγδαία. Έγινε Μέλος της Αυτοκρατορικής Ακαδημίας των Επιστημών, Εξεταστής των Ιατρών και Αυτοκρατορικός Ιατρός των Anna Ivanovna, Anna Leopoldovna, Elizabeth Petrovna και της Catherine II, οπότε και έγινε Σύμβουλος Επικρατείας. Αφιέρωσε τον ελεύθερο χρόνο του στη συγγραφή πάμπολλων ιατρικών εργασιών, στη συλλογή ορυκτών και στη διαφήμιση στην Ευρώπη των Ρωσικών Ιαματικών Λουτρών<sup>28</sup>. Αιφνιδίως διετάχθη να εγκαταλείψει τη Ρωσία (ίσως επειδή ήταν Εβραίος) και εγκαταστάθηκε στο Παρίσι. Εκεί έγινε ο γιατρός των φτωχών, αφιερώνοντάς τους το χρόνο του και την περιουσία του<sup>29</sup>.

Κατά το 18<sup>ο</sup> αιώνα πολλοί Σκοτσέζοι χαμηλής κοινωνικής καταγωγής παρέμειναν στη Ρωσία όπου εξελίχθηκαν σε αυτοκρατορικούς γιατρούς, βοηθώντας στη βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών στη χώρα. Θα παρουσιαστούν τρεις από αυτούς.

α) Dr John Rogerson (1741–1823). Έφθασε στη Ρωσία μετά από αγγελίες της Μεγάλης Αικατερίνης σε εφημερίδες με τις οποίες ζητούσε έμπειρους ιατρούς. Το 1769 ανεδείχθη γιατρός της Αυλής και το 1777 προσωπικά της Αυτοκράτειρας και αργότερα Προσωπικός Σύμβουλος. Αν και η Αικατερίνη τον εμπιστευόταν, πολλοί τον θεωρούσαν σαν θανατηφόρο γιατρό λόγω της επιμονής του στην αφαίρεση αίματος για κάθε νόσο. Έγινε έμπιστος και του επόμενου Τσάρου Παύλου και η επιρροή του διαρκώς μεγάλωνε. Τελικά, σε ηλικία 75 ετών επέστρεψε στη Σκωτία.

β) Thomas, 1st Baron Dimsdale (1712–1800). Έγινε γνωστός από τις εργασίες του για ενοφθαλισμό εναντίον της ευλογιάς. Όταν έφθασε στην Αγία Πετρούπολη εμβολίασε την Αυτοκράτειρα και το μετέπειτα Αυτοκράτορα. Συνολικά περίπου 200 ευγενείς εμβολιάστηκαν και ο πληθυσμός ακολούθησε. Η Αικατερίνη ευγνωμονούσα ίδρυσε ειδικούς σταθμούς εμβολιασμών που διηύθυνε ο Dimsdale. Απέκτησε μεγάλη περιουσία, ακόμα και ιδιωτικό νησί.

γ) Dr(?) James Mounsey (1710–73). Αν και δεν είναι βέβαιο πως απέκτησε ποτέ πτυχίο ιατρικής, κατάφερε να εξελιχθεί από πρακτικός γιατρός στο Ρωσικό στρατό σε προσωπικό ιατρό της Αυτοκράτειρας Ελισάβετ. Σώζονται οι αναφορές του στην υπερβολική παχυσαρκία της, στη δύσπνοια, στην υπέρτασή της και στο θάνατό της από εγκεφαλικό επεισόδιο. Ψευδώς αναφέρει μεγαλειώδεις ρωσικούς τίτλους στο βιογραφικό του που υπέβαλε για να γίνει μέλος – και το κατόρθωσε – της Royal Society of Medicine του Λονδίνου<sup>30</sup>.

## **Βατικανό**

Κέντρο μέγιστης πολιτικής εξουσίας στην Ευρώπη ήταν για αιώνες το Βατικανό. Οι Πάπες, παρά τη θρυλούμενη αντίθεση της Καθολικής Εκκλησίας στην επιστήμη, διάλεγαν για γιατρούς τους πλέον προοδευτικούς επιστήμονες της εποχής. Η ωφέλεια ήταν

αμφίδρομη, αφού και οι Ποντίφικες είχαν άριστη παρακολούθηση, αλλά και οι γιατροί τους αποκτούσαν τα μέσα να αναδείξουν τα πανεπιστήμια στα οποία εδίδασκαν αλλά και να προάγουν γενικότερα την ιατρική. Ο κατάλογος των ιατρών στην Έδρα της Εκκλησίας είναι μακρύς αλλά επί τροχάδην θα αναφερθούν οι σπουδαιότεροι.

Ο Πέτρος ο Ισπανικός θεωρείτο ο σημαντικότερος θετικός επιστήμονας της εποχής του με μνημειώδη έργα για την οφθαλμολογία. Έγινε ο ίδιος Πάπας (1276-1277), με το όνομα Ιωάννης XXI. Ο επόμενος επιφανής ιατρός του Πάπα ήταν ο Simon Januensis, ο οποίος μεταξύ άλλων καθόρισε τις θεραπευτικές, έναντι των τοξικών δόσεων του οπίου και καθιέρωσε το σύγγραμμα του Synonyma Medicine. Ο Πατέρας της Νεώτερης Χειρουργικής Guy de Chauliac, έγινε προσωπικός ιατρός του Ουρβανού του ΣΤ΄. Μέσω αυτού κατόρθωσε να ιδρυθεί το Κολλέγιο των Δώδεκα Ιατρών στο Μονπελιέ. Ο Cecco di Ascolo, είναι μια ακόμη τραγική περίπτωση προσωπικού ιατρού των αρχόντων. Αρχικά, διέπρεψε ως ιατρός του Πάπα Ιωάννη του XII. Εξελίχθηκε σε Καθηγητή της Αστρολογίας στο Πανεπιστήμιο Bologna, ενεπλάκη σε προσωπικές και επιστημονικές αντιθέσεις με συναδέλφους του τελικά εθανατώθη επί της πυράς, *Sic Transit Gloria mundi!* (Ούτως παρέρχεται η δόξα του κόσμου τούτου!).

Εν τω μεταξύ ιδρύεται η Παπική Ιατρική Σχολή. Προσέλκυσε τους μεγαλύτερους ανατόμους της εποχής, οι περισσότεροι των οποίων έγιναν και Παπικοί ιατροί. Αναφέρονται μόνο τα σχεδόν μυθικά ονόματα των Malpighi (Μαλπιγγιανά σωματία), Borelli (εισήγαγε τη Φυσική στη διδασκαλία της Ιατρικής) και Morgagni (καθιερωτού της νεκροτομής). Ο τελευταίος, ήταν πιστός Καθολικός (αν και νεκροτόμος) και από τα δέκα παιδιά του οι οκτώ θυγατέρες έγιναν μοναχές και ένας υιός Ιησουίτης. Μετά τον Μοργκάνι ξεσπά η Γαλλική Επανάσταση. Ο Πάπας, χάνει μεγάλο μέρος της κοσμικής εξουσίας του αλλά και των οικονομικών πόρων, και η Παπική Ιατρική Σχολή παρακμάζει. Έκτοτε, τον Ποντίφικα παρακολουθούν διαπρεπείς γιατροί αλλά όχι πλέον οι πρωτοπόροι ερευνητές<sup>31</sup>.

### **Οθωμανική Αυτοκρατορία**

Μέχρι το 19<sup>ο</sup> αιώνα η Ισλαμική θρησκεία αποθάρρυνε τους πιστούς της να σπουδάζουν ιατρική. Κατά συνέπεια, οι περισσότεροι διάσημοι ιατροί της προηγούμενης περιόδου ήταν Χριστιανοί, ή Εβραίοι. Από τους υπηκόους του Σουλτάνου οι Έλληνες πρωτοστατούσαν στη σπουδή της ιατρικής. Οι λόγοι ήσαν πολλοί. Η ιατρική, εξασφάλιζε κοινωνική άνοδο, χρήμα, ελευθερία κινήσεων και, συνήθως, μια πλούσια ύψη. Έλληνες από τις περιοχές εκτός της Οθωμανικής Αυτοκρατορίας, κυρίως τα Επτάνησα, σπούδαζαν σωρηδόν στα Ιταλικά κυρίως Πανεπιστήμια. Επιστρέφοντας πίσω κατελάμβαναν θέσεις εμπιστοσύνης κοντά στην εξουσία. Διότι όπως μας λέει και ο Αδαμάντιος Κοραΐς, «*το θηριώδες έθνος εις μόνους τους Ιατρούς αναγκάζεται να υποκρίνεται κάποια ημερότητα*»<sup>32</sup>. Η κρίση αυτή είναι υπερβολικά δυσμενής για τη Σουλτανική Εξουσία, αλλά ενέχει στοιχεία αληθείας. Η αθρόα όμως είσοδος των Ελλήνων γιατρών στο Παλάτι άρχισε μετά την περίοδο που εξετάζουμε, όταν στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο Σουλτάνος Σαλίμ III, ακολουθώντας εισήγηση του Έλληνα Φαναριώτη Πρίγκιπα Δημήτριου Μουρούζη αποφάσισε να ιδρύσει σύγχρονη Ιατρική Σχολή. Η προσπάθεια ολοκληρώθηκε αργότερα υπό τον Μαχμούτ II. Έτσι, Έλληνες γιατροί εισήλθαν στην υπηρεσία της εξουσίας την προηγούμενη περίοδο σε περιοχές που δεν εξαρτώντο αμέσως από τον Σουλτάνο. Κυρίως στις Παραδουνάβιες Ηγεμονίες. Εκεί οι Φαναριώτες Ηγεμόνες δημιούργησαν αυτό που απεκλήθη «Πρώιμος

Διαφωτισμός των Βαλκανίων” με αποτέλεσμα ο Homo Balcanicus να γίνει πλέον κοσμοπολίτης. Ο πρώτος Ηγεμόνας της Μολδαβίας ο Πρίγκιπας Νικόλαος Μαυροκορδάτος ήταν γιατρός ο ίδιος, γιός του επίσης ιατρού Αλέξανδρου Μαυροκορδάτου (1641-1709), του «έξ άπορρήτων τῆς κραταιᾶς βασιλείας τῶν Ὁθωμανῶν», ιδρυτή της μεγαλύτερης φαναριώτικης δυναστείας. Πριν μπει στην υπηρεσία του Σουλτάνου είχε σπουδάσει φιλοσοφία και ιατρική στην Πάδοβα και είχε υπηρετήσει ως σχολάρχης της Πατριαρχικής Ακαδημίας. Το μεγάλο του διπλωματικό επίτευγμα ήταν η διαπραγμάτευση της συνθήκης του Κάρλοβιτς το 1699. Ο γιός του Νικόλαος, ο Ηγεμόνας της Μολδαβίας, διέθετε την πλουσιότερη ιατρική βιβλιοθήκη της Ανατολής και η σύζυγός του Πουλχερία προηγήθηκε της Lady Montague στον ενοφθαλμισμό των τέκνων της για πρόληψη της ευλογιάς. Ο Έλληνας γιατρός Εμμανουήλ Τιμόνης, από τη Χίο, προσωπικός ιατρός της πριγκιπικής οικογένειας Γκίκα, είχε πολλές δημοσιεύσεις για τον ενοφθαλμισμό. Για το ίδιο θέμα δημοσίευσε συχνά και ο άλλος Έλληνας αυλικός γιατρός, ο Ιάκωβος Πυλαρινός από την Κεφαλλονιά. Με την ιδιότητα του αυλικού ταξίδευε συχνά και έγινε προσωπικός ιατρός του Τσάρου Μεγάλου Πέτρου, του Πρίγκιπα της Βλαχίας Σέρμπαν Καντακουζηνού και της πριγκιπικής οικογένειας Constantin Brâncoveanu. Από το 1694 έως το 1708 τοποθετήθηκε ως πρόξενος της Βενετίας στη Σμύρνη<sup>33</sup>.

## Ελλάδα

Στην υπόδουλη Ελλάδα οι γιατροί έχοντας σπουδάσει στην Εσπερία, προετοιμάζουν την αφύπνιση του Γένους, καθίστανται και «κήρυκες του υπέρ της πατρίδος και της παιδείας έρωτος και έκαστος οίκου», όπως γράφει ο Ιάκωβος Ρίζος Νερουλόσ, «εχρησίμειυε αυτοίς ως καθηγητική έδρα και εκάστη οικογένεια ως ακροατήριον»<sup>34</sup>. Ο πρωτεργάτης της αφύπνισης αυτής, ο Αδαμάντιος Κοραής είναι ο ίδιος γιατρός.

Ο Παναγιώτης Γιατράκος, είχε σπουδάσει για βραχύ χρονικό διάστημα Ιατρική στην Ιταλία. Ήταν μέλος της Φιλικής Εταιρείας. Πριν από την έναρξη του αγώνα ίδρυσε, όπως αναφέραμε ήδη, Ιατροχειρουργικό Σχολείο στο Μυστρά όπου μαθήτευσαν πολλοί εμπειρικοί γιατροί του αγώνα αλλά και οι πέντε αδελφοί του, διάσημοι και αυτοί εμπειρικοί γιατροί και πολεμιστές. Εκ τούτων, ο Νικόλαος Γιατράκος, κατά τα αρχικά στάδια του αγώνα συμμετείχε κυρίως ως γιατρός και στα μεταγενέστερα ως πολεμιστής. Όλοι αυτοί οι γιατροί, με το επαναστατικό τους πνεύμα, ουσιαστικά περιβάλλουν τη μελλοντική πολιτική εξουσία. Και δεν είναι συμπτωματικό πως και οι τρεις μεγάλοι πολιτικοί αντίπαλοι αμέσως μετά την Επανάσταση είναι επίσης γιατροί. Ο Ιωάννης Καποδίστριας, ο Αλέξανδρος Μαυροκορδάτος και ο Ιωάννης Κωλέτης.

Συμπερασματικά, το άρθρο δεν παρουσιάζει ολοκληρωμένη την ιστορική σχέση ιατρών και πολιτικής από την Αναγέννηση μέχρι το 19<sup>ο</sup> αιώνα. Μερικές χαρακτηριστικές περιπτώσεις παρουσιάζει, ένα είδος μικρο-ιστορίας. Όμως, τεκμηριώνεται πιστεύουμε, η άποψη πως οι διάσημοι γιατροί της εποχής διέπρεψαν και στην καθαρή επιστήμη και στην άνοδο της ιατρικής γενικότερα. Τις περισσότερες φορές είχαν και μεγάλα προσωπικά οφέλη λόγω της σχέσης τους με τους ηγεμόνες, αλλά ενίοτε, όταν δεν διέβλεπαν εγκαίρως τον κίνδυνο, κατεστράφησαν είτε λόγω της αλαζονείας είτε λόγω φθόνου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hutton R., *Shamans: Siberian Spirituality and the Western Imagination*, Hambledon and London, London and New York, p. 32, 2001
2. Brisson L., V Symposium Platonicum, International Plato Society, Toronto, 19 – 23 8. 1998
3. Forsyth J., *A History of the Peoples of Siberia: Russia's North Asian Colony 1581-1990*, p. 287, 1994
4. Trevor L., *A Healing Touch for Empire: Vespasian's Wonders in Domitianic Rome*, Academia.edu, 1,121
5. Pace T., *What Part of Society Were Doctors in Medieval Times?* eHow.com [http://www.ehow.com/info\\_](http://www.ehow.com/info_)
6. Ruggiero G., *The status of Physicians and Surgeons in Renaissance Venice*, *Jnl of the History of Med. and Allied Sci*, Volume XXXVI, Issue 2, p.p. 168-184
7. Glain S., *Mullahs, Merchants, and Militants: The Economic Collapse of the Arab World*. St. Martin's Griffin, 2005
8. Daynes-Diallo S., *A touch of France: Theory and practice: European Renaissance medicine*, *Medicographia*, vol. 33, no 3, p. 334, 2011
9. Delaunay P., *La vie médicale aux XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles*, p. 274, Genève: Slatkine, 2001
10. Brookliss W.B., *Medical History*, Supplement no. 10, 23-47. *The development of the spa in seventeenth-century France*, 1990
11. From Wikipedia, the free encyclopedia
12. Régnier C., *French diabetics*, *Medicographia*, 31:316-323, 2009
13. Crosland M., *The Officers de Sant of the French Revolution: A Case Study in the Changing Language of Medicine*, *Med Hist*. 2004 April 1; 48(2):229-244.
14. Weiner D.B., *The citizen-patient in revolutionary and imperial Paris*, Johns Hopkins University Press, 1993
15. Dr Guillotin». *Chambers's Edinburgh Journal* (W. Orr) I: 218-221. January – June 1844. Retrieved 2009-12-30
16. Furdell E.L., *The Royal Doctors 1485-1714: Medical Personnel at the Tudor and Stuart Courts*. Rochester, New York, University of Rochester Press, 2001
17. Strachey, L., *Elizabeth and Essex: A Tragic History* Chatto & Windus, - London, 1928
18. Barlow F., "The King's Evil", *The English Historical Review*, 95/374 (January 1980), pp 3-27
19. Bloch M., *The Royal Touch: Sacred Monarchy and Scrofula in England and France*, Routledge & Kegan Paul, London, 1973
20. Porter R., *The Greatest Benefit to Mankind*, London, Harper Collins, 1997
21. Townsend B., *Individualist Religious Movements: Core and Neo-shamanism*. Joan B., *Anthropology of Consciousness*, Volume 15, Issue 1, pages 1-9, March 2004
22. Clouse M., *Medicine, Government and Public Health in Philip II's Spain Shared Interests, Competing Authorities*, *The Medical History in Context*, Ashgate Publishing, Ohio, 2011
23. Walker T., *Doctors, Folk Medicine and the Inquisition: The Repression of Magical Healing in Portugal during the Enlightenment*, Leiden, Brill Academic Publishers, 2005
24. Pesenti T., *Court physicians and universities*. *Med Secoli*. 1997;9(3):391-401.
25. Israel J., *A Revolution of the Mind*, Princeton University Press, p.76, 2010
26. Birkner, "Cramer wird doch noch, wie ich hoffe, ein ordentlicher Mensch werden." Cramer, August von Hennings und die "Plöner Aufklärung", In: Schütt, Rüdiger, Gerhard Kay, p. 271-302, 2002
27. Doria J.L., *Antonio Ribeiro Sanches, A Portuguese doctor in 18th century Europe*, *Vesalius*, VII, 1, 27 -35, 2001
28. *De Cura Variolarum Vaporarii Ope apud Russos* "O Parnykh Rossiskikh Banyakh," St. Petersburg, 1779.
29. Richter, G., *der Medicin in Russland*, vol. iii., passim; *Ruski Arkhiv*, p. 386, 1864

30. Doyle D., Scots doctors and their compatriots in the service of eighteenth-century Czars, *JR Coll Physicians Edinb* 2005; 35: 169–174
31. Papal Physicians, *www. Old and Sold*, Turn of the century wisdom for today, originally published 1911
32. Πουρναρόπουλος Γ., Η Ιατρική του αγώνα. Η συμβολή των Υγειονομικών εις τον αγώνα της Ανεξαρτησίας, Αθήνα 1973, σελ. 11-12.
33. Baran D., Greek physicians and medical emancipation of the Romanian lands, *Bulletin of the Transilvania University of Brasov* Vol. 6 (51) -2009, Series 6: Medical Sciences, Supplement – Proceeding of The IVth Balkan Congress of History of Medicine
34. Riso Neroulo J., *Cours de la Littérature Grecque Moderne*. Geneva 1827, p. 104.

# Η Σχέση Ιατρικής και Πολιτικής 19<sup>ος</sup> - 20<sup>ος</sup> Αιώνας

*Μάνθος Δαρδαμάνης, Ηλίας Παπαδημητρίου*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η προσέγγιση στις σχέσεις της Ιατρικής με την Πολιτική, είναι μαζί προσιτή αλλά και απρόσιτη. Προσιτή μεν, γιατί και ο πιο απλός πολίτης γνωρίζει, επιφανειακά ίσως, τα περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με το θέμα μας. Απρόσιτη δε, γιατί είναι σχεδόν αδύνατη η γνώση σε βάθος των ίδιων προβλημάτων, αφού η ουσία των σχέσεων αυτών δεν είναι δυνατό να διερευνηθεί και να αποδειχθεί.

Στις συζητήσεις των περισσότερων πολιτών, όλοι μιλούν με τρόπο αυθεντικό για όλα, κι οι ελάχιστοι, που γνωρίζουν καλά την προβληματικότητα της σχέσης, σιωπούν εξαιτίας της αδυναμίας τους να γνωρίζουν.

Η Ιατρική δεν είναι μόνο μια ανθρωπιστική επιστήμη. Μπορεί να έχει στόχο τον άνθρωπο, αλλά η παρέμβασή της είναι τέτοια, ώστε να ενδιαφέρεται τόσο για την ψυχική όσο και τη σωματική υγεία του. Ο γιατρός, πρέπει να κάνει ό,τι μπορεί να κρατήσει τον άνθρωπο «όρθιο» με υγεία. Στοχεύει σε έναν άνθρωπο άρτιο, ικανό να σκέφτεται και να εργάζεται για το δικό του καλό και για το καλό των συνανθρώπων του.

Η επιλογή του επαγγέλματος από έναν υποψήφιο γιατρό, δεν είναι εύκολο να διερευνηθεί. Διαλέγει ο υποψήφιος γιατρός την ιατρική, υποθέτω, για την κοινωνική καταξίωση που θα του παρέχει το επάγγελμα του γιατρού, για την οικονομική πληρότητα που θα έχει ασκώντας αυτό το επάγγελμα και τέλος για να ικανοποιήσει προσωπικές φιλοδοξίες.

Η κατάρτιση του μέλλοντα γιατρού στην εξάχρονη εκπαιδευτική θητεία του, είναι ένα αμφίβολο άθλημα. Υπάρχουν φοιτητές που ξέρουν καλά γιατί διάλεξαν αυτό το επάγγελμα κι ότι οφείλουν να πάρουν, κατά τη διάρκεια των σπουδών τις περισσότερες και πιο δόκιμες γνώσεις, έτσι ώστε στο μέλλον να μη ζουν στο περιθώριο. Υπάρχουν κι άλλοι που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, εκβιάζοντας τους καιρούς καταφέρνουν να πάρουν την πιστοποίηση, το πτυχίο ότι «άθλησαν» ευόρκως. Η ζωή δείχνει ότι το πανεπιστήμιο στην Ελλάδα, δεν εκπληρώνει στο ακέραιο τον προορισμό του. Ας μη ρωτήσουμε γιατί.

Κατά την άσκηση του επαγγέλματος, ο γιατρός, μετά την ειδικέυσή του, ρίχνεται πρώτα σε έναν αγώνα επιβίωσης κι ύστερα σε μια προσπάθεια να φανεί χρήσιμος σε εκείνον που πάσχει. Η στόχευση, αργότερα, μόνο στην οικονομική αξία έχει φέρει σε πολύ δύσκολη θέση πολλές φορές τον ίδιο και το επάγγελμα. Χίλια δυο παράπονα καθημερινά, από ανθρώπους της φτώχειας και της αδυναμίας, για γιατρούς που παρα-



μέλησαν ή και εγκληματίησαν σε βάρος δικών τους ασθενών.

Η Ιατρική, πρέπει να υιοθετεί μια ολιστική θεώρηση, αντιμετωπίζοντας τις βιολογικές, τις ψυχικές και τις κοινωνικές διαστάσεις μιας ασθένειας. Ο ιπποκράτειος όρκος συνοψίζει τις βασικές αρχές που καθορίζουν την ιατρική ηθική και πρακτική ανά τους αιώνες. Οι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών γίνονται Ιατροί ορκιζόμενοι σ' αυτόν, ωσάν να ήταν μια μαγική τελετουργία η οποία μεταμορφώνει τη γνώση σε ευθύνη για τη γνώση.

«ΟΡΚΟΝ ΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΝΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΞΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑΥΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ, ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΩ ΠΑΡΑ ΠΑΣΙΝ ΑΝΘΡΩΠΟΙΣ ΕΣ ΤΟΝ ΑΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ, ΠΑΡΑΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΙ ΕΠΙΟΡΚΕΟΝΤΙ, ΤΑΝΑΝΤΙΑ ΤΟΥΤΕΩΝ»

(Αν τον όρκο μου αυτό τηρήσω πιστά και δεν τον αθετήσω, είτε να απολαύσω για πάντα την εκτίμηση όλων των ανθρώπων για τη ζωή μου και για την τέχνη μου, αν όμως παραβώ και αθετήσω τον όρκο μου να υποστώ τα αντίθετα από αυτά).

Μια τέτοια δέσμευση αποτελεί ένα βαρύ φορτίο, καλοδεχούμενο για έναν άνθρωπο που συνειδητοποιεί το μέγεθος της κοινωνικής ευθύνης που αναλαμβάνει.

## Ο ΑΝΘΡΩΠΟΣ ΩΣ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΖΩΟ

Από τη φύση του, ή από ανάγκη ο άνθρωπος συγκρότησε κοινωνίες. Η ύπαρξη κοινωνίας προϋποθέτει αναγκαστικά τη δημιουργία κανόνων για την εύρυθμη λειτουργίας της. Οι κανόνες περιλαμβάνουν συμπεριφορές που είναι απαραίτητες για την κοινή ζωή και αναφέρονται σ' όλες τις πτυχές της. Αυτές οι συμπεριφορές όταν τις αθροίσει κανείς, συνθέτουν αυτό που ονομάζουμε πολιτική.

Η συμμετοχή στην πολιτική ζωή της χώρας, η ανιδιοτελής προσφορά ανά τους αιώνες υποδαυλίστηκε από εμψυχωτικά κείμενα, φλογερά μανιφέστα, ή απλώς νηφάλιες προσεγγίσεις της πραγματικότητας. Ρομαντικοί διανοούμενοι, ηθικοί φιλόσοφοι, οπαδοί του ωφελιμισμού και του πραγματισμού ξόδεψαν φαιά ουσία και μελάνι ξιφουλκώντας με εναργή επιχειρήματα στην προσπάθεια να πείσουν, να διαυγάσουν εκείνη τη σκοτεινή και απόκρυφη πλευρά ενός κόσμου που μένει ερμητικά κλειστός στην ερμηνεία. Και αφού δεν μπορούμε να τον ερμηνεύσουμε, πώς να τον αλλάξουμε; Ίσως όμως δε χρειαζόταν να φτάσει το ανθρώπινο πνεύμα τόσο μακριά και να χαθεί στις λεπτομέρειες. Τι άλλο θα μπορούσε να είναι η πολιτική παρά η αντιμετώπιση των επιμέρους αναγκών του ανθρώπου, μέσα στα πλαίσια της κοινής ζωής;

Κάθε πολιτική πρέπει να είναι μια στόχευση στη θεραπεία των ανθρωπίνων αναγκών και τίποτε άλλο. Οι άνθρωποι που αναλαμβάνουν την τήρηση των κανόνων είναι οι πολιτικοί. Αιρετό ή όχι, οι έχοντες την εξουσιοδότηση για την τήρηση των κανόνων, οι άρχοντες, πρέπει να είναι αφιερωμένοι στο έργο τους, που ρητά αναφέρεται στους ίδιους τους κανόνες. Οι κανόνες ορίζουν πως θα διοικηθεί μια οργανωμένη κοινωνία. Θα διοικήσει ένας κληρονομικά, εκχωρώντας ένα μέρος της εξουσίας του σε άλλους, θα διοικήσουν οι άριστοι από τους πολίτες, ή θα διοικήσουν τέλος εκείνοι, που οι πολίτες θα εκλέξουν για ένα χρονικό διάστημα, είναι κάτι που περιλαμβάνεται στους κανόνες.

Μια πολιτική στράτευση, ίσως τελικά μπορεί να γίνει ακολουθώντας τον ιπποκράτειο δρόμο.

## Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΥΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο George Rosen, στο βιβλίο του *From Medical Police to Social Medicine*, εξετάζει τις ρίζες, αυτό που συνηθίζουμε να αποκαλούμε πολιτική δημόσιας υγείας. Ο δέκατος έκτος και ο δέκατος έβδομος αιώνας έζησαν τη γένεση μιας νέας ανάγκης, μιας ανάγκης που η ικανοποίησή της προϋπόθετε την αδιαχώριστη ανάμιξη πολιτικών και ιατρικών πρακτικών. Ο κυριότερος σκοπός ήταν η ενδυνάμωση της πολιτείας, η μετατροπή του κράτους σε έναν υγιή εύρωστο οργανισμό με αναπτυσσομένη οικονομία και οργανωμένο στρατό. Η πολιτεία, κατανοείται σαν ένα “πολιτικό σώμα” το οποίο για να λειτουργεί ικανοποιητικά, πρέπει η κάθε λειτουργική μονάδα του, το κάθε κύτταρο που το αποτελεί να μην νοσεί, για να συνεργάζεται αρμονικά με τα υπόλοιπα. Υπάρχει μια σταδιακή παρείσδυση της ιατρικής ορολογίας για την κατονομασία μιας εθνικής πολιτικής επιδίωξης. Αυτή η ενδυνάμωση της πολιτείας γίνεται με την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού της. Οι επιστήμονες στρέφονται στη μελέτη της ανατομίας, της φυσιολογίας, της μικροβιολογίας, της κυτταρολογίας με επιδίωξη να καλυτερεύσουν (μέσω της βαθύτερης κατανόησης) την υγεία, με απώτερο σκοπό την αύξηση της επιβίωσης του πληθυσμού, την ευρωστία του, την αποδοτικότητά του.

Η βιολογική επόπτευση αυτού του πολιτικού σώματος επαφίεται σε μία “ιατρική αστυνομία” που κατ’ αναλογία με την αστική αστυνομία, προστατεύει το σύνολο από διαλυτικά φαινόμενα. Αρρώστιες, επιδημίες, κοκ. Η έννοια του πολιτικού σώματος δεν πρωτοσυστάθηκε όμως στη νεότερη εποχή. Στην Πολιτεία ο Πλάτων περιγράφει την ιδανική πολιτεία ως “υγιή”, παρομοιάζοντας τη με έναν υγιή άντρα, ενώ ο Αριστοτέλης στα Πολιτικά του αναφέρεται σε όσους συμμετέχουν στη διακυβέρνηση ως πολιτικό σώμα. Πόλις, υγεία, αρρώστια, σώμα. Το αρχαιοελληνικό πνεύμα συνέδεε Ιατρική και Πολιτική, ενώ το πρόσωπο του καλού κυβερνήτη ήταν σαν ένας καλός γιατρός που ήξερε τι πάει στραβά και πώς να το διορθώσει. Η εννοιολόγηση όμως της ιατρικής αστυνομίας υπαινίσσεται μια σταδιακή αλλά συνάμα ριζοσπαστική αλλαγή σε σχέση με την παραδοσιακή αλληλοσυσχέτιση των ιατρικο-πολιτειακών οριοθετήσεων οι οποίες διέπνεαν τα δημόσια ήθη πριν την εποχή του Διαφωτισμού.

Η καρτεσιανή επιστημολογία έθεσε τον άνθρωπο στο προνομιακό πλαίσιο να αντιμετωπίσει τον κόσμο που τον περιβάλλει ως ένα αντικείμενο προς κατανόηση και χειραγώγηση. Η σταδιακή απομάγευση του κόσμου, η έξωση του Θεού από την ουράνια κατοικία του, έδωσε το απαιτούμενο θράσος και ώθηση στους νέους ενοίκους να στρέψουν το ενδιαφέρον τους και στον άνθρωπο, ως μέρος ενός εξελικτικού σχεδίου, ενός βιολογικού πειράματος εν εξελίξει το οποίο μελετάται, πειθαρχείται, νοθεύεται. Το ιατρικό βλέμμα απλώνεται σε όλη την επιφάνεια του δημόσιου βίου, σύμφωνα με τον Γάλλο φιλόσοφο Μισέλ Φουκώ. Αυτό που ενδιαφέρει πλέον είναι η στατιστική διακύμανση των θανάτων και των γεννήσεων, το προσδόκιμο επιβίωσης, η γονιμότητα και η νοσηρότητα, η συχνότητα συγκεκριμένων ασθενειών, τα μοτίβα διατροφικών συνηθειών και εστίασης. Οι ιατρικοί επιστήμονες συλλέγουν δεδομένα, στατιστικολογούν, προσπαθώντας να ανακαλύψουν τις βαθύτερες αιτίες των όσων παρέμειναν για τους προγόνους τους μυστηριακά καλυμμένα από μια αχλή φόβου και προκατάληψης, να υπολογίσουν τις συνέπειες μιας συμπεριφοράς στην υγεία, να βρουν συσχετίσεις, για να μπορέσουν να ελέγξουν ορθολογικά, να επιβάλλουν την απαγόρευση, να θέσουν τα όρια. Μια κίνηση υπαγορευμένη από το πνεύμα των καιρών, από την επιστημονικότητα

της εποχής, που βλέπει την πολιτική σαν μια μηχανική της εξουσίας με τον ίδιο τρόπο που θεωρεί την ιατρική μια μηχανική του σώματος.

Μια εύρωστη πολιτεία, ένα δυνατό έθνος, χρειάζεται υγιείς πολίτες, μετατρέποντας την ιατρική από τέχνη σε επιστήμη (αφού έμμεσα με όλους αυτούς τους υπολογισμούς και τις ανακαλύψεις εγκαινιάζεται η εποχή που απαιτεί το πείραμα, το εργαστήριο, την αυστηρή απόδειξη) και διαμορφώνοντας μία Ιατρικο-Ηθική ατζέντα η οποία περιλαμβάνει από διατροφικές συνήθειες και άλλες φροντίδες του σώματος μέχρι σεξουαλικές πρακτικές.

## Η ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ RUDOLF VIRCHOW (1821 – 1902)

Ο Γερμανός γιατρός, ανθρωπολόγος, βιολόγος και πολιτικός θεωρείται ο πατέρας της σύγχρονης Παθολογίας ενώ είναι ένας από τους ιδρυτές της κοινωνικής ιατρικής. Η συμβολή του στην πρόοδο της επιστήμης είναι τεράστια, με το πιο γνωστό του επίτευγμα να αποτελεί η κυτταρική του θεωρία, που στηρίχθηκε πάνω στο έργο του Theodor Schwann. Επίσης, θεωρείται ότι ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε λευχαιμικά κύτταρα. Πέρα από την προσφορά του στην κλινικοεργαστηριακή κατανόηση ασθενειών, ο Virchow ήταν ένας παθιασμένος υποστηρικτής της πολιτικής και κοινωνικής αλλαγής.

*“Η Ιατρική είναι μια κοινωνική επιστήμη, και η πολιτική δεν είναι τίποτα περισσότερο από ιατρική εφαρμοσμένη σε μεγαλύτερη κλίμακα. Η Ιατρική, ως κοινωνική επιστήμη, ως επιστήμη των ανθρώπινων όντων, έχει την υποχρέωση να σημειώνει τα προβλήματα που ανακαλύπτει και να επιχειρεί τη θεωρητική τους επίλυση. Ο πολιτικός, ως πρακτικός ανθρωπολόγος, πρέπει να βρει τα μέσα για μια πρακτική λύση. Οι Ιατροί είναι οι φυσικοί δικηγόροι των φτωχών και τα κοινωνικά προβλήματα εμπίπτουν στη δικαιοδοσία τους”.*

Μια τέτοια δήλωση ήταν παιδί ενός πνεύματος εποχής, που μεταμόρφωνε τις κοινωνικές δομές σε τόπο πρόσφορο για τη δράση μιας καλλιεργημένης μερίδας του πληθυσμού που προσεγγίζει ιδεαλιστικά την πραγματικότητα και θέλει να προσφέρει τη σοφία που απέκτησε κατά την άσκηση της ιδιωτικής της τέχνης. Μια τέτοια τέχνη ήταν η Ιατρική.

Ο Virchow, συμμετείχε δυναμικά με το πλευρό των δημοκρατών στη γερμανική επανάσταση του 1848. Νωρίτερα, την ίδια χρονιά, του είχε ζητηθεί από την Πρωσική κυβέρνηση να ερευνήσει το ξέσπασμα επιδημίας τύφου στις πιο φτωχές περιοχές της άνω Σιλεσίας. Η αναφορά του *Report on the Typhus Outbreak of Upper Silesia* (1848), ούσα πολιτικά χρωματισμένη, δηλώνει ότι η επιδημία δεν μπορεί να πολεμηθεί θεραπεύοντας μεμονωμένους ασθενείς με φάρμακα ή κάποια προσαρμογή στις διατροφικές συνήθειες, στην εστιάση ή το ρουχισμό, αλλά μόνο με ριζοσπαστικές κινήσεις που θα προωθήσουν την ταξική προαγωγή όλου του πληθυσμού, κάτι που μπορεί να επιτευχθεί μόνο με πλήρη εκδημοκρατίση, εκπαίδευση, ελευθερία και ευημερία. Η παραπάνω αναφορά και η συνακόλουθη εμπλοκή του στη γερμανική επανάσταση, προκάλεσαν τη δυσμένεια προς το πρόσωπο του (1849).

Παρόλ' αυτά, δέκα χρόνια αργότερα, εκλέγεται δημοτικός σύμβουλος στο Βερολίνο και αρχίζει την καριέρα του ως μεταρρυθμιστής. Το 1862 εκλέγεται ηγέτης του προοδευτικού κόμματος και από το 1880 μέχρι το 1893 είναι μέρος της γερμανικής βουλής (Ράιχσταγκ). Εργάστηκε για την καλύτερευση του συστήματος παροχής υγείας στη πόλη του Βερολίνου, προωθώντας την εκμοντέρνιση του συστήματος αποχέτευσης της πόλης.

Ο Virchow, θεωρείται ο πατέρας της κοινωνικής ιατρικής, εστιάζοντας στο γεγονός ότι μια νόσος δεν είναι ποτέ απολύτως βιολογική αλλά πολύ συχνά συμμετέχουν στη γένεση της κοινωνικοί παράγοντες.

## **ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ**

Πολλοί γιατροί έκτοτε κατέβηκαν στον πολιτικό στίβο, είτε στην κεντρική πολιτική σκηνή είτε σε τοπικό επίπεδο, διεθνώς όσο και στη χώρα μας. Η παρατηρούμενη διεθνώς υψηλή συμμετοχή των γιατρών στην πολιτική υπό οποιαδήποτε έννοια και η ταυτόχρονη ανταπόκριση των κοινωνιών προκαλούν, αν μη τι άλλο, το ερώτημα ποια είναι η κινούσα δύναμη αυτού του φαινομένου; Στη χώρα μας το ποσοστό των γιατρών που συμμετέχουν στην κεντρική πολιτική σκηνή ή στην τοπική αυτοδιοίκηση, αλλά και σε κοινωνικούς φορείς και συλλόγους είναι αρκετά υψηλό συγκρινόμενο με άλλα επαγγέλματα. Ο γιατρός επιθυμεί την κοινωνική δράση – καταξίωση και η κοινωνία του την αναγνωρίζει. Στοιχεία από τη συμμετοχή τους σε μικρούς δήμους και κοινότητες δεν είναι εύκολο να ανευρεθούν, απόρροια της έλλειψης μιας κεντρικής υπηρεσίας πληροφοριών που θα ταξινομεί δεδομένα αυτού του είδους, για να γίνουν προσβάσιμα στους ενδιαφερόμενους. Παρακάτω αναφέρονται ενδεικτικά περιπτώσεις ανθρώπων που πέρα από την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος κάποια στιγμή στη ζωή τους, συμμετείχαν και στη διακυβέρνηση της χώρας τους ή σε διεθνών συμφερόντων πολιτικούς οργανισμούς.

### ***Αδαμάντιος Κοραΐς (1748 – 1833)***

Ο Κοραΐς είναι ένας από τους σημαντικότερους εκπροσώπους του νεοελληνικού διαφωτισμού και μνημονεύεται κυρίως για τις γλωσσικές του απόψεις και την υποστήριξη της καθαρρεύουσας. Καταγόταν από εμπορική οικογένεια της Χίου στην οποία όμως υπήρχε παράδοση ενασχόλησης με τα γράμματα. Φοίτησε στην Ευαγγελική Σχολή της Σμύρνης, για να μεταβεί το 1771 στο Άμστερνταμ, όπου, παράλληλα με τις οικογενειακές επιχειρήσεις και την ενασχόληση με το εμπόριο, θα μπορούσε να διευρύνει τους ορίζοντές του και να αποκτήσει την καλλιέργεια που επιθυμούσε. Η απόπειρά του να ασχοληθεί με το εμπόριο απέτυχε και έτσι το 1777 εγκατέλειψε το Άμστερνταμ και επέστρεψε στη Σμύρνη, απ' όπου έφυγε ξανά το 1782, για ιατρικές σπουδές στο Μονπελιέ της Γαλλίας.

Εκμοντέρνισε τη γλώσσα ενώ μετέφρασε ένα μεγάλο μέρος της ιπποκρατικής γραμματείας. Ένθερμος θιασώτης του Διαφωτισμού και εμπνευσμένος από τη Γαλλική Επανάσταση στήριξε και προώθησε τον αγώνα της ελληνικής ανεξαρτησίας εναντίον της οθωμανικής αυτοκρατορίας.

### ***Ιωάννης Καποδίστριας (1776 – 1831)***

Σπούδασε Ιατρική στο πανεπιστήμιο της Πάντοβα την περίοδο 1795-1797. Μετά το πέρας των σπουδών του επέστρεψε αμέσως στην Κέρκυρα όπου άσκησε το ιατρικό επάγγελμα αφιλοκερδώς. Τον κέρδισε όμως η πολιτική. Διετέλεσε πρώτος κυβερνήτης της Ελλάδας κατά τη μεταβατική περίοδο και ενώ τελούσε υπό την προστασία των Μεγάλων Δυνάμεων και νωρίτερα υπουργός εξωτερικών της Ρωσικής Αυτοκρατορίας. Δολοφονήθηκε από τους πολιτικούς του αντιπάλους στις 27 Σεπτεμβρίου του 1831.

**Ιωάννης Κωλέττης (1773; – 1847)**

Εκ των πρωταγωνιστών της Ελληνικής Επανάστασης του 1821 και πρώτος κοινοβουλευτικός πρωθυπουργός, Σπούδασε Ιατρική στο Παρίσι και διετέλεσε προσωπικός γιατρός του Αλί-Πασά. Ο Ιωάννης Κωλέττης ήταν Έλληνας πολιτικός την εποχή της Επανάστασης του 1821. Υπήρξε ιδρυτής του Κόμματος της Φουστανέλας ή Γαλλικού Κόμματος, όπως επικράτησε να λέγεται. Γεννήθηκε στο χωριό Συρράκο των Ιωαννίνων το 1773.

**Αλέξανδρος Σχινάς (1870 – 1913)**

Ο Αλέξανδρος Σχινάς, αναρχικός αγνώστου πιθανώς καταγωγής καθώς οι πηγές διαφέρουν. Δολοφόνησε στις 18 Μαρτίου 1913 τον βασιλιά Γεώργιο Α' στη Θεσσαλονίκη. Συνελήφθη από τη χωροφυλακή και ανακρίθηκε. Στις 6 Μαΐου, σύμφωνα με την επίσημη εκδοχή, αυτοκτόνησε πηδώντας από το παράθυρο του τμήματος της χωροφυλακής, όπου εκρατείτο. Ήταν φοιτητής της Ιατρικής.

**Jean-Paul Marat (1743 – 1793)**

Ηγετικό στέλεχος της Γαλλικής Επανάστασης, πολιτικός, ιατρός και ριζοσπάτης δημοσιογράφος. Έγινε διάσημος για τις κατηγορίες του εναντίον των εχθρών της επανάστασης/εχθρών του λαού όπως τους αποκαλούσε. Υπήρξε μία από τις πιο ακραίες φωνές της Επανάστασης, υπερασπίζοντας τη βία εναντίον των πολιτικών του αντιπάλων, των μετριοπαθών στοιχείων ή των απλά ουδέτερων. Όλοι οι προαναφερόμενοι συνυπολογίζονταν ως εχθροί της επανάστασης. Ήταν ο πιο ένθερμος υπερασπιστής της γκιλοτίνης. Οι παναθρώπινες αξίες ερμηνεύθηκαν ως καθήκον συμμετοχής στη λαϊκή επανάσταση. Συνδέθηκε ιδεολογικά με το κίνημα των Ιακωβίνων που κατέλαβε την εξουσία τον Ιούνιο του 1793. Δολοφονήθηκε στην μπανιέρα του από την Charlotte Corday, μέλος των Γιρονδίνων.

**Georges Benjamin Clemenceau (1841 – 1929)**

Αποφοίτησε από την ιατρική σχολή στις 13 Μαΐου 1865. Ο Ζωρζ Κλεμενώ ήταν ο πολιτικός που οδήγησε το Γαλλικό έθνος σε νίκη στον Πρώτο Παγκόσμιο πόλεμο. Ήταν ηγέτης του ριζοσπαστικού κόμματος, παίζοντας κεντρικό ρόλο στα πολιτικά πράγματα μετά το 1870. Διετέλεσε πρωθυπουργός της Γαλλίας μεταξύ 1906 και 1909 και μεταξύ 1917 και 1920. Ήταν από τους αρχιτέκτονες της συνθήκης των Βερσαλλιών ενώ κέρδισε το προσωνύμιο “ο Τίγρης” για τη σκληρή στάση που κράτησε απέναντι στη Γερμανία, κερδίζοντας τεράστιες αποζημιώσεις εκ μέρους της ηττημένης πλευράς.

**Louis Auguste Blanqui (1805 – 1881)**

Γάλλος σοσιαλιστής ιατρός και επαναστάτης, θεμελιωτής της πολιτικής θεωρίας που φέρει το όνομα του (μπλανκισμός). Ο μπλανκισμός θεωρεί ότι η επανάσταση πρέπει να οργανωθεί από ένα μικρό γκρουπ εξαιρετικά οργανωμένων συνωμοτών.

Μετά την κατάληψη της εξουσίας τα άτομα αυτά θα πρέπει να κινηθούν προς την κατεύθυνση της εισαγωγής του σοσιαλισμού ή του κομμουνισμού στα πολιτειακά πράγματα.

### **Sun Yat-sen (1866 – 1925)**

Κινέζος επαναστάτης, πρώτος πρόεδρος και ιδρυτής πατέρας της Δημοκρατίας της Κίνας, έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην πτώση της δυναστείας των Qing. Ο Sun πήρε τον τίτλο του ιατρού από την Ιατρική Σχολή του Χονγκ-Κονγκ το 1892.

### **Jose Rizal (1861 – 1896)**

Με ντοκτορά στην ιατρική και τη φιλοσοφία, ο αναγνωρισμένος οφθαλμίατρος, ο συγγραφέας επαναστατικών πολιτικών μανιφέστων, ο κάτοχος πέντε πανεπιστημιακών τίτλων ο πολύγλωσσος διανοούμενος των δεκαεννέα γλωσσών και διαλέκτων, εκτελέστηκε από το αυταρχικό καθεστώς της χώρας του. Έγινε το σύμβολο του λαού των Φιλιππίνων στον αγώνα τους για ανεξαρτησία και δημοκρατία.

### **Salvador Allende (1908 – 1973)**

Πολιτικός και πρώτος μαρξιστής Πρόεδρος της Χιλής την περίοδο 1970-1973. Κατάγονταν από μεγαλοαστική τάξη και σπούδασε ιατρική στο Πανεπιστήμιο του Σαντιάγο από όπου και έλαβε το δίπλωμα το 1932. Ασχολήθηκε έντονα με την πολιτική αναπτύσσοντας μαρξιστική δράση. Εκλέχθηκε πρόεδρος της Χιλής το 1970 με τη βοήθεια του κομμουνιστικού κόμματος και αριστερών δυνάμεων, με μικρή διαφορά από τον δεύτερο υποψήφιο. Στην ομιλία του μετά τη νίκη του, ο Αλιέντε είπε: «Αξιώνουμε να δημιουργήσουμε έναν διαφορετικό κόσμο, να αποδείξουμε ότι μπορούν να γίνουν βαθιές αλλαγές που αποτελούν επανάσταση. Πρέπει να δημιουργήσουμε μια κυβέρνηση δημοκρατική, εθνική, επαναστατική και λαϊκή που θα οδηγήσει στον Σοσιαλισμό».

### **Che Guevara (1928 – 1967)**

Αργεντινός μαρξιστής επαναστάτης ηγέτης, σύμβολο των απανταχού της γης αριστερών. Συμμετείχε στο κίνημα της 26ης Ιουλίου που πέτυχε την ανατροπή του δικτατορικού καθεστώτος του Φουλχένσιο Μπατίστα στην Κούβα, αρχικά προσφέροντας τις ιατρικές γνώσεις του και αργότερα ως διοικητής των ανταρτών, ενώ υπήρξε μέλος της επαναστατικής κουβανικής κυβέρνησης προωθώντας ριζικές μεταρρυθμίσεις. Το 1948 γράφτηκε στην ιατρική σχολή του πανεπιστημίου του Μπουένος Άιρες, όπου ολοκλήρωσε τις σπουδές του το 1953, χωρίς όμως να ακολουθήσει την κλινική πρακτική που απαιτούνταν προκειμένου να είναι σε θέση να εξασκήσει το επάγγελμα του γιατρού. Κατά τη διάρκεια των σπουδών του, στα τέλη του 1950, εξασφάλισε άδεια ώστε να εργαστεί ως νοσοκόμος σε εμπορικά πλοία του αργεντινού στόλου. Τους επόμενους μήνες πραγματοποίησε αρκετά ταξίδια στη νότια και κεντρική Αμερική, στη διάρκεια των οποίων έζησε από κοντά τις κοινωνικές συνθήκες στις λατινοαμερικανικές χώρες. Επηρεασμένος από τις εμπειρίες αυτές, άρχισε να ασχολείται όλο και περισσότερο με τα πολιτικά ζητήματα και τον μαρξισμό.

## **ΑΛΛΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ**

### **Sayyid Ibrahim al-Eshaiker al-Jafari (1947 – )**

Ιρακινός πολιτικός, πρωθυπουργός του Ιράκ στη μεταβατική κυβέρνηση μεταξύ 2005 και 2006 μετά τον δεύτερο Αμερικανο-Ιρακινό πόλεμο.

**Ayad Allawi (1945 – )**

Ιρακινός πολιτικός, προσωρινός πρωθυπουργός του Ιράκ για τη διενέργεια των εκλογών του 2005. Πολιτικός ακτιβιστής, έζησε σε εξορία για περίπου 30 χρόνια. Στη δεκαετία του 1960 σπούδασε ιατρική στη Βαγδάτη.

**Emilio Alvarez Montalván (1919 – )**

Υπουργός εξωτερικών της Νικαράγουα (1996). Το 1946 αποφοίτησε από την ιατρική σχολή του Πανεπιστημίου της. Ειδικεύτηκε στην Οφθαλμολογία στο Μπουένος Άιρες το 1949. Συνέχισε με περαιτέρω σπουδές στο Παρίσι και στη Νέα Υόρκη.

**Dr. Arnulfo Arias Madrid (1901 – 1988)**

Παναμέζος πολιτικός, γιατρός, συγγραφέας και Πρόεδρος του Παναμά τρεις φορές: το 1940-1941, μεταξύ 1949 και 1951 και για δύο εβδομάδες τον Οκτώβριο του 1968. Σπούδασε Ιατρική στο Χάρβαρντ και ειδικεύτηκε στην Ψυχιατρική, στη Μαιευτική και στην Ενδοκρινολογία.

**Verónica Michelle Bachelet Jeria (1951 – )**

Σοσιαλδημοκράτισσα πολιτικός που διετέλεσε Πρόεδρος της Χιλής από τις 11 Μαρτίου 2006 μέχρι τις 11 Μαρτίου του 2010. Υπήρξε η πρώτη γυναίκα Πρόεδρος της Χιλής. Η Bachelet ειδικεύτηκε στην Παιδιατρική και στην Επιδημιολογία.

**Hastings Kmuzu Banda (1898 –1997)**

Πρωθυπουργός, Πρόεδρος και μετέπειτα δικτάτορας της Δημοκρατίας του Μαλάουι από το 1961 μέχρι το 1994.

**Gro Hrllem Brundtland (1939 – )**

Πρώτη γυναίκα πρωθυπουργός της Νορβηγίας και μετέπειτα γενική διευθύντρια του παγκόσμιου οργανισμού υγείας

**Margaret Chan (1947 – )**

Γενική διευθύντρια του WHO (από το 2006) και πρώην υπουργός υγείας του Χόνγκ Κόνγκ (1994-2003).

**Francois Duvalier (1907 – 1971)**

Δικτάτορας της Αϊτής (1957-1971). Ο Duvalier κέρδισε αναγνώριση προσπαθώντας να αντιμετωπίσει ασθένειες που έπλητταν τη χώρα του, όπως ο τύφος, η ελονοσία και μια σειρά άλλων τροπικών νοσημάτων (για τον λόγο αυτό του δόθηκε το προσωνύμιο “Para Doc”). Αποφοίτησε από το Πανεπιστήμιο της Αιτής με το πτυχίο του ιατρού 1934. Μετεκπαιδεύτηκε στο Μίσιγκαν των ΗΠΑ το 1943 σε θέματα δημόσιας υγείας.

**Antonio Palocci Filho (1960 – )**

Βραζιλιάνος πολιτικός, υπουργός οικονομικών μεταξύ 2003 και 2006 στην κυβέρνηση του Luiz Inácio Lula da Silva και ιατρός.

### **George Habash (1926 – 2008)**

Γνωστός και ως “al-Hakim”, που στα αραβικά μεταφράζεται ως “ο σοφός ή ο γιατρός”. Ήταν ιδρυτής του Λαϊκού μετώπου για την απελευθέρωση της Παλαιστίνης. Πίστευε ότι το κράτος του Ισραήλ πρέπει να καταλυθεί με κάθε μέσο, συνυπολογίζοντας τη χρήση βίας. Ο Habash αποφοίτησε πρώτος από την ιατρική σχολή το 1951.

### **Juscelino Kubitscheck (1902 – 1976)**

Πρόεδρος της Βραζιλίας από το 1956 έως το 1971. Η θητεία του χαρακτηρίζεται από οικονομική ανάπτυξη και πολιτική σταθερότητα, ενώ επί ημερών ιδρύθηκε και η πρωτεύουσα του έθνους Μπραζιλία.

### **Mahathir Bin Mohamad (1925 – )**

Πρωθυπουργός της Μαλαισίας από το 1981 έως το 2003. Υπήρξε ο μακροβιότερος πρωθυπουργός της χώρας.

### **Agostinho Neto (1922 – 1979)**

Πρώτος Πρόεδρος της Αγκόλα (1975-1979), οδήγησε το Λαϊκό κίνημα για την απελευθέρωση της Αγκόλα στον πόλεμο της ανεξαρτησίας (1961-1974). Η ημερομηνία θανάτου του γιορτάζεται ως εθνική γιορτή στην Αγκόλα.

### **Tabare Vazquez (1940 – )**

Πρόεδρος της Ουρουγουάης (2005-2010). Είναι ειδικευμένος ογκολόγος. Σαν Πρόεδρος προώθησε σημαντικές βελτιώσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα, στα εργασιακά ζητήματα, καταπολέμησε τη φτώχεια (με το ποσοστό των ανθρώπων που ζούσαν στο έσχατο όριο της ανέχειας να πέφτει από 32% σε 20% κατά τη διάρκεια της Προεδρίας του, ενώ, τέλος, έκανε πιο προσβάσιμη την υγειονομική περίθαλψη για τους συμπολίτες του.

Υπάρχει μια παράδοση ζωντανή ως τις μέρες μας, οι γιατροί να αφήνουν μια σταδιοδρομία στον κλάδο τους και να ακολουθούν μια καριέρα στην πολιτική. Στην Αυστραλία ο Bob Brown υπήρξε πρόεδρος της κοινοβουλευτικής ομάδας των Αυστραλών Πράσινων, ενώ οι Brendon Nelson και Andrew Refshauge είναι γνωστοί Αυστραλοί πολιτικοί. Στον Καναδά δύο γιατροί ανέλαβαν Υπουργοί Άμυνας (Frederick William Borden, Donald Matheson Sutherland), ένας διετέλεσε δήμαρχος του Βανκούβερ (William McGuigan), ενώ αρκετές ήταν οι περιπτώσεις γερουσιαστών και βουλευτών (Hedy Fry, Grant Hill, Wilbert Keon, Théodore Robitaille). Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει στον Sir Charles Tupper (1821–1915) ο οποίος υπήρξε Πρωθυπουργός του Καναδά (1896) και Ύπατος Αρμοστής στη Μεγάλη Βρετανία (1884–1887). Άλλες χώρες όπως η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο φαίνεται ότι ακολουθούν το παραπάνω παράδειγμα, ενώ οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν αναδείξει γερουσιαστές (Bill Frist, Larry Bucshon, Tom Coburn, Rand Paul) μέλη του Κογκρέσου (Joe Heck, Jim McDermott, Ron Paul, Larry McDonald, Dave Weldon) ενώ ο Howard Dean έγινε Κυβερνήτης του Βερμόντ.

Άγγελοι και δαίμονες με ιατρική μπλούζα, φιλάνθρωποι δημοκράτες μέχρι κυνικά τέρατα (όπως θα διαπιστωθεί και παρακάτω), ιδεαλιστές και ιδεοληπτικοί. Η ιστορία της εμπλοκής της Ιατρικής στην Πολιτική είναι πολύ πλούσια σε παραδείγματα, αλλά συνάμα προσφέρει διαφορετικούς λόγους, που με τη σειρά τους αποκαλύπτουν διαφο-



ρετικά κίνητρα. Η δημόσια προβολή, το κύρος του αξιώματος, τα ψίχουλα από τα οποία τρέφεται ενός η ματαιοδοξία είναι πιθανές ερμηνείες στηριγμένες σε μια ψυχολογία του βάθους που βλέπει τον άνθρωπο ναρκισσιστικά εγκιβωτισμένο στην ύπαρξη του, με ανάγκη μεγάλη να σταθεί στο ύψος μιας δικής του φαντασιακής Ιδεατότητας.

Οι ψυχαναλυτικές ιδέες, απαισιόδοξες καθώς είναι, βολεύονται να βλέπουν το ποτήρι μισοάδειο. Αδυνατούν να ερμηνεύσουν την ανιδιοτέλεια, το ανθρωπιστικό καθήκον, τον ιδεαλισμό και την αλληλεγγύη που παρουσιάζουν κάποιες συμπεριφορές. Εκεί έρχεται η αγαπητική χριστιανική φιλοσοφία, η κοινωνική λαϊκή παράδοση που αιχμαλωτίζει ήθη και έθιμα στο μυαλό όλων μας, ακόμη και μια κάποια τάση της εξελικτικής ψυχολογίας που βλέπει στην επιτυχία της επιβίωσης του ανθρώπινου είδους τον αντικατοπτρισμό της αλληλοβοήθειας, να δώσουν μιαν απάντηση.

Οι γιατροί, όντες μέρη αυτού που μας κάνει όλους μέρος μιας κοινωνικής ολότητας, και επιπλέον πολύ κοντά σ αυτό που μας κάνει ανθρώπινους – τη θνητότητα μας – αποφασίζουν συχνά να δώσουν τον καλύτερο τους εαυτό στην επίτευξη του κοινού καλού, στα πλαίσια μιας βαθύτερης συνειδητοποίησης της αξιακής σημαντικότητας του προσφέρουν.

## **ΓΙΑΤΡΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΝΑΖΙΣΤΙΚΟΥ ΟΛΟΚΛΗΡΩΤΙΣΜΟΥ – ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Το ναζιστικό κράτος ήταν ένα υβρίδιο απολυταρχικής ιδεοληψίας και διαστροφικής επιστήμης. Η γερμανική πολιτεία υπό το καθεστώς που εγκαθίδρυσε ο Αδόλφος Χίτλερ το 1933 επεδίωκε μία σειρά από στόχους που μόνο μέσω της Ιατρικής Επιστήμης θα μπορούσε να τους επιτύχει. Ή και αντίστροφα μια τόσο ανήθικη άσκηση της Ιατρικής απαιτεί ένα δικτατορικό κράτος για να λάβει σάρκα και οστά, όπως και συνέβη μέσω των διαβόητων πειραμάτων σε ανθρώπους που λάβανε χώρα στα στρατόπεδα καταναγκαστικής εργασίας, στις αρχές του 1940. Αφορούσαν κυρίως Εβραίους από όλη την Ευρώπη, Ρομά, και άτομα με σωματικά και νοητικά προβλήματα. Ήταν ενορχηστρωμένα εξολοκλήρου από ιατρούς. Τα πειράματα συνήθως κατέληγαν σε θάνατο, σε μόνιμη παραμόρφωση ή σε αναπηρία. Τα πειράματα είχαν τρεις άξονες για να θεθεί σε κίνηση το Ναζιστικό όραμα.

Πρώτον, αποσκοπούσαν στην ενίσχυση της στρατοκρατίας μέσω της ενδυνάμωσης της στρατιωτικής δύναμης της Γερμανίας. Σε αυτή την κατεύθυνση έγιναν προσπάθειες να εφευρεθούν νέοι αποτελεσματικοί τρόποι για να πολεμηθεί ο πραγματικός αντίπαλος στο πεδίο της μάχης με την ανακάλυψη χημικών όπλων και θανατηφόρων αερίων (αέριο μουστάρδας, πειράματα με σουλφοναμίδες). Επίσης, η γνώση που θα αντλούνταν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την καλύτερη προετοιμασία του γερμανικού στρατού ακόμη και στις πιο αντίξοες συνθήκες μάχης (πειράματα με αλλαγές θερμοκρασίας, με δοκιμασίες υψηλού υψόμετρου)

Δεύτερον, επιδίωξη της παράτασης του προσδόκιμου επιβίωσης, με στόχευση σε ριζοσπαστικές ανακαλύψεις που θα μετέτρεπαν τον Γερμανό πολίτη σε ένα είδος βιονικού ανθρώπου (πειράματα με μεταμοσχεύσεις ιστών, οστών και νεύρων). Η φαντασιωτική επιδίωξη της αθανασίας από τους ηγέτες του τρίτου ράιχ (με απώτερη προσδοκία τη χιλιετή βασιλεία του) οδήγησε έμμεσα στις πρώτες σημαντικές ανακαλύψεις στον χώρο των μεταμοσχεύσεων. Είναι γνωστό ότι πολλοί γιατροί διέφυγαν τη δίωξη με την πτώση

του καθεστώτος, και πέρασαν στην άλλη άκρη του Ατλαντικού ξεκινώντας μια νέα ζωή και μια νέα καριέρα.

Τέλος, η ρατσιστική κοσμοθεωρία του καθεστώτος βρήκε την κορύφωση της στο τρίτο βιοπολιτικό σχέδιο των ναζιστών με τη μαζική στείρωση και θανάτωση των ανεπιθύμητων, των αναπήρων, των χαρακτηρισμένων ως παραφρόνων σε μία προσπάθεια να καθαριστεί η γερμανική φυλή από τα δήθεν αδύναμα μέλη της, που υστερούσαν πνευματικά ή σωματικά, έτσι ώστε να υπάρξει γονιδιακή επιβίωση του ισχυρότερου. Η επονομαζόμενη “κάθαρση της φυλής”.

Τα ερωτήματα που εγείρονται είναι πολλά, όσον αφορά την ηθική πλευρά της Ιατρικής, τον ρόλο που παίρνει απέναντι σε κυβερνητικές επιλογές, στο πόσο θεωρεί τον εαυτό της καθαρή επιστήμη που μελετά το ανθρώπινο σώμα ή επιστήμη για τον άνθρωπο. Πέρα όμως από την επιστήμη ως ιδεατή έννοια, υπάρχουν και οι ιατροί ως ανθρώπινα όντα, τα οποία συμμετέχουν στο κοινωνικό γίνεσθαι, έχουν πολιτικές προτιμήσεις, πάθη, ατέλειες, χαρίσματα. Όποιος δεν συμφωνούσε με τη ναζιστική πολιτική εξωθούνταν στην εξορία, ατιμωνόνταν, θανατώνονταν. Πολλοί δε ήταν αυτοί που πίστευαν ότι δεν κάνουν κάτι επιλήψιμο αφού ακολουθούν τους νόμους της πολιτείας και τις διαταγές της κυβέρνησης τους. Κάτι που συνειδητοποίησε η Γερμανοεβραία φιλόσοφος Χάννα Άρεντ στο διάσημο έργο της “Ο Άιχμαν στην Ιερουσαλήμ” πλάθοντας τον όρο “κοινοτυπία” του κακού για τον άνθρωπο της διπλανής πόρτας που γίνεται επικίνδυνος γιατί παίρνει την απόφαση να πάρουν απόφαση άλλοι γι’ αυτόν.

## **ΙΣΛΑΜΙΣΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΜΙΑΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΦΟΒΟΥ**

Το σύγχρονο ριζοσπαστικό Ισλάμ, μια ιδεολογία πολύ κοντά στον εξτρεμιστικό μαρξισμό, κατηγορεί τη δύση και τον καπιταλισμό για τα δεινά που πλήττουν την Ανατολή, προσελκύει μια σειρά νέων διανοούμενων και μελών της μορφωμένης μουσουλμανικής αστικής τάξης. Ο φιλελεύθερος φιλόσοφος Φρήντριχ Χαγιεκ σημειώνει ότι ο σοσιαλισμός δεν ξεκίνησε σαν κίνημα της εργατικής τάξης. Ήταν μια κατασκευή διανοούμενων, με έντονο πολιτικό ριζοσπαστισμό, όπως επαγγελματιών, τεχνιτών, επιστημόνων και γιατρών.

Όταν στις βομβιστικές επιθέσεις του Λονδίνου και της Γλασκώβης βρέθηκε ότι από τους οκτώ υπόπτους οι επτά ήταν γιατροί, πολλοί ανέσυραν από την ιστορική μνήμη αυτή τη μακρά παράδοση που προσελκύει μορφωμένους πολίτες σε μια εξτρεμιστική δράση, χωρίς ηθικές αναστολές. Για την καλύτερη των πραγμάτων, για την απονομή δικαιοσύνης, για την επίσπευση της έλευσης ενός νέου βελτιωμένου κόσμου. Μια φανταστική ιδεοληψία, μια θεολογικο-πολιτική χίμαιρα, που θέλει να κατεβάσει τη βασιλεία των ουρανών σε αυτή την κοιλάδα των δακρύων, με παραστρατημένα ανθρώπινα όντα να αναλαμβάνουν το ρόλο του προφήτη, του μάρτυρα, του δικαστή, του μικρού θεού.

## **ΟΙ ΓΙΑΤΡΟΙ ΩΣ ΡΕΑΛΙΣΤΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΟΙ**

Ένας στους δέκα ιδρυτές της αμερικανικής κοινοπολιτείας ήταν γιατρός. Υπάρχει μια παράδοση που εμπλέκει Αμερικανούς γιατρούς στα πολιτικά πράγματα της χώρας τους, μια παράδοση που έχει ατονήσει αλλά συνεχίζεται ως και σήμερα. Οι γιατροί που θέλουν να επηρεάσουν την πολιτική υγείας στις ΗΠΑ επιδιώκουν καριέρες στην πολιτική, θεωρώντας ότι, έχοντας την κατάλληλη εμπειρία, είναι από τους πλέον αρμόδιους

για να συμμετάσχουν σε μια συζήτηση για μια μεταρρύθμιση ή ένα νέο σχέδιο νόμου.

Στην Αμερική που το ζήτημα της υγείας απασχολεί τους περισσότερους Αμερικανούς, με ένα μεγάλο ποσοστό των κατοίκων να μην έχουν πρόσβαση σε δωρεάν υγειονομική περίθαλψη, οι γιατροί θεωρούνται ως εκείνες οι φωνές που μπορούν να δώσουν μια ρεαλιστική διάσταση στα προβλήματα που συζητούνται κλεισμένων των θυρών από επιτροπές ανθρώπων που φαίνεται να γνωρίζουν το πρόβλημα μόνο στα χαρτιά. Η πρόσφατη προσπάθεια του προέδρου Ομπάμα να επιχειρήσει μια γενναία μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας, ανέδειξε εκ νέου τον κρίσιμο ρόλο που μπορούν να παίξουν οι γιατροί, αφού ακολούθησε μια παρατεταμένη, έντονη και γόνιμη συζήτηση με υποστηρικτές του προέδρου όσο και με αντιπάλους του, που εστιάζουν στο νομοσχέδιο και όχι στο να μετατραπούν σε αυλοκόλακες των πολιτικών προϊσταμένων τους.

Τέτοια κοινωνική προσφορά και δράση αποτελεί ένα λαμπρό παράδειγμα της συμμετοχής που μπορεί να έχει ένας εκπαιδευμένος ιατρός σε ένα πολιτικό θεσμό, αντίστοιχη που θα έπρεπε να διεκδικεί κάθε μορφωμένος πολίτης στον κλάδο του. Μια συμμετοχή που θα εστιάζεται στο τι μπορεί να προσφέρει με τις γνώσεις και την εμπειρία του, για να προωθήσει πολιτικές που θα καλυτερεύσουν τη διαβίωση των συμπολιτών του.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένας γιατρός που σέβεται τον εαυτό του και το επάγγελμά του, δύσκολα θα ασχοληθεί με την πολιτική. Με το πολιτικό παιχνίδι, που παίζεται με διαφανείς όρους, που δεν στοχεύει σε πλουτισμό, που δεν ενδιαφέρεται για τιμές, είναι σαφές ότι ένας γιατρός μπορεί να ενδιαφερθεί. Μπορεί να βάλει κι εκείνος ένα «πετραδάκι» στην ευτυχία των ανθρώπων της πατρίδας του. Με την πολιτική της ιδιοτέλειας, την πολιτική της ασχήμιας, της παρακμής, της παράλυσης, ένας φρόνιμος άνθρωπος δεν πρέπει να έχει σχέση. Πώς να συμβιβαστεί με ό,τι κατώτερο επινόησε ποτέ ο άνθρωπος, με ό,τι φθείρει, με ό,τι γκρεμίζει και συνθλίβει την ανθρώπινη ύπαρξη. Αν ένας γιατρός με περίσσεια θράσους μπει στην κονίστρα της πολιτικής, μαγειρεύει τη γελοιοποίησή του.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rosen G: From Medical Police to Social Medicine. New York, Science History Publications, 1974, 327 pp
2. Plato: The Republic. Translated by Desmond Lee. Baltimore, MD, Penguin, 1975, pp 122-123; 116-117
3. Aristotle: The Politics. Translated by TA Sinclair. Baltimore, MD, Penguin, 1974, pp 113, 115
4. Foucault M: La volonté de savoir (Translated by R Hurley, as The History of Sexuality, Volume 1. New York, Vintage, 1980, pp 25, 137). Paris, France, Gallimard, 1976, pp 35-36, 180
5. Virchow R Die Cellular Pathologie (Translated by F Chance, as Cellular Pathology. London, UK, Churchill, 1860, p 14). Berlin, Germany, Hirschwald, 1859, pp 12-13
6. Virchow, Rudolf Carl. "Report on the Typhus Epidemic in Upper Silesia". American Journal of Public Health 2006; 96:2102-5
7. Beauchamp T, Childress J: Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford, 1979, p 289
8. Robert Jay Lifton: The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide, Basic Books, 2000 (1<sup>st</sup> edition 1986)
9. Eric Krakauer: On Medicine and Politics, The Yale Journal Of Biology and Medicine 1992; 65:243-249
10. Hannah Arendt: Eichmann in Jerusalem: A Report on the Banality of Evil, 1963

## ΑΝΔΙΧΤΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΤΩΝ ΙΠΠΑΚΡΑΤΗ

Πᾶνος Δ. Ἀποστολίδης

Πολυφίλητε Δάσκαλε,

Πάει καιρός, πολύς καιρός, πού γράφω καί ξαναγράφω αὐτὴ τὴν ἐπιστολὴ καὶ δὲν παίρνω τὴν ἀπόφαση νὰ τὴν στείλω. Ὄχι γιατί φοβούμαι τὴν κρίση σου, ἀλλὰ ἐπειδὴ μὲ τρομάζει ἡ ἐπιείμειά σου. Καὶ δυσκολευόμουν νὰ γράψω, ὄχι γιατί δὲν ἤξερα τί νὰ γράψω, ἀλλὰ γιατί δὲν ἤξερα πῶς νὰ τὸ γράψω. Ἔχω κι ἄλλες ἐπιστολές ἕτοιμες, γραμμένες ἀπὸ παλιά, πού θέλω νὰ σοῦ στείλω. Τὸ ἔμπόδιο ἦταν πάντα ἡ γλώσσα στὴν ὁποία ἔπρεπε νὰ συντάξω τὰ γράμματά μου· καὶ μάποια στιγμή φωτίστηκε, Δάσκαλε, καὶ εἶπα, πῶς δὲν μπορῶ, θὰ μιᾶς κι ἐσύ, ἐτοῦτα τὰ ἑλληνικά πού μιᾶς ἡμέρα τὸ γένος σου, ἡ φυλή σου. Ἀἰῶνες τώρα σ' ἐξένα κάνουν τὴν ἀναφορά τους ὄλοι οἱ Ἕλληνες γιατροί· σ' ἐξένα ἔρχονται καὶ καταθέτουν γιὰ κρίση τὴ γνώμη τους. Ἐτὰ Ἠλύσια πεδία πού σοῦ δόθηκε ἡ χάρη νὰ κατοικεῖς, ξέρω ὅτι μιλοῦν μόνο ἑλληνικά. Ὅμως, πρὶν στείλω τὴν ἐπιστολὴν ἐπὶ νησίᾳ τῶν Μακάρων, μετέφρασα πρῶτα νὰ τὴν διαβάσω στους ἐντεχνους, στους δικούς σου καὶ στους δικούς μου ὁμοτέχνους νὰ πάρω τοὺς

χαιρετισμούς τους, και να τους στείλω.

**Πολυ φίλητε Δάσκαλε,**

Σι ευχαριστώ που μου έμαθες ότι ο γιατρός δεν φταίνει να σώσει την Ιατρική **κατά την κρίση και τις δυνάμεις του.** Όταν ρωτήθηκες κάποτε ποιος είναι ο καλύτερος γιατρός, απάντησες απερίφραστα: **αυτός που κάνει τα λιγότερα λάθη,** επειδή δεν ήταν δυνατό να δεχθείς τους μικρούς συμβιβασμούς των μέτρων κατά την άσκηση της **επιφανεστάτης των τεχνών.**

Σι ευχαριστώ ακόμη που μου έμαθες ότι, **όταν ένας άνθρωπος παύει κάτι επιτόν, υπάρχει ή κατάλληλη στιγμή για βοήθεια** και βοήθεια που σώζει κάποιον που κινδυνεύει άμεσα, είναι αυτή που δίνεται στον κατάλληλο χρόνο. **Και αυτός ο κατάλληλος χρόνος υπάρχει για τα περισσότερα νοσήματα** γιατί πάντα η βοήθεια είναι χρήσιμη **όταν παρέχεται την κατάλληλη στιγμή.** Και μου έμαθες ακόμη ότι δεν πρέπει να πιστεύω στην τύχη, ούτε να ερπιατεύομαι την ελπίδα, που της αρέσει να έρχεται τελευταία, γιατί φοβάται ότι αν έρθει πρώτη, στην ώρα της, θα νικηθεί. Γι' αυτό την αφήνω στην άκρη και ξαναρχομαι στην τύχη, για την οποία **έλεγε: Καλή ή κακή τύχη έχουν μόνο ζευγαίρι που ξέρουν να κάνουν καλή ή κακή ένα πράγμα.** Καλή τύχη σημαίνει να κάνεις κάτι καλό, **μιαυτό το κάνουν όλοι γνωρίζουν και κακή τύχη σημαίνει να κάνεις με κακό τρόπο αυτό που δεν γνωρίζεις καλά.** Επειδή όμως ήξερες, και το είπες πολλές φορές, **ότι η δύναμη της Γα-**

τριμῆς δὲν εἶναι ἀπεριόριστη, στράφηκες πρὸς τὸ θεῖον, λέγοντας τὰ με-  
 τρημένα λόγια: ἢ ἰατρικῆ, τίς περιεσώτερες φαρμακείαι, τῆρι εὐσεβῆ καί-  
 σκη ἀπέναντι τοῦ θεοῦ καὶ οἱ ἰατροὶ ὅπου λίνονται ἐνώπιον τοῦ θεοῦ,  
 ἐπειδὴ γνώριζες ὅτι οἱ ἄθρησκοὶ καὶ οἱ ἀσεβοῦντες ἦσαν εὐκό-  
 λο νὰ ἐβλάψουν, νὰ ἐκατηγορήσουν γιὰ ἄθεο ἢ ἀσεβῆ. Ἐγὼ, ὅμως, εἶ-  
 χες ἀπαλλάξει τοὺς θεοὺς ἀπὸ τοῦ φόβου καὶ τίς μομφές πού τοὺς φέ-  
 ρτῳσαν οἱ περιεσώτεροι ἄνθρωποι τοῦ καιροῦ σου, ἀφοῦ εἶχες πεῖ ὅτι  
 τὰ νοσήματα ἀφείλονται ἀφ' οὐρανόθεν αἰτίαι, δηλαδή ὅτι δὲν εἶναι θεόδοτα.  
 καὶ ἀφοῦ δὲν τὰ δίνουσι οἱ θεοί, δὲν πρέπει νὰ εἶναι αὐτοὶ πού τὰ  
 θεραπεύουν, ἐπειδὴ ὅτι δὲν δίνεις δὲν ἔχεις οὔτε τὴν εὐδύνη, ἀλλὰ οὔτε  
 καὶ τὸ δικαίωμα νὰ τὸ παίρνεις.

Κοὶ θυμῶμαι πάντα τὰ λόγια σου: Ὁσο γιὰ μένα, εἶπες, ἔχω τὴ γνώμη,  
 ὅτι τὸ ἀνθρώπινο σῶμα δὲν μπορεῖ νὰ μολυνθεῖ ἀπὸ τὸν θεό, τὸ πῶς θνητὸ  
 νὰ μολύνεται ἀπὸ τὸ πῶς ἱερό. ἀλλὰ καὶ ἐπὶ τὴν περίπτωσιν πού ἔχει μολυ-  
 νθεῖ ἀπὸ κάποιον ἀπὸ τὰ ἢ ἔχει πάθει κατὰ ἄλλο, δὲν πρέπει νὰ καθαρίζεται  
 καὶ νὰ ξεκαθαρίζεται ἀπὸ τὸν θεό, καὶ ὄχι νὰ μολύνεται ἀπὸ αὐτόν. Τὸ θεῖον  
 εἶναι ζεῖνον πού καθαρίζει καὶ ξεκαθαρίζει τὰ πῶς μεγάλα καὶ ἀνόσια ἀμα-  
 ρτήματα τοῦ ἀνθρώπου. Γιὰ τοῦτο, Δαίσαμαλε, δὲν εἶμαι βέβαιος, ὅτι θὰ συμφω-  
 νῶσιν μετὰ τὰ ἐπηρημένα λόγια ζεῖνου πού εἶπε ὅτι, ἐπειδὴ δὲν ὑπάρχει με-  
 γάλῃ διαφορά μετὰ τῆς φιλοσοφίας καὶ τῆς ἰατρικῆς, ὁ φιλόσοφος ἰατρός  
 εἶναι ἴσος μετὰ τοὺς θεοὺς. Εὐτυχῶς πού δὲν ἔγρωφε ἴσος μετὰ τὸν θεό ἢ μετὰ  
 θεῖον, διότι τότε ὁ λόγος του δὲν θὰ ἦταν μόνο ἀνίερος ἀλλὰ καὶ ἀνοήμιος  
 γιὰ τὴν τέχνημας, ἐπειδὴ ὁ ἴδιος ἔλεγες ὅτι εἶναι ἀδύνατον εἰς τὸν ἰατρόν νὰ  
 θεραπεύει ὅλα τὰ νοσήματα, καὶ γιὰ τοῦτο πρέπει νὰ παρέχει βοήθειαν ἢ, τουλάχιστον

χριστον να μην προσευχῆ βλάβη στους αρρώστους. Και δεν αποηλείω  
 ότι αυτός ο ύψιπέτης γιατρός να άντλησε τὴ μεγαληγορία του ἀπὸ τὸν  
 θεὸ Ἄμηρο πὺ ἔγραψε, **ἰητρος γὰρ ἀνὴρ πολλῶν ἀντάξιος ἄλλων,**  
 ἀφοῦ ὁ ἴδιος ἀπομαχοῦσε καὶ τὸν Ἄσκληπιό, τὸν προπάτορα, τὸν μόνον  
 πανάγαθο θεὸ τῶν Ἑλλήνων, **ἀμύμονα ἰητήρα** (ἀμέμπτο γιατρό).

Καὶ πιστεύω ὅτι γνωρίζεις καλὰ τὸν Ἄρεταῖο τὸν Καππαδοκῆ,  
 τὸν ποιητὴ-γιατρός, ὁ ὁποῖος πεντακόσια περίπου χρόνια μετὰ ἀπὸ ἔ-  
 σένα, ἔγραψε: **οὔτε καὶ εἰ θεοὶ μπορούν να θεραπεύσουν ἄλλα τὰ νοσή-**  
**ματα.** Τότε, ὅμως, ἦταν ἄλλοι καιροὶ καὶ οἱ περισσότεροὶ θεοὶ εἶχαν χά-  
 σει τὸ κύρος τους, εἶχαν μικρύνει στὰ μάτια τῶν ἀνθρώπων, γιατί οὔτε  
 δίκαιοι καὶ ἀγαθοὶ ἦταν, ἀλλὰ οὔτε καὶ παντοδύναμοι, ἐπειδὴ οἱ Ἕλλη-  
 νες πίστευαν πάντοτε ὅτι καὶ αὐτοὶ ὑποτάσσονταν στὴν ὑπέρτατη δύ-  
 ναμη, στὴν Ἄναγκη, τὸ ἀναπόφευκτο καὶ ἀναπόδραστο τῶν ἀνητων.

Παρασύρθηκα, ἁδέσκαλε, καὶ τὰ λόγια μου πῆγαν ἀλχοῦ, εἶμαι βέ-  
 βαιος ὅμως, ὅτι μαλήνιος καὶ μειλίχιος περιμένεις να μάθεις τί σοῦ  
 ὀφείλω ἀκόμη, γιὰ τοῦτο κι ἐγώ, δὲν ξέρω τί να πρωτοδιαλέξω ἀνά-  
 μεσα στὰ δύο πὺ ἔχω πάντα στὸ μυαλό μου.

Ξι εὐχαριστῶ πὺ μου ἔμαθες ὅτι ἀεκίντεις τὴν τέχνη μας πρέπει,  
 ζυτὸς ἀπὸ ἄλλα πολλὰ, να εἶμαι φιλεάνθρωπος, γιατί ἐσύ εἶπες, **ὅπου**  
**ὑπάρχει φιλεάνθρωπία, ὑπάρχει καὶ ἀγάπη γιὰ τὴν ἐπιστήμη.** Γι' αὐτὸ  
 θεὸ σοῦ πῶ, ὅσο γίνεται πὺ χαμηλόφωνα, ὅτι τὴν ἰατριὴ τὴν ἀγάπησκα  
 ἔως θανάτου καὶ τοὺς ἀρρώστους ὅσο μπορούσε ν' ἀντέξει ἡ καρδιά μου.  
 Καὶ ποτέ δὲν λησμόνησκα, ἐτούτο εἶναι τὸ ἄλλο πὺ θέλω να ξέρεις, ὅτι  
 ὅσο περνοῦσαν τὰ χρόνια, τόσο περισσότερο πίστευα αὐτὸ πὺ ἔγραφες

στον πρώτο Ἀφορισμόν σου: Ἡ ζωὴ εἶναι σύντομη, ἡ δὲ ἰατρικὴ μακρόχρονη, ἡ εὐκαιρία φευγαλέα καὶ ἡ πείρα εὐφραδής, ἡ δὲ ἄρθρη κρίσις τῶν πραγμάτων εἶναι δύσκολη. Καὶ ἐυέφθορα πόση τόλμη καὶ πόση περικότερη σοφία πρέπει νὰ εἶχες ὅταν ὀνόμαζες τὴν πείρα ἀπατηλή, προκειμένου νὰ διδάξεις τοὺς ὑπερχόμενους ὁμοτέχνους σου ὅτι οἱ ἔμπειροι εἶναι ζυεῖνοι πού ἀπὸ ἔπαρση κάνουν τὰ μεγαλύτερα λάθη, ὅτι ἡ ἀλαζονεία ἔχει πιστὸ εὐντροφο τὴν μωρία.

Μήπως, ξεῦ, δὲν ἦσουν πού παραδέχτηκες μὲ ἀνεπανόληπτη εὐλιμυρίνεια, ὅταν κώπυτε εἰς τὸ ἕμολιο, μίαι πολίχνη εἰς ἐκβολὴς τοῦ Πηνειοῦ - μιὰ ἀνάσα ἀπὸ τὰ Τέρπη - ἀντιμετωπίζοντας τὸν ἑυτόνομο, ἕναν ἀντρα πού τὸν εἶχαν χτυπήσει μὲ πέτρα εἰς τὴν μέση τοῦ βρέγματος, ἐπάνω εἰς ραφές, καθυστερήσες νὰ τοῦ κάνεις κρानιομινίτρηση, πιστεύοντας ὅτι ἂν τὴν ἔκανες τὴν ὥρα πού ἔπρεπε, θαὶ τοῦ ἔδωσες τὴν ζωὴ, ἐπειδὴ δὲ παραπλάνησαν οἱ ραφές τῆς κεφαλῆς καὶ δὲν εἶδες τὴν ρωγμὴν τοῦ κατάγματος;

### Πολυφίλητε Διάσκιλε,

Ἵως ἤδη τὸ ἔμαθες, ἀπὸ ἄλλους γιωτροῦς πού ἔχουν ἔρθει κοντά σου ἂν ὅμως ἀπὸ μεγάλο σεβασμὸ δὲν εἶπε κανεὶς μέχρι τῶρα, ἐγὼ, μὲ τὸ θάρρος πού μοῦ δίνει ἡ ἐπιστολή, δέλω νὰ εὐ διαβεβαιώσω ἀπόλυτα ὅτι δὲν ἔυλεφαν τὴν γνώμην σου εἰς ραφαί τῆς κεφαλῆς, ὅπως νόμισες τότε. Ὁ ἑυτόνομος θαὶ πέθαινε καὶ ἂν ἀκόμη ἔκανες ἐξ ἀρχῆς τὴν ἀνάτρηση, ἐπειδὴ ἡ κάκωση ἦταν βαρὴ, ξεπερνοῦσε εἰς



Δυνατότητες τῆς τέχνης σου.

Καὶ ἐκέφτομαι πάντα τὴν ἀγωνία σου, ὅταν ἔγραφες: Ὑπάρχει μίσι τέχνη ἑστὴν ὅποῖαν καταφεύγουμε ὅλοι εἰς τὰς πικρὰς κρίσεις ἐπιπέρας τῆς ζωῆς μας, ἢ ὅποῖα λέγεται Ἰατρικὴ. Καὶ γὰρ νὰ δείξεις τὴν φιλανθρωπία σου, κάποιαι ἄλλη φορὰ ἐμπλήρωσες: Ὁ γιατρός εἶναι ὑπηρέτης τῆς τέχνης· εἶναι αὐτὸς ποὺ βλάπτει τὰ δεινὰ, ποὺ ἔρχεται ἐκ ἐπαφῆς μετὰ τὰ δυσάρεστα καὶ εἰσπράττει τὴν λύπην ἀπὸ τῆς συμφορῆς τῶν ἀρρώστων. Καὶ μαθούριες μάχαι καὶ τὸν σκοπὸν καὶ τὸ ἔργον τῆς τέχνης, ποὺ δὲν ἔπασαν ἕκτοτε νὰ ἰσχύουν. Ἡ Ἰατρικὴ πρέπει νὰ ἀπαλλάσσει τοὺς ἀρρώστους ἀπὸ τοὺς πόνους καὶ νὰ ἀμβλύνει τὴν ἔντασιν τῶν συμπτωμάτων· καὶ ἐπὶ πλέον νὰ μὴν ἐπεμβαίνει εἰς περιπτώσεις ἐκείνας ποὺ οἱ ἀρρώστοι ἔχουν χάσει ὀριστικῶς τὴ μάχην μετὰ τὴν ἀσθένειαν, ἔπειδὴ ἡ δύναμις τῆς Ἰατρικῆς εἶναι πεπερασμένη.

Ἡ ἀπόφασίς αὕτη, παράτολμη καὶ εὐφρων, ἐκκληρῆ καὶ ὑπεύθυνη, ἦταν εὐφώνη μετὰ τὴν φιλοσοφικὴν ἀντιλήψιν τῆς ἐποχῆς σου, γὰρ τὴν μειωμένην ἀξίαν τοῦ ἀβίωτου βίου, καὶ τῶν ὀξείων, ἀλλὰ καὶ τῶν χρόνιων καὶ ἀνίατων ἀσθενῶν. Ἐκτοτε τὸ δόγμα παραμένει. Σήμερον, ἐνῶ ἀσφαλῶς, ξέρουμε καλυτέρα ἀπὸ ἕσένα ἀπὸ ποῦ καὶ πότε ἀρχίζει τὸ ἔργον τῆς Ἰατρικῆς, δὲν καταλήξαμε ἀκόμη εἰς τὸ ποῦ καὶ πότε τελειώνει. Ποιὸς γνωρίζει τὸ τέλος τοῦ τέλους, ἀφοῦ κανεὶς δὲν ξέρει ποιά εἶναι ἡ ἀρχή; Ὑγρὰ κέλευθα, θαλάσσιοι δρόμοι εἶναι ἡ ζωὴ ἐπὶ τὸν οἶνονα πόντον, ἐπὶ μεθυμένῃ θαλάσσῃ. Μήπως, ἐγὼ δὲν εἶπα κάποτε: τίποτε ἐπὶ τῷ ὄντι δὲν εἶναι ἀρχή, μὴ ὅλα εἶναι ἀρχὴ ἑξέως καὶ τέλος. Κύκλου γραφέντος ἀρχὴ οὐκ εὐρέθη.

Πολυφίλιτε Δάσκαλε,

Δέν ξέρω ἄλλο γιατρό πού νά μίλησε τόσο ὀμορφα καί τόσο ποιητικά γιά τὰ μάτια τῶν ἀρρώστων. Γιά τή γυναίκα τοῦ Ἐρμποτόλεμου πού ἔπασχε ἀπό λοιμώδη ἐμφεφαλίτιμα, ἔγραψες: **ἐπὶ δεξιῷ ματί ὑπῆρχε ἓνα κοκκινωπὸ κημάδι υἱ ἓνα δάκρυ· τὴν εἰκοστὴ ἡμέρα, ἡμέρα τοῦ θανάτου, τὸ μάτι εἶχε μεγαλώσει πολύ.** Καί πρόσεξες, μέτῃν ἀπαραμίλλη παρατηρητικότητα σου - ἀλήθεια, πῶς εἶδες τὸ ἓνα δάκρυ - ὅτι καί ἡ γυναίκα τοῦ Βεόδωρου πού ἔπασχε ἀπὸ ἀδιδευρίνικο ἐρπύρετο νόσημα, τὴν πέμπτη ἡμέρα τῆς ἀρρώστιας τῆς **εἶχε τὰ μάτια κυθρωπά, στραμμένα πρὸς τὰ κάτω, μᾶλλον ἀσάλευτα καί τὸ ἀσπράδι ἦταν ὤχρὸ καί νεαρῶδες.** Ἰδία μάτια, **κατηφῆ,** εἶχε καί ἡ γυναίκα τοῦ Ὀλυμπιάδη· καί πέθαναν καί οἱ τρεῖς. Καί θυμουμαι πάντα εὖεῖνα τὰ μάτιω πού τὰ εἶπες **θαλασσοειδῆ.** ἔυτοτε, ἔτσι, δέν τὰ εἶπε κανεῖς.

Πολυφίλιτε Δάσκαλε,

Παρότι προεπάθησα νὰ σοῦ γράψω λίγα, μιμούμενος τὴ βραχυλογία σου, βῆθῃαν τὰ λόγια σου περισσότερα καί φοβοῦμαι ρήπως κούρασα τὴν ὑπομονή σου. Καί εὐχομαι τὴν ἡμέρα πού θά λάβεις αὐτὴ τὴν ἐπιστολή, ἐστὶ νηεῖα τῶν Μακάρων πού κατοικεῖς, ὅταν μέ τὸ καλὸ τελειώσεις τὸ διάβασμα, νὰ φυθήξει ὁ Ζέφυρος τρυφερός, ἀπαλὸς τόσο, ὅσο ἀπαλὸς ἦταν καί οἱ ῥῶγες τῶν δαυτύλων σου πού μᾶς δίδαξες ὅτι μ' αὐτὲς πρέπει νὰ κάνουμε τὴν ψηλάφηση τῶν ἀρρώστων. Τρυφερός νὰ φυ-

σήξει ὁ Ζέφυρος καὶ νὰ πάρει ἀπὸ τὰ χέρια σου τῆς ἐπιστολῆς μου  
τὰ φύλλα νὰ τὰ πᾶει στὸν μέγα καὶ εὐρὺ Ὠκεανό. Γιατὶ ὅταν θάρθω  
κοντά σου, ἔχω νὰ σοῦ πῶ περισσότερὰ καὶ θέλω ν'ἀκούσω τὴν κρί-  
ση σου γιὰ ὅσα πέτύχαμε ἡμεῖς πὺ συνεχίζουμε νὰ ἀσκοῦμε τὴν μα-  
κρὰ τέχνη σου, στὸν Βραχὺ Βίον μας.

Παππού, φιλῶ τὸ χέρι τὸ δεξιό, φιλῶ καὶ τὸ ἀριστερό, ἀεπάζομαι  
τὸ μέτωπό σου, καὶ ταπεινὰ ζητῶ τὴν Εὐχή σου.

Π. Δ. Ἀ.

# Οικονομική Κρίση και Επιπτώσεις στην Αντιμετώπιση των Λοιμώξεων

*Γεώργιος Πετρίκκος, Πολύδωρος Τόφας*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι λοιμώξεις, μαζί με την πείνα, αποτελούσαν κατά την εξέλιξη του ανθρώπου τις κυριότερες αιτίες θανάτου. Διαχρονικά, είχαν σχέση με το βιοτικό επίπεδο του ανθρώπου και οι επιδημίες από λοιμώξεις προσέβαλλαν κυρίως φτωχούς και ζώντες σε συνθήκες συγχρωτισμού και κακής υγιεινής. Η πρόοδος και οι καλύτερες συνθήκες υγιεινής διαβίωσης, που αναπτύχθηκαν στις πλούσιες βιομηχανικές χώρες, συνέβαλαν σημαντικά στη μείωση των λοιμώξεων και των θανάτων από αυτές.

Τα λοιμώδη όμως νοσήματα εξακολουθούν και σήμερα να αποτελούν τα κύρια αίτια νοσηρότητας και θνητότητας στις χώρες του λεγόμενου Τρίτου Κόσμου. Συχνά δε, οι παράνομοι μετανάστες από τις φτωχές αυτές χώρες, στις χώρες της Ευρώπης, της Βορείου Αμερικής και της Αυστραλίας, είναι φορείς λοιμωδών νοσημάτων. Η Ελονοσία, η Φυματίωση και το AIDS, αποτελούν κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση τις Ασθένειες των Φτωχών (Poverty Diseases). Για την καταπολέμηση των νοσημάτων αυτών έχουν αναπτυχθεί ειδικά προγράμματα, τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς διεθνείς οργανισμούς.

Η σημερινή παγκόσμια οικονομική κρίση έχει ασφαλώς δυσμενείς επιπτώσεις στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων τόσο στις χώρες όπου ενδημούν αλλά και στις χώρες που δέχονται τους μετανάστες. Παράλληλα, δημιουργεί, προβλήματα στα υπάρχοντα συστήματα υγείας στις χώρες με οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα. Αυτά εμποδίζουν την εφαρμογή μέτρων πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων από τα «νοσήματα των φτωχών» μεταναστών και των άλλων “αναδύμενων” λοιμώξεων (emerging reemerging infections), καθώς και στον έλεγχο των λοιμώξεων από πολυανθεκτικά μικρόβια.

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η σημερινή κατάσταση της οικονομίας, για την οποία χρησιμοποιήθηκε ο όρος Χρηματοπιστωτική κρίση του 2008, ξεκίνησε από τις ΗΠΑ, για να εξελιχθεί, λόγω της παγκοσμιοποίησης, διεθνώς σε κρίση πολλαπλών κλάδων της οικονομίας με αποτέλεσμα σήμερα να μιλούμε πλέον για οικονομική ύφεση, ή κρίση για πολλά κράτη χαμηλού και μέσου εισοδήματος. Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι

οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου αυξάνεται κατακόρυφα το ποσοστό της ανεργίας αλλά και αυτό της εργασιακής ανασφάλειας. Τα τελευταία 20 χρόνια, σε όλες τις σχετικές μελέτες, φαίνεται ότι η ανεργία και η ανασφάλεια οδηγούν σε απώλεια ευημερίας και φτώχεια και έχουν δραματικές αν και όχι απόλυτα διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία. Η πλειοψηφία τους υποδεικνύει μια ανάλογη σχέση που έχει η μακροχρόνια ανεργία με τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και κυρίως ψυχικές διαταραχές που πυροδοτούν ένα νέο κύκλο προβλημάτων όπως τις αυτοκτονίες και τους βίαιους θανάτους (εγκλήματα, θάνατοι από υπερβολική δόση αλκοόλ και ναρκωτικών). Ο ΠΟΥ προειδοποιεί ότι οι αρνητικές συνέπειες της κρίσης θα είναι πολύ μεγαλύτερες για κράτη που έχουν χαμηλά χρηματοδοτικά αποθέματα, αδύναμους κοινωνικούς θεσμούς και κατεστραμμένες δομές, για αναπτυσσόμενα κράτη που θα περιοριστεί η οικονομική τους στήριξη, ή και για ανεπτυγμένα κράτη που έχουν ζητήσει επειγούσα βοήθεια από το ΔΝΤ αλλά και για ευαίσθητες πληθυσμιακές ομάδες στο εσωτερικό των εύρωστων οικονομικά χωρών, ενώ ο περιορισμός τους φαίνεται να στηρίζεται σε πολιτικές οικονομικής και κοινωνικής στήριξης. Η οικονομική κρίση δημιουργεί, επίσης, προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, ενώ ταυτόχρονα επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, λόγω αυξημένης ζήτησης. Η ανάγκη ορθής κατανομής των περιορισμένων οικονομικών πόρων με γνώμονα τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης γίνεται σήμερα ακόμη πιο επιτακτική. Η κρίση που άρχισε στην Αμερική και στον τραπεζικό τομέα της Ευρώπης και εξαπλώθηκε ταχύτατα σε παγκόσμια κλίμακα, έχει γίνει πλέον κοινωνική κρίση που επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα της ζωής και της υγείας τόσο σε πλούσια όσο και σε φτωχά κράτη. Πέραν από τη σοβαρότητα, την ένταση και τη διάρκεια της κρίσης δύο παράμετροι έχουν καθοριστικό ρόλο στο πώς θα επηρεάσει τον τομέα της υγείας και αυτές είναι οι προϋπάρχουσες υποδομές και η ποιότητα (και αμεσότητα) των μέτρων για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία.<sup>1</sup>

## **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ**

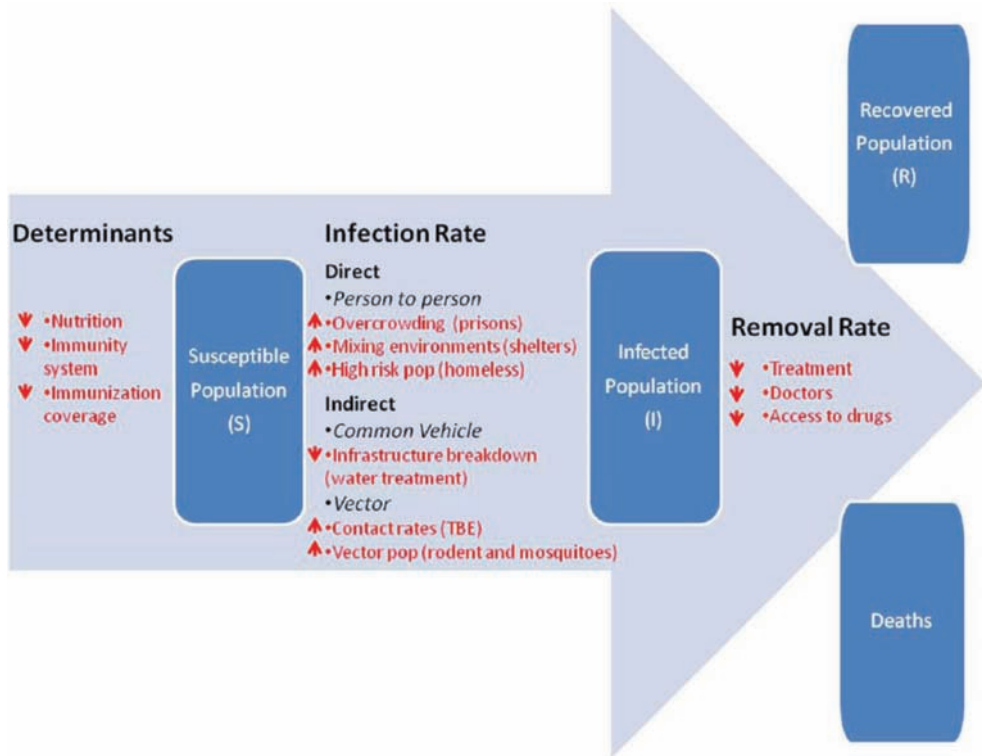
Η ανησυχία των επαγγελματιών της δημόσιας υγείας καθημερινά γίνεται και μεγαλύτερη όσον αφορά στις επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης τόσο στη μετάδοση των λοιμώξεων όσο και στις δυνατότητες λήψης μέτρων για τον έλεγχο τους. Για παράδειγμα, κάποιες χώρες έχουν μειώσει τα κονδύλια που αφορούν στον έλεγχο των λοιμώξεων με κίνδυνο τόσο στη θεραπεία όσο και στη διασπορά ανθεκτικών μικροβίων. Οι φαρμακευτικές εταιρείες, αναφέρουν μειωμένες πωλήσεις σε συνταγογραφούμενα αντιμικροβιακά και οι εργαζόμενοι λόγω της εργασιακής ανασφάλειας που επικρατεί δεν λαμβάνουν αναρρωτικές άδειες με το φόβο μην χάσουν τη δουλειά τους με αποτέλεσμα κίνδυνο μετάδοσης λοιμώξεων στο εργασιακό περιβάλλον. Η ανάλυση των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η οικονομική κρίση στις λοιμώξεις είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη και αφορά σε πολλαπλά επίπεδα.<sup>2</sup>

Κατά τη διάρκεια προηγούμενων οικονομικών κρίσεων έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση στις λοιμώξεις. Τη δεκαετία του 1990 χώρες της πρώην ΕΣΣΔ και της ανατολικής Ευρώπης έζησαν μια καταστροφική κρίση με 30% πτώση του ΑΕΠ. Συγχρόνως η

επίπτωση, ο επιπολασμός και η θνητότητα από φυματίωση αυξήθηκαν ενώ η ανεπαρκής και κακώς επιτηρούμενη θεραπεία οδήγησαν στην ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών μικροβίων<sup>3,4</sup>. Τα κρούσματα με HIV λοίμωξη αυξήθηκαν, ενώ επίσης παρατηρήθηκαν επιδημίες διφθερίτιδας<sup>5</sup> εγκεφαλίτιδας από κρότωνες<sup>6,7</sup> και λεπτοσπείρωσης<sup>8</sup>. Αυτά τα φαινόμενα καταγράφηκαν στη διάρκεια της κρίσης. Σήμερα ακόμα σε μερικές από αυτές τις χώρες του πρώην σοβιετικού μπλοκ και της ανατολικής Ευρώπης δεν έχει καταστεί δυνατόν να σταματήσει η διασπορά της φυματίωσης και του HIV.

Ακόμα και με την απουσία οικονομικής κρίσης τα λοιμώδη νοσήματα προσβάλλουν συνήθως τον ευάλωτο, φτωχό πληθυσμό. Υπάρχει σαφής συσχέτιση στη βιβλιογραφία μεταξύ του εισοδήματος και της επίπτωσης της φυματίωσης<sup>9</sup>.

Ένας πολύ καλός τρόπος να περιγράψει κανείς τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα των λοιμώξεων περιγράφεται σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση από τον M. Suhrcke και συν.<sup>10</sup> και φαίνεται στην Εικ. 1.



**Εικ. 1.** Susceptible, Infectious, Recovered (SIR) Model of infectious Disease Dynamics. Notes: Selected examples of determinants or drivers of ID transmission risk have been added to the SIR Model; however, they do not represent an exhaustive inventory and are intended to visualize potential impacts of the crises. Arrows represent suggested direction of these impacts. Extensions to the basic model for infectious such as TB can account for how factors that will increase progression are different from those that increase infection (as in the SIR model or susceptible, latent, infected TB models); see for example Blower S, McLean, AR, Porco, TC, et al. The intrinsic transmission dynamics of tuberculosis epidemics Nature Medicine. 1995; 1:815-21).

Με βάση το πρότυπο αυτό η ανάλυση του κινδύνου λοιμωδών νοσημάτων ενώ αρχικά είναι πολύπλοκη καθορίζεται βασικά από τρεις παραμέτρους και απλοποιείται. Έτσι περιγράφεται η πρόοδος μιας πιθανής επιδημίας με τον καθορισμό του επίνοσου πληθυσμού, του πληθυσμού που έχει μολυνθεί και αυτού που έχει ιαθεί και θεωρείται άνοσος ή έχει πεθάνει από τη λοίμωξη. Αυτή η μέθοδος ανάλυσης εφαρμόζεται στα εξανθηματικά παιδιατρικά νοσήματα, στη φυματίωση και σε άλλους λοιμογόνους παράγοντες, που μπορεί η διασπορά τους να λάβει διαστάσεις επιδημίας, όμως μπορεί να είναι δύσκολη η εφαρμογή της σε άλλες λοιμώξεις (όπως π.χ. γονόρροια). Το μοντέλο SIR (susceptible-infected-recovered) μπορεί να μην εξετάζει με λεπτομέρεια συγκεκριμένα λοιμώδη νοσήματα (όπως περίοδο επώασης, μερική ανοσία του υπό εξέταση πληθυσμού κ.λπ.) αλλά σαφώς προσφέρεται στο να κατανοήσουμε τι επίδραση μπορεί να έχει μια οικονομική κρίση (με τις πολλαπλές επιπτώσεις της σε διάφορους τομείς) στη μετάδοση λοιμωδών παραγόντων. Για παράδειγμα χρησιμοποιώντας το SIR μοντέλο μπορούμε να κατανοήσουμε τη δυναμική της διασποράς κάποιων λοιμώξεων στην ανατολική Ευρώπη τη δεκαετία του 1990:

**Αύξηση των επαφών με τον λοιμώδη παράγοντα στα επίνοσα άτομα (S → I).** Η συχνότητα της κροτωνογενούς εγκεφαλίτιδας αυξήθηκε γιατί οι κάτοικοι των χωρών της Βαλτικής διέμεναν περισσότερο χρονικό διάστημα σε αγροτικές περιοχές, ερχόμενοι έτσι σε επαφή με κρότωνες<sup>11</sup>. Η συχνότητα της φυματίωσης αυξήθηκε λόγω της αύξησης του αριθμού φυλακισμένων, τοποθετώντας έτσι άτομα υψηλού κινδύνου σε συνθήκες υψηλής μεταδοτικότητας, καθιστώντας αυτό το μηχανισμό πολύ σημαντικό στη δυναμική διασποράς της επιδημίας της φυματίωσης στην ανατολική Ευρώπη<sup>12,13</sup>.

**Μεγαλύτερη ευαισθησία σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού (S → I).** Το στρες που σχετίζεται με την οικονομική κρίση μεταφράζεται συχνά σε συμπεριφορά υψηλού κινδύνου όπως κατάχρηση αλκοόλ, καπνού, εξαρτησιογόνων ουσιών και κακή διατροφή, παράγοντες που σχετίζονται με τη διασπορά κάποιων λοιμώξεων.<sup>14-19</sup>

**Δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και χειρότερη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (I → R).** Μειώσεις στον προϋπολογισμό του κράτους για την υγεία μετακινούν μεγαλύτερα έξοδα στους ασθενείς και δημιουργούν θεραπευτικά προβλήματα και κακή ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η μετανάστευση μπορεί να επηρεάσει την παρακολούθηση κάποιων ασθενών<sup>20,21</sup>.

Ανασκοπώντας τη βιβλιογραφία της επίδρασης μιας οικονομικής ή/και πολιτικής κρίσης στις λοιμώξεις μπορεί κανείς να βρει 37 μελέτες κυρίως παρατήρησης (76%) και λιγότερο αναλυτικές. Οι περισσότερες από αυτές συσχετίζουν την κρίση με δυσμενείς συνέπειες στις λοιμώξεις<sup>22,23</sup> ενώ οι υπόλοιπες 7 βρίσκουν θετικές ή καθόλου συνέπειες της κρίσης στις λοιμώξεις (Πίν. 1).

Οι μελέτες που συμπεριλαμβάνονται στον Πίν. 1 αφορούν σε χώρες μεσαίου και υψηλού βιοτικού επιπέδου και δεν γίνεται αναφορά σε φτωχά κράτη του τρίτου κόσμου όπου τα προβλήματα είναι διαφορετικά και αφορούν κυρίως σε μεγάλες ανεπάρκειες στις κρατικές υποδομές, ειδικά του συστήματος υγείας (αν υπάρχει), στην συνεχή αστάθεια του πολιτικού συστήματος και ίσως στο διαφορετικό «φορτίο» συγκεκριμένων λοιμωδών παραγόντων.

Εξετάζοντας προσεκτικά τις μελέτες αυτές μπορεί με τη βοήθεια του μοντέλου SIR να βρει παράγοντες που σχετίζονται με την κάθε μια από τις 3 παραμέτρους του

**Πίν. 1.** Βιβλιογραφικές αναφορές συσχέτισης οικονομικής ή/και πολιτικής κρίσης και λοιμώξεων.

Χώρα	Έτη	Είδος μελέτης	Είδος κρίσης	Παράμετρος	Κύρια ευρήματα
1. Κεντρική και Av. Ευρώπη	1987-1994	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Θνητότητα από λοιμώξεις	↓θνητότητας από λοιμώξεις
2. Κεντρική και Av. Ευρώπη	1991-1998	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	TB/HIV	↑TB (και MDR)/↑HIV/ ↑Σύφιλη
3. Κεντρική και Av. Ευρώπη	1989-1991	Περιγραφική	↓ΑΕΠ	Εγκεφαλίτιδα από κρότνες	↑επίπτωσης Κ.Ε
4. Κεντρική και Av. Ευρώπη	1989-1999	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	TB	↑TB
5. Κεντρική και Av. Ευρώπη	1990-	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Εγκεφαλίτιδα από κρότνες	↑επίπτωσης Κ.Ε
6. Χώρες πρώην ΕΣΣΔ	1993-1994	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Διφθερίτιδα	↑επίπτωσης διφθερίτιδας
7. Κροατία	1991-1995	Περιγραφική	Πολεμική σύρραξη	TB	↑επίπτωσης παιδικής TB
8. Τσεχία/ Σλοβακία	1993-2002	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Σαλμονέλλωση	↑επίπτωσης
9. Av. Ευρώπη/ πρώην ΕΣΣΔ	1990-1992	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	TB	↑TB
10. Av. Ευρώπη/ πρώην ΕΣΣΔ	1992-2002	Πολυπαραγοντική ανάλυση	↓ΑΕΠ/ ΔΝΤ	TB	↑TB
11. Εσθονία	1987-1990 1999-2000	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Θνητότητα από λοιμώξεις	↑θνητότητας από λοιμώξεις
12. Κεντρική και Av. Ευρώπη	1980-2006	Πολυπαραγοντική ανάλυση		TB/ Νέες περιπτώσεις-θνητότητα	↑TB/↑θνητότητας από TB

(συνεχίζεται)



**Πίν. 1.** (συνέχεια) Βιβλιογραφικές αναφορές συσχέτισης οικονομικής ή/και πολιτικής κρίσης και λοιμώξεων.

Χώρα	Έτη	Είδος μελέτης	Είδος κρίσης	Παράμετρος	Κύρια ευρήματα
13. Χώρες Ε.Ε	1970-2007	Πολυπαραγοντική ανάλυση	Αύξηση ανεργίας >3%	TB-Θνητότητα	Καμία επίδραση
14. Γερμανία	1980-2000	Πολυπαραγοντική ανάλυση	Επίπεδο ανεργίας του κρατιδίου	Πνευμονία-Γρίπη	Μείωση θνητότητας με αύξηση της ανεργίας
15. Ιαπωνία	1950-2002	Περιγραφική	ΑΕΠ/Ανεργία	Πνευμονία	Μείωση θνητότητας με αύξηση της ανεργίας
16. Χώρες ΟΟΣΑ	1960-1997	Περιγραφική	Ανεργία	Πνευμονία-Γρίπη	Μείωση θνητότητας με αύξηση της ανεργίας
17. Ρουμανία	1990-1998	Περιγραφική	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Θνητότητα HIV	↑ παιδικής θνητότητας από AIDS
18. Ρουμανία	1980-1998 1990-2004	Περιγραφική	Πολεμική σύρραξη και μετακινήσεις πληθυσμών	Τριχίνωση	↑επίπτωσης
19. Ρωσία	1988-1994 1999-2000	Περιγραφική	↓ΑΕΠ/ ΔΝΤ	Θνητότητα από λοιμώξεις	↑θνητότητας από λοιμώξεις
20. Ρωσία	1990-1994	Περιγραφική	↓ΑΕΠ	Πνευμονία-Γρίπη	↑επίπτωσης
21. Ν.Α Ασία	1990-	Περιγραφική	Οικονομική	HIV/STIs	↑HIV/STIs
22. Ν.Α Ευρώπη/Βαλκάνια	1963-1968 1990-1995	Περιγραφική	Εμφύλιοι πόλεμοι-μετάβαση από κομμουνισμό σε καπιταλισμό	Τριχίνωση	↑επίπτωσης x3
23. Νότιος Κορέα	1990-2002	Περιγραφική	↓ΑΕΠ/ Οικονομική ύφεση/ ανεργία	Πνευμονία/ Γρίπη	Κυρίως μείωση
24. ΗΠΑ	1950-1975	Περιγραφική	Επίπεδα ανεργίας	Πνευμονία/ Γρίπη	Καμία σχεδόν επίδραση

(συνεχίζεται)

**Πίν. 1.** (συνέχεια) Βιβλιογραφικές αναφορές συσχέτισης οικονομικής ή/και πολιτικής κρίσης και λοιμώξεων.

Χώρα	Έτη	Είδος μελέτης	Είδος κρίσης	Παράμετρος	Κύρια ευρήματα
25. ΗΠΑ/Νέα Υόρκη	1974-1995	Ανάλυση κόστους-ασθένειας	Μείωση του προϋπολογισμού του Υπ. Υγείας	TB	↑TB
26. ΗΠΑ/Καλιφόρνια	2007	Περιγραφική	Κτηματομεσιτική	Ιός Δυτικού Νείλου	Επιδημία (140 κρούσματα)
27. ΗΠΑ	1980-1982	Οικονομομετρική	↓ΑΕΠ/↑ ανεργίας	Λοιμώξεις αναπν/κού, ουρολοιμώξεις, TB, σύφιλη, εμβολιασμοί	↑λοιμώξεων αναπν/κού, ↑TB, ↑συγγενούς σύφιλης, ↓εμβολιασμών 6%
28. Ουζμπεκιστάν	1996	Τυχαιοποιημένη	Οικονομική/ πολιτική/ κοινωνική αστάθεια	Λοιμώξεις διάρροιες	↑κρούσματα διάρροιας λόγω βλαβών στο σύστημα ύδρευσης
29. Κούβα	1980-1996	Περιγραφική	Οικονομική ύφεση/Εμπάργκο	Λοιμώξεις	Αύξηση στην επίπτωση όλων των υπό μελέτη λοιμώξεων
30. Κούβα	1989-1995	Περιγραφική	Οικονομική ύφεση/Εμπάργκο	Λοιμώξεις	Αύξηση στην επίπτωση όλων των υπό μελέτη λοιμώξεων
31. Κούβα	1989-1993	Περιγραφική	Οικονομική ύφεση/Εμπάργκο	Διάρροιες, HAV, STIs	Αύξηση
32. Μεξικό	1994-1995	Πολυπαραγοντική	Επίπεδα ΑΕΠ	Λοιμώξεις	Αύξηση θνητότητας
33. Περού	1978-1996	Περιγραφική	Οικονομική	Μαλάρια, ιλαρά, χολέρα	Αύξηση
34. Σερβία	1992-1995	Περιγραφική	Μείωση ΑΕΠ/ Οικονομικό εμπάργκο	Λοιμώξεις	Αύξηση θνητότητας
35. Σερβία	2001-2002	Περιγραφική	Πολεμική σύρραξη	Τριχίνωση	↑επίπτωσης
36. Σερβία/ Κόσσοβο	1999-2000	Περιγραφική	Άμεσα μεταπολεμική περίοδος	Τουλαρεμία	Επιδημία(360 κρούσματα)
37. Νότιος Αφρική	1994	Περιγραφική	Περίοδος μετάβασης στη δημοκρατία	HIV	Αύξηση επιπολασμού

μοντέλου. Συγκεκριμένα υπάρχουν στοιχεία ότι μια κρίση συχνά αυξάνει τις άμεσες και έμμεσες επαφές μεταξύ των ανθρώπων αλλά και μεταξύ των υποδόχων-δεξαμενών ενός λοιμώδους νοσήματος<sup>14-16</sup>. Επίσης μια κρίση μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά που να έχουν επίπτωση στην γενικότερη υγεία και ανοσία<sup>11</sup>. Στη φάση λοιπόν, που αφορά την ισορροπία επίνοσου και προσβεβλημένου πληθυσμού από ένα λοιμώδη παράγοντα ( $S \rightarrow I$ ) η κρίση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη εγληματοκτικότητα και αύξηση του πληθυσμού στις φυλακές. Οι φυλακές έχει δείχθει ότι λειτουργούν ως δεξαμενή πολλαπλασιασμού κρουσμάτων φυματίωσης με το συγχρωτισμό με επέκταση της πιθανής επιδημίας στο γενικό πληθυσμό<sup>2</sup>. Σε μια μελέτη που προέρχεται από το Ουζμπεκιστάν μετά τη διάλυση της ΕΣΣΔ καταγράφηκε μια μεγάλη επιδημία λοιμώδους διάρροιας λόγω βλάβης στο σύστημα ύδρευσης και επικοινωνίας του με το αποχετευτικό σύστημα και ανεπάρκειας των υποδομών του κράτους να συντηρήσει ή/και να επιδιορθώσει τυχόν φθορές.

Περιβαλλοντικοί παράγοντες έχουν τεκμηριωθεί σαν σημαντικοί στην ισορροπία του επίνοσου και προσβεβλημένου πληθυσμού ( $S \rightarrow I$ ) όπως για παράδειγμα μια επιδημία κρουσμάτων Εγκεφαλίτιδας του Δυτικού Νείλου (WNV) στην Καλιφόρνια το 2007<sup>19</sup> σε περίοδο κρίσης στον τομέα των οικοδομών όπου οι κάτοικοι εγκαταλείποντας οικίες με πισίνες χωρίς συντήρηση επέτρεψαν τον ελεύθερο πολλαπλασιασμό των κουνουπιών και κατ' επέκταση την αύξηση των κρουσμάτων WNV. Παρόμοιες συνθήκες δημιουργήθηκαν και στο Κόσσοβο το 2000<sup>20</sup> όταν οι μετακινήσεις πληθυσμών και η εγκατάλειψη καταστημάτων με τρόφιμα λόγω πολέμου επέτρεψε των πολλαπλασιασμό τρωκτικών και την αύξηση κρουσμάτων τουλαρεμίας.

Αλλαγές στη συμπεριφορά που παρατηρούνται σε περιόδους κρίσης μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην υγεία και ειδικά στην ευαισθησία του οργανισμού στις λοιμώξεις. Το κάπνισμα, το αλκοόλ και η χρήση άλλων ουσιών έχουν αρνητική επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα<sup>10</sup>. Συγκεκριμένα το κάπνισμα αυξάνει την πιθανότητα φυματίωσης αλλά και τη θνητότητα από αυτή<sup>10,24</sup>. Η κατάχρηση αλκοόλ αυξάνει τον κίνδυνο για πνευμονία και φυματίωση.

Άλλοι παράγοντες που μπορεί να έχουν δυσμενή επίδραση στην άμυνα του οργανισμού είναι το στρες του οποίου ο ρόλος δεν είναι απολύτως ξεκαθαρισμένος όπως και διατροφικοί παράγοντες αφού ως γνωστό ο υποσιτισμός είναι παράγοντας κινδύνου μέσω ανοσοκαταστολής, που ευνοεί την αναζωπύρωση της φυματίωσης<sup>16</sup>.

Ο δεύτερος άξονας που επηρεάζεται από μια οικονομική κρίση είναι η σχέση των προσβεβλημένων ατόμων από ένα λοιμώδη παράγοντα και αυτών που έχουν θεραπευτεί ( $I \rightarrow R$ ). Υπάρχουν δεδομένα τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από την πλευρά της ζήτησης και πρόσβασης στις υπηρεσίες δημόσιας κυρίως υγείας (μείωση ποσοτική και ποιοτική στην παροχή υπηρεσιών υγείας, μειωμένη αποτελεσματικότητα της θεραπείας, καθυστερήσεις στη διάγνωση και στην έναρξη της θεραπείας, ανάπτυξη αντοχής των μικροβίων και μειωμένη συμμόρφωση στην αγωγή).

Τα περισσότερα στοιχεία που υπάρχουν είναι αυτά που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε περιόδους κρίσης ένα κράτος τείνει να μειώσει τα έξοδά του. Μια μελέτη για παράδειγμα που αφορούσε σε κράτη που έλαβαν οικονομική βοήθεια από το ΔΝΤ έδειξε ότι μέσω της μείωσης των κονδυλίων για την υγεία, μειώθηκε ο αριθμός των ιατρών αναλογικά με τους κατοίκους, δεν εφαρμόζονταν καλά το πρόγραμμα άμεσης

παρακολούθησης της θεραπείας για τη φυματίωση (DOTS) έτσι αυξήθηκε η επίπτωση (13.9%), ο επιπολασμός (13.3%) και η θνητότητα (16.6%) από τη νόσο.

Η παραπάνω παρατήρηση δεν αφορά μόνο σε κράτη που λαμβάνουν δάνεια αλλά και σε μέρη που λόγω μείωσης του προϋπολογισμού για την δημόσια υγεία όπως στη Νέα Υόρκη το 1990 έκλεισαν περιφερικά κέντρα υγείας και αυτό οδήγησε σε αύξηση της επίπτωσης της φυματίωσης και της αντοχής του μυκοβακτηριδίου της φυματίωσης από 10% σε 25% (κακής ποιότητας διάγνωση και παρακολούθηση και μειωμένη επάρκεια φαρμάκων πρώτης γραμμής). Παρομοίως το κλείσιμο μονάδων HIV συνέπεσε με το διπλασιασμό των κρουσμάτων από 250.000 σε 500.000 μεταξύ του 1985 και 1990<sup>10</sup>.

Ένα παράδειγμα που υποστηρίζει τα παραπάνω δεδομένα είναι αυτό της Ασιατικής κρίσης στα μέσα της δεκαετίας του 1990 όταν η οικονομική ύφεση κτύπησε την Ταϊλάνδη και τη Μαλαισία. Ενώ η πρώτη επέλεξε να μειώσει τα κονδύλια για την υγεία η δεύτερη αύξησε τη δαπάνη στην υγεία και ειδικά στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στην Ταϊλάνδη παρατηρήθηκε αύξηση στα κρούσματα HIV/AIDS (2%) όπως και στα ΣΜΝ και την ελονοσία και μείωση στον αριθμό των παιδιών που εμβολιάζονται (6%). Αντίθετα στη Μαλαισία δεν παρατηρήθηκε κάτι παρόμοιο.

Από την πλευρά της ζήτησης και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας φαίνεται ότι οι πολίτες ενός κράτους επηρεάζονται αρνητικά κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Στις ΗΠΑ το 1980-82 υπήρξε αύξηση των κρουσμάτων σύφιλης, φυματίωσης και λοιμώξεων του ουροποιογεννητικού, όπως και μείωση των εμβολιασμών στα παιδιά<sup>26</sup> ως αποτέλεσμα της μειωμένης ζήτησης και πρόσβασης. Υπάρχουν αναφορές ότι σε περιόδους κρίσης ιδιαίτερα τα φτωχά στρώματα του πληθυσμού σε κράτη που η συμμετοχή του πολίτη στα έξοδα της υγείας είναι σημαντική (out-of pocket spending) δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας, αδυνατούν να αγοράσουν φάρμακα ή να πληρώσουν τη συμμετοχή σε συνταγές ή παρακλινικές εξετάσεις.

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα έχε πληγεί από τις αρχές του 2007 από την οικονομική κρίση και φαίνεται ότι αντιμετωπίζει το μεγαλύτερο οικονομικό πρόβλημα από όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Η ανεργία από 6,6% τον Μάιο του 2008, εκτινάχθηκε στο 16,6% τον Μάιο του 2011 και η ανεργία των νέων από 18,6% στο 40,1% καθώς το έλλειμμα αυξήθηκε από μεταξύ 2007 και 2010 από 105,4% στο 142,8%. Σήμερα η ανεργία κυμαίνεται περί το 25% και μεταξύ των νέων υπερβαίνει το 50%<sup>27</sup>.

Τα σημερινά δεδομένα στην Ελλάδα όσο αφορά στον ευαίσθητο τομέα της υγείας και ειδικά στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων είναι πολύ ανησυχητικά και απαιτούν άμεση αντιμετώπιση από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς. Μετά από 40% μείωση του προϋπολογισμού των δημοσίων νοσοκομείων, υποστελέχωση αντιστοίχων τμημάτων, περιστασιακές ελλείψεις σε φάρμακα και συγχρόνως αύξηση των ασθενών που απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία κατά 25-30% ένα μεγάλο-προυπάρχον της κρίσης- πρόβλημα, των νοσοκομειακών λοιμώξεων από πολυανθεκτικά παθογόνα (εντεροβακτηριακά ανθεκτικά στις καρβαπενέμες *KPC*, *VIM*, πολυανθεκτικά στελέχη *Ac baumannii*, πολυανθεκτικά στελέχη *Pseudomonas aeruginosa*) έχει λάβει τα τελευταία

δύο χρόνια επιδημικές διαστάσεις<sup>28</sup>.

Σημαντική αύξηση έχει παρατηρηθεί από το 2010 σε κρούσματα HIV<sup>29</sup> κυρίως σε χρήστες ενδοφλεβίων ναρκωτικών (Πίν. 2 και Εικ. 2) αποτέλεσμα τόσο της αύξησης των χρηστών ενδοφλέβιας ηρωίνης κατά 20% αλλά και της αύξησης της πορνείας.

Μια ακόμα πιθανή απειλή για τη δημόσια υγεία στον τομέα των λοιμώξεων προέρχεται από την παρατηρούμενη αύξηση των κρουσμάτων φυματίωσης και ιδιαίτερα πολυανθεκτικής<sup>30</sup> κυρίως σε παράνομους μετανάστες (και παιδιά) που εκδηλώνεται μέσα στα ελληνικά σωφρονιστικά ιδρύματα με τους κινδύνους διασποράς λόγω συγχρωτισμού όπως προαναφέρθηκε.

Τέλος με την εμφάνιση της κρίσης συνέπεσαν στην Ελλάδα και δύο επιδημίες

Πίν. 2. Περιπτώσεις HIV λοίμωξης με βάση το έτος δήλωσης (Ιανουάριος-Οκτώβριος) και την κατηγορία μετάδοσης.

Κατηγορία μετάδοσης	Έτος δήλωσης (1 <sup>η</sup> Ιανουαρίου έως 31 <sup>η</sup> Οκτωβρίου)				
	2008	2009	2010	2011	2012
Ομο/αμφιφυλόφιλοι άνδρες	309 (55,1%)	254 (54%)	303 (57,4%)	310 (38,1%)	256 (24,4%)
Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών	10 (1,8%)	10 (2,1%)	14 (2,7%)	206 (25,3%)	487 (46,4%)
Ετεροφυλόφιλοι/ες	130 (23,2%)	93 (19,8%)	96 (18,2%)	143 (17,6%)	108 (10,3%)
Ακαθόριστοι/ες	107 (19,1%)	111 (23,6%)	113 (21,4%)	150 (18,5%)	198 (18,9%)



Εικ. 2. Νέες περιπτώσεις HIV λοίμωξης ανά 100000 πληθυσμού.

αναδυόμενων-επαναδυόμενων παθογόνων, η επιδημία του ιού του Δυτικού Νείλου και της ελονοσίας<sup>31,32</sup> που παρόλο που αντικειμενικά δεν αποτελούν πρόβλημα δημόσιας υγείας, σε εποχές οικονομικής κρίσης όμως έχει φανεί μπορεί να εξελιχθούν σε σοβαρά προβλήματα.

### Συμπεράσματα:

Έχει δειχθεί από μελέτες στο παρελθόν ότι μια κρίση (οικονομική, κοινωνική, πολιτική) μπορεί να έχει πολλαπλές συνέπειες και στον τομέα της αντιμετώπισης και του ελέγχου των λοιμώξεων. Αυξάνεται με την κρίση το μέγεθος του μέρους του πληθυσμού υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας συνθήκες «υπερμεταδοτικού περιβάλλοντος» ανάμεσα σε άστεγο πληθυσμό, εθνικές μειονότητες, μετανάστες (ειδικά παιδιά), φυλακισμένους και φτωχούς. Συγχρόνως περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως συγχρωτισμός και κακό εργασιακό περιβάλλον καθώς και η ευαισθησία αυτών των πληθυσμιακών ομάδων (μειωμένη ανοσία, υποσιτισμός, μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας) δημιουργούν ένα «εκρηκτικό μίγμα» για την αύξηση των λοιμώξεων<sup>2,27</sup>.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Simms C. Economic crisis and mortality Intern J Clinical Practice 2009; 8:1119-22
2. Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. Plos One 2011; 6:e20724
3. Farmer P. Infections and inequalities: the modern plagues University of California Press 2001.
4. Shilova M, Dye C. The resurgence of tuberculosis in Russia. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2001;356: 1069–1075.
5. Markina S, Maksimova N, Vitek C, et al. Diphtheria in the Russian Federation in the 1990s. J Infect Dis 2000; 181: S27–34.
6. Randolph S. Tick-borne encephalitis incidence in central and eastern Europe: consequences of political transition. Microbes and Infection 2008;10: 209–216.
7. Sumilo DBA, Asokliene L, Lucenko I, et al. Tickborn encephalitis in the Baltic States: identifying risk factors in space and time. Int J Med Microbiol 2006;296: 76–79.
8. Stoilova Y, Popivanova N. Epidemiologic studies of leptospiroses in the Plovdiv region of Bulgaria. Folia Med 1999;41: 73–79.
9. Suk JMD, Buscher G, Semenza JC. Wealth inequality and TB elimination in Europe. Emer Infect Dis 2009;15: 1812–1814.
10. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? A preliminary review of relevant evidence. ECHAA Conference on Credit Crisis or Global Depression. London 2009.
11. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. Ulster Med J 2009;78: 1–3.
12. Stuckler D, Basu S, McKee M, et al. Mass incarceration can explain population increases in TB and multi-drug resistant TB in European and central Asian countries. Proc Nat Acad Sciences 2008;105:13280–13285.
13. Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka T, et al. Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. The Lancet 2003;16: 507–515.
14. Pesaran M, Shin Y, Smith R, et al. Pooled mean group estimation of dynamic heterogeneous panels. J Am Statistical Assoc 1999;94: 621–634.
15. Drobniewski F, Balabanova Y, Ruddy M, et al. Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous

- drug abuse in prisoners. *Euro Respir J* 2005;26: 298–304.
16. Schwenk A, Macallan D. Tuberculosis, malnutrition and wasting. *Cur Opin Clinical Nut Met Care* 2000; 3:285–291.
  17. Rehm J, Samokhvalov A, Neuman M. The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health* 2009;5: 450.
  18. Prasad R, Suryakant G, Singhal S, et al. A case-control study of tobacco smoking and tuberculosis in India. *Ann Thorac Med* 2009;4: 208–210.
  19. Reisen W, Takahashi R, Carroll B, et al. Delinquent mortgages, neglected swimming pools, and West Nile virus, California. *Emerg Infect Dis* 2009;15: 508–509.
  20. R Reintjes ID, Gjini A, Jorgensen TR. Tularemia outbreak investigation in Kosovo: case control and environmental studies. *Emerg Infect Dis* 2002;8: 69–73.
  21. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, et al. Economic crises and mortality: A review of the literature. *Intern J Clin Practice* 2009; 63:1128–1135.
  22. Glaser R, Rabin B, Chesney M, et al. Stress-Induced Immunomodulation: Implications for Infectious Diseases? *JAMA* 1999; 281: 2268–2270.
  23. Marsland A, Bachen E, Cohen S, et al. Stress, immune reactivity and susceptibility to infectious disease. *Physiology and Behavior* 2002; 77: 711–716.
  24. Sitas F, Urban M, Bradshaw D, et al. Tobacco attributable deaths in South Africa. *Tobacco Control* 2004; 13: 396–399.
  25. Freudenberg N, Fahs M, Galea S, et al. The impact of New York City's 1975 fiscal crisis on the tuberculosis, HIV, and homicide syndemic. *Am J of Public Health* 2006; 96: 424–434.
  26. Miller CA, Coulter EJ, Schorr LB. The world economic crisis and the children: United States case study. *Intern J of Health Services* 1985; 15:95–134.
  27. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378:1477-78
  28. Miyakis S, Pefanis A, Tsakris A. The challenges of antimicrobial drug resistance in Greece. *Clin Infect Dis* 2011; 53:177-84
  29. Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, et al. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill* 2011; 16
  30. Papaventsis D, Nikolaou S, Karabela S, et al. Tuberculosis in Greece: bacteriologically confirmed cases and anti-tuberculosis drug resistance, 1995-2009. *Euro Surveill* 2010; 15
  31. Danis K, Baka A, Lenglet A, et al. Autochthonous Plasmodium vivax malaria in Greece, 2011. *Euro Surveill.* 2011;16
  32. Danis K, Papa A, Theocharopoulos G, et al. Outbreak of West Nile virus infection in Greece, 2010. *Emerg Infect Dis* 2011;17:1868-72

# Επικοινωνία με τα ΜΜΕ: το Παράδειγμα της Πρόσφατης Πανδημίας της Γρίπης

Σωτήριος Τσιόδρας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Επικοινωνία με τα ΜΜΕ κατά τη διάρκεια μιας περιόδου κρίσης αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα. Απαιτείται η προϋπαρξη στρατηγικού σχεδιασμού σε Εθνικό Επίπεδο. Το Εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση πανδημίας γρίπης<sup>1</sup> που καταρτίστηκε το 2009 περιλαμβάνει ένα κεφάλαιο πέντε σελίδων για το Εθνικό σχέδιο επικοινωνίας κατά τη διάρκεια πανδημίας. Ο στρατηγικός σχεδιασμός βασίζεται στις αρχές και οδηγίες παρόμοιου σχεδιασμού που έχει εκδοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Ο ΠΟΥ θεωρεί την εμπιστοσύνη (trust), την έγκαιρη επικοινωνία (timeliness) και τη διαφάνεια (transparency) ως τους τρεις θεμέλιους λίθους οιοδήποτε επικοινωνιακού σχεδιασμού.

Ο Εθνικός σχεδιασμός της Ελλάδας είχε ως στόχο όχι μόνο το γενικό κοινό, αλλά και ειδικές ομάδες του πληθυσμού όπως: α) οι πληθυσμοί υψηλού κινδύνου για σοβαρή νόσο, β) τα παιδιά και οι νέοι, γ) οι επαγγελματίες υγείας, δ) το στρατιωτικό προσωπικό και η αστυνομία και άλλες υπηρεσίες ασφάλειας του πληθυσμού, ε) οι δημόσιες υπηρεσίες (ΔΕΗ, ΕΥΔΑΠ, ΟΤΕ κ.λπ.), στ) τις διοικητικές υπηρεσίες στην περιφέρεια και τις τοπικές αρχές, ζ) τις επιχειρήσεις, η) τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και θ) ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως οι μετανάστες<sup>1</sup>.

Η διαχείριση της πανδημίας γρίπης σε επικοινωνιακό επίπεδο περιελάμβανε τη συμμετοχή εκπροσώπων από πολλαπλούς φορείς δημόσιας υγείας όπως τα εμπλεκόμενα υπουργεία (π.χ. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εσωτερικών), το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, ο Εθνικός οργανισμός φαρμάκων (ΕΟΦ, Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τα πολιτικά κόμματα (κατά τη διάρκεια της πανδημίας έγινε ενημέρωση και στην Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων στη Βουλή των Ελλήνων) και φυσικά σε εκπροσώπους του τύπου<sup>1</sup>.

Στις συγκεκριμένες δράσεις του εθνικού σχεδιασμού, σε σχέση με θέματα επικοινωνίας μεταξύ άλλων αναφέρονται οι κατωτέρω μαζί με θέματα που προέκυψαν κατά την υλοποίησή τους:

Ειδική καμπάνια ενημέρωσης με τακτικές συναντήσεις με εκπροσώπους του τύπου (πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας αλλά με αρκετές πολιτικές παρεμ-



βάσεις). Η προβλεπόμενη από τον εθνικό σχεδιασμό ύπαρξη συγκεκριμένου επίσημου εκπροσώπου τύπου για θέματα της πανδημίας δυστυχώς δεν τηρήθηκε και εδώ αξίζει να αναγνωριστεί η αδυναμία ελέγχου συγκεκριμένων τηλεοπτικών σταθμών και εκπομπών. Στο πρόβλημα του ποιος θα παρείχε την άμεση πληροφόρηση στο κοινό σε κριτικής σημασίας θέματα για την πανδημία όπως π.χ. εμβολιασμός δεν υπήρξε σαφής λύση. Το κοινό είχε να επιλέξει μεταξύ της Εθνικής Επιτροπής Πανδημίας - ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, του οικογενειακού γιατρού, του γιατρού της ασφάλειας, των πληροφοριών του διαδικτύου (επιστημονικοί και μη φορείς), των πληροφοριών από διεθνείς οργανισμούς, και των κατά καιρούς συγκεχυμένων πληροφοριών από «επιστημονικούς» φορείς από τα τηλεοπτικά μέσα και εφημερίδες. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας το υψηλότερο ποσοστό εμπιστοσύνης από το γενικό πληθυσμό υπήρχε για τον οικογενειακό ιατρό. Η επικοινωνιακή αποτυχία σε θέματα εμπιστοσύνης προς την επιστημονική τεκμηρίωση της ασφάλειας και προστασίας των προληπτικών μέτρων αποδείχθηκε με το χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού αμέσως μετά την κορύφωση της πανδημίας ιδιαίτερα μετά την προβολή εκπομπών με αντίθετα μηνύματα από αυτά του Υπουργείου Υγείας και του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ<sup>2</sup>. Αν και οι λόγοι ανεπαρκούς εμβολιασμού του πληθυσμού είναι πολλαπλοί μελέτη που διενεργήθηκε από την Ιατρική Σχολή Αθηνών ανέδειξε τον φόβο για την ασφάλεια του εμβολίου ως το πιο σημαντικό αίτιο μη εμβολιασμού<sup>3</sup>. Επιπρόσθετα λιγότερο από το 1/10 των υγειονομικών εμβολιάστηκε με αποτέλεσμα τη δυσπιστία του γενικού πληθυσμού. Η Ελλάδα σε Πανευρωπαϊκό Επίπεδο ήταν από τις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά εμβολιασμού εναντίον του πανδημικού στελέχους της γρίπης. Η αύξηση των νοσηλείων σε ΜΕΘ και των θανάτων από γρίπη το έτος μετά την πανδημία πιθανώς οφείλεται και σε αυτή την ανεπαρκή εμβολιαστική κάλυψη<sup>4</sup>. Δύο άλλα παρομοίως ατυχή παραδείγματα ήταν πως: α) συγκεχυμένα μηνύματα υπήρξαν όσον αφορούσαν συγκεκριμένα περιοριστικά μέτρα όπως το κλείσιμο των σχολίων, όπου δεν υπήρξε πλήρης ταύτιση μεταξύ των επιστημονικών απόψεων μεταξύ μελών της Εθνικής Επιτροπής Πανδημίας και επιφανών επιδημιολόγων<sup>5</sup> και β) συγκεχυμένα μηνύματα μεταφέρθηκαν στο κοινό στην έναρξη της πανδημίας όσον αφορά τον προληπτικό έλεγχο στα σύνορα με θερμοκάμερες ο οποίος έγινε καλά αποδεκτός από το γενικό πληθυσμό παρά τα περιορισμένα επιστημονικά δεδομένα. Πρέπει να αναγνωριστεί βέβαια πως παρόμοια παραδείγματα υπήρξαν και σε άλλες χώρες (π.χ. ΗΠΑ, Κίνα).

Η δημιουργία επικοινωνιακού υλικού με τη μορφή φυλλαδίων και αφισών καθώς και η χρήση ελεύθερων ανακοινώσεων (με θέμα την πανδημία και ειδικά μέτρα αντιμετώπισης) μέσω των τηλεοπτικών μέσων (πραγματοποιήθηκε αλλά η προηγηθείσα αναφερομένη δυσπιστία και έλλειψη σαφούς μοναδικής εκπροσώπησης πιθανά λειτούργησε αποτρεπτικά).

Η δημιουργία ειδικής τηλεφωνικής γραμμής επί 24ώρου βάσεως, καθημερινά (hot line 1135). Η λειτουργία της 24ωρης τηλεφωνικής γραμμής 1135 ήταν επιτυχημένη με περισσότερα από 200.000 τηλεφωνήματα το δεκαπενθήμερο τις κορύφωσης της πανδημίας.

Η χρήση των λεγόμενων κοινωνικών μέσων επικοινωνίας (π.χ. διαδίκτυο). Χρησιμοποιήθηκε ειδική σελίδα για την πανδημία στον ιστότοπο του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με τους προηγουμένως αναφερομένους περιορισμούς (αν και το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχαιρε εμπιστοσύνης σύμφωνα με δημοσκοπήσεις). Ενδεχομένως θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί πιο ευρεία χρήση κάποιων από αυτά τα μέσα (π.χ. τηλεφωνικά μηνύματα).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επικοινωνιακός σχεδιασμός και η παρακολούθηση της διάχυσης της πληροφορίας σε μία πανδημία γρίπης είναι εξαιρετικά σημαντικός. Στο παράδειγμα της Ελλάδας συμπερασματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε τα εξής:

A) Η ύπαρξη μιας τακτής, στρατηγικής επικοινωνίας με τα ΜΜΕ, με συγκεκριμένο εκπρόσωπο τύπου που χρησιμοποιεί μηνύματα με γνώμονα τη διαφάνεια και τα επιστημονικά δεδομένα πιθανώς θα λειτουργούσε αποτελεσματικότερα. Θα βοηθούσε ενδεχομένως περισσότερο η προετοιμασία και επικοινωνία με εκπροσώπους των ΜΜΕ πριν την πανδημία.

B) Είναι επείγουσα ανάγκη να αναπτυχθούν μέθοδοι που θα παρακολουθούν τις γνώμες και τα πιστεύω των ομάδων στόχων της επικοινωνίας κατά την περίοδο μίας κρίσης Δημόσιας Υγείας.

Γ) Είναι ανάγκη να βελτιωθεί ο επικοινωνιακός σχεδιασμός περαιτέρω περιλαμβάνοντας στρατηγικές επικοινωνίας για συγκεκριμένους σημαντικούς πληθυσμούς όπως τους επαγγελματίες υγείας και άτομα τα οποία συμμετέχουν στην απόφαση για σημαντικά προστατευτικά μέτρα (π.χ. εμβολιασμός) σε οικογενειακό επίπεδο.

Δ) Η χρήση κοινωνικών μέσων ενημέρωσης θα μπορούσε να βοηθήσει την επικοινωνία με τους νέους ανθρώπους.

Ε) Πρέπει να αποφευχθεί η υπερφόρτωση με πληροφορία όπως επίσης να υπάρχουν εγκαίρως απαντήσεις σε ψευδή μηνύματα.

ΣΤ) Είναι σημαντική παράμετρος για τη βελτίωση της επικοινωνίας η ενίσχυση της επιστημονικής γνώσης του γενικού πληθυσμού και των δημοσιογράφων για θέματα λοιμώξεων και εμβολιασμών αλλά και Δημόσιας Υγείας γενικότερα. Το γεγονός είναι πως όλοι οφείλουν να αναγνωρίσουν τη σημασία των δράσεων δημόσιας υγείας σχετικά με λοιμώδεις νόσους, σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης, ανεξαρτήτως πανδημίας ή όχι.

Ζ) Η καθιέρωση κριτηρίων-δεικτών αξιολόγησης για τη λειτουργικότητα και αποτελεσματικότητα επικοινωνιακών μεθόδων θα βοηθήσει την περαιτέρω βελτίωση της κατάστασης. Εντούτοις η χρήση δεικτών αποδεικνύεται δύσκολη όταν αξιολογούνται αποτελέσματα σε βραχυπρόθεσμη βάση.

Τέλος πρέπει να γίνει κατανοητή η δυσκολία της επικοινωνίας της επιστημονικής αβεβαιότητας στη σύγχρονη χρονική περίοδο που χαρακτηρίζεται από πολλαπλά σύνθετα και συνεχή πληροφοριακά μηνύματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εθνικό Σχέδιο Δράσεως για την Αντιμετώπιση Πανδημίας Γρίπης. Μάιος-Ιούλιος 2009.
2. Nikolopoulos G, Bonovas S. The media: A public health partner or an unintentional enemy? *Public Health* 2010;124:360-1.
3. Sypsa V, Livanios T, Psychogiou M, et al. Public perceptions in relation to intention to receive pandemic influenza vaccination in a random population sample: evidence from a cross-sectional telephone survey. *Euro Surveill* 2009;14.
4. Tsiodras S, Sypsa V, Hatzakis A. The vaccination campaign against 2009 pandemic influenza A(H1N1) and its continued importance in view of the uncertainty surrounding the risk associated with the pandemic. *Euro Surveill*, 2010;15. doi:pii: 19468.
5. Sypsa V, Hatzakis A. School closure is currently the main strategy to mitigate influenza A(H1N1) v: a modeling study. *Euro Surveill*, 2009;14. doi:pii: 19240.

# Θεραπευτικά Πρωτόκολλα ως Μέσον Επιβολής Πολιτικών Αποφάσεων

Θεόδωρος Μουντοκαλάκης

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Νοέμβριο του 2011, ο ημερήσιος τύπος πρόβαλλε τη δήλωση του τότε Υπουργού Υγείας Ανδρέα Λοβέρδου ότι: «Από τον επόμενο μήνα θα ισχύσουν τα θεραπευτικά πρωτόκολλα. Έτσι, οι γιατροί των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και του ΕΣΥ, θα συνταγογραφούν συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή ανά ασθένεια. Μάλιστα, οι γιατροί που συστηματικά παρεκκλίνουν από τις κατευθυντήριες γραμμές, θα πρέπει να είναι σε θέση να τεκμηριώνουν τις επιλογές τους»<sup>1</sup>.

Στις 14 Μαρτίου 2012, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ενημέρωνε τις Μονάδες Υγείας της αρμοδιότητάς του ότι: «Κατ' εφαρμογήν της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. Γ.Υ. 155/29-2-12 απόφασης των Υπουργείων Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποφασίστηκε η πλήρης και καθολική εφαρμογή των όσων περιγράφονται στα εκατόν εξήντα (160) θεραπευτικά πρωτόκολλα που έχουν εγκριθεί από το Κ.Ε.Σ.Υ. και τα οποία έχουν δημοσιευθεί και αναρτηθεί στην ιστοσελίδα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)»<sup>2</sup>.

Ένα χρόνο μετά τις αρχικές υπουργικές δηλώσεις, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα -που υπάρχουν εδώ και ένα περίπου χρόνο αναρτημένα στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ. - δεν έχουν εφαρμοστεί στην πράξη. Η προοπτική, όμως, της εφαρμογής τους δεν εξέλιπε. Και ο μέσος γιατρός -ιδίως ο γιατρός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.- διερωτάται πόσο ακόμα (μετά την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την υποχρεωτική αναγραφή της δραστικής ουσίας στις συνταγές) κινδυνεύει να περιοριστεί το παλιό του προνόμιο να παίρνει ελεύθερα ο ίδιος αποφάσεις σχετικές με την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των αρρώστων του.

## ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΝΟΙΩΝ

Κατά τον Αντισθένη (445-366 π.Χ.), ιδρυτή της Σχολής των Κυνικών φιλοσόφων, η εκπαίδευση ξεκινά από την ανάλυση της έννοιας των ονομάτων («αρχή παιδείσεως η των ονομάτων επίσκεψις»). Τα λεξικά της ελληνικής γλώσσας προσφέρουν πολλές ερμηνείες για τη λέξη «πρωτόκολλο», όχι όμως και την ερμηνεία της λέξης με την έννοια που χρησιμοποιείται στην Ιατρική<sup>3,4</sup>. Η λέξη «πρωτόκολλο» αποτελεί αντιδάνειο από την ελληνογενή, πλην ξενόγλωσση λέξη *protocol* (από το πρώτος και κόλλημα, με την αρχική έννοια του πρώτου «κολλήματος» ενός κυλινδρικού παπύρου)<sup>3</sup>. Στην Ιατρική,

σημαίνει το σχέδιο μιας θεραπείας ή ενός επιστημονικού πειράματος. Συγκεκριμένα, ως θεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν οριστεί «οι κανόνες οργάνωσης της θεραπείας που καταρτίζονται με βάση τους χαρακτήρες της κλινικής ή θεραπευτικής ανταπόκρισης σε προηγούμενες προσεγγίσεις».

Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα έχουν, συχνά τη μορφή αλγορίθμου. Η λέξη «αλγόριθμος» αποτελεί αναγραμματισμό του ονόματος του Πέρση μαθηματικού, αστρονόμου και γεωγράφου Al-Khwarizmi (c. 780-850). Η αρχική εκδοχή της ήταν «algorismus», αλλά τροποποιήθηκε τον 17ο αιώνα σε «algorithm» επειδή θεωρήθηκε εσφαλμένα ότι σχετίζεται με την ελληνική λέξη «αριθμός». Με την έννοια που χρησιμοποιείται στη συγκεκριμένη περίπτωση, σημαίνει σειρά κανόνων που ορίζουν επακριβώς μια ακολουθία ενεργειών. Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα μπορεί, επίσης, να έχουν τη μορφή εγχειριδίου άριστης (ιατρικής) πράξης (best practice). Με τον όρο αυτό νοείται η μέθοδος ή τεχνική που έχει επανειλημμένα δείξει αποτελέσματα ανώτερα των επιτευχθέντων με άλλα μέσα και χρησιμοποιείται ως σημείο αναφοράς.

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΑΣΙΣΜΕΝΗ ΣΕ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η ανάγκη για τη θέσπιση κοινών κανόνων άσκησης της Ιατρικής προέκυψε, τη δεκαετία του 1970, από τη διαπίστωση ότι υπήρχαν μεγάλες διαφορές στον τρόπο αντιμετώπισης συνήθων νοσημάτων ανάμεσα σε κέντρα στα οποία η διδασκαλία της Ιατρικής ακολουθούσε τους ίδιους κανόνες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι μεγάλες διαφορές, που υπήρχαν το 1975, στη συχνότητα εκτέλεσης κοινών χειρουργικών επεμβάσεων (**αμυγδαλεκτομής, υστερεκτομής, προστατεκτομής, χολοκυστεκτομής, σκωληκοειδεκτομής ή βουβωνοκλήης**) **ανάμεσα σε επτά νοσοκομειακές περιοχές των πολιτειών Maine, Rhode Island και Vermont των Η.Π.Α. – διαφορές που έφθαναν στο τετραπλάσιο ή και εξαπλάσιο από τη μια περιοχή στην άλλη**<sup>5</sup>.

Ήταν προφανής η ανάγκη για μια κοινή βάση για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Τη βάση αυτή ήρθε να προτείνει η βασισμένη σε ενδείξεις Ιατρική (evidence based medicine)<sup>6-9</sup>. Το είδος των ενδείξεων που χρησιμοποιεί η νέα αυτή μέθοδος προσδιόρισε ο εμπνευστής της David Sackett: Η βασισμένη σε ενδείξεις Ιατρική βασίζεται στην «άριστη διαθέσιμη εξωτερική ένδειξη από συστηματική έρευνα». «Άριστη» σημαίνει ότι δεν είναι όλες οι ενδείξεις ισότιμες από άποψη ισχύος (άρα η μετάφραση στα ελληνικά του όρου «evidence» σε «απόδειξη» είναι αδόκιμη, αφού η απόδειξη (proof) επιβεβαιώνει με τρόπο αναμφισβήτητο την αλήθεια, ενώ οι ενδείξεις είναι παιδαγωγικές αναθεώρησης και ο βαθμός βεβαιότητας για κάθε μια απ' αυτές ποικίλει). «Διαθέσιμη» σημαίνει ότι δεν υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για όλα τα θέματα της καθημερινής ιατρικής πράξης. Πρόκειται για τις καλούμενες «γκρίζες ζώνες» (π.χ., δεν υπάρχουν ενδείξεις για το αν τα κορτικοειδή ωφελούν ή βλάπτουν στη φυματιώδη πλευρίτιδα). Το επίθετο «εξωτερική» χρησιμοποιείται εδώ για να αντιδιαστείλει τις ενδείξεις που χρησιμοποιούνται στη βασισμένη σε ενδείξεις Ιατρική από τις ενδείξεις που προέρχονται από την προσωπική πείρα του κάθε γιατρού – τις «εσωτερικές» ενδείξεις. Σύμφωνα με έναν ορισμό, «πείρα είναι το να επαναλαμβάνει κανείς το ίδιο λάθος με όλο και μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση».

Τέλος, ο προσδιορισμός της έρευνας ως «συστηματικής» έχει την έννοια ότι οι ενδείξεις πρέπει να προέρχονται από «έρευνα έκβασης» (outcome research), δηλαδή έρευνα που βασίζεται στην έκβαση, που χρησιμοποιεί καταληκτικά σημεία (end points).

Το κυριότερο είδος έρευνας έκβασης αποτελούν οι τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες με ομάδα σύγκρισης (randomized control trials). Εκτός από τις τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, που προϋποθέτουν παρέμβαση, έρευνα έκβασης συνιστούν και οι μελέτες παρατήρησης (observational studies) ή επιδημιολογικές έρευνες, που αρκούνται στο να παρατηρούν χωρίς να παρεμβαίνουν δυο ή περισσότερες ομάδες ατόμων είτε προοπτικά μέχρι την έκβαση (μελέτες κοόρτης, cohort -π.χ., καπνιστές και μη καπνιστές με καταληκτικό σημείο τον καρκίνο του πνεύμονα), είτε αναδρομικά, αρχίζοντας από την έκβαση (μελέτες ασθενών μαρτύρων, case-control -πχ., ιστορικό καπνίσματος σε αρρώστους με καρκίνο του πνεύμονα και σε συγκρίσιμα άτομα χωρίς καρκίνο).

Προϋπόθεση για την εφαρμογή της βασισμένης σε ενδείξεις Ιατρικής είναι η διατύπωση συγκεκριμένης, σαφούς ερώτησης σχετιζόμενης με το πρόβλημα του αρρώστου. Η ερώτηση μπορεί να αναφέρεται στη διάγνωση, τη θεραπεία, την πρόγνωση, τους κινδύνους από την ιατρική παρέμβαση, την ποιότητα της περίθαλψης ή την οικονομία της υγείας, με άλλα λόγια, όλες τις παραμέτρους πάνω στις οποίες πρέπει να βασίζονται οι ιατρικές αποφάσεις. Τη διατύπωση σαφούς ερώτησης ακολουθεί η αναζήτηση κατάλληλων άρθρων της κλινικής ιατρικής βιβλιογραφίας, ικανών να απαντήσουν στην ερώτηση. Στη συνέχεια, θα πρέπει να εκτιμηθεί η εγκυρότητα των πληροφοριών που προσφέρουν τέτοιου είδους άρθρα, αλλά και η αντιστοιχία τους με το συγκεκριμένο κλινικό πρόβλημα.

Η χρησιμότητα μιας πληροφορίας-ένδειξης είναι ανάλογη με το βαθμό στον οποίο απαντά σε τρία πρακτικά ερωτήματα:

1. Εστιάζεται η πληροφορία σε κάποια έκβαση που ενδιαφέρει το συγκεκριμένο άρρωστο;
2. Αφορά η πληροφορία πρόβλημα που ο συγκεκριμένος γιατρός συναντά συχνά στην πράξη; και
3. Είναι εφαρμόσιμη η παρέμβαση που προτείνεται από την πληροφορία αυτή;

Το τελευταίο βήμα της βασισμένης σε ενδείξεις Ιατρικής είναι η εφαρμογή στην πράξη εκείνων των προϊόντων της έρευνας που είναι χρήσιμα στη λήψη αποφάσεων.

Παρά τα θεωρητικά της πλεονεκτήματα, η εφαρμογή της νέας μεθόδου στην πράξη δεν είναι εύκολη. Η πρόσβαση στις πληροφορίες, είτε μέσω των περιοδικών, είτε μέσω των ηλεκτρονικών πηγών τους, απαιτεί χρόνο που δεν διαθέτει ο πολυάσχολος κλινικός γιατρός. Επιπλέον, ο κλινικός γιατρός δεν είναι πάντοτε σε θέση να αξιολογήσει την εγκυρότητα των πληροφοριών. Η αναγνώριση αυτής της δυσκολίας έχει οδηγήσει στη σύνταξη κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines), που απευθύνονται στο γιατρό που ασκεί την Ιατρική στην πράξη και συντάσσονται από ομάδες ειδικών, που είναι σε θέση να αξιολογούν την ισχύ των διαθέσιμων ενδείξεων για κάθε κλινικό πρόβλημα<sup>10</sup>.

Σύμφωνα με έναν ορισμό, κατευθυντήριες οδηγίες κλινικής πράξης (clinical practice guidelines) είναι «συστηματικά συνταγμένες εκθέσεις για την υποβοήθηση γιατρών και ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την κατάλληλη φροντίδα υγείας (health care) σε συγκεκριμένες περιστάσεις»<sup>11</sup>.

Ωστόσο, οι κατευθυντήριες οδηγίες δεν είναι απαλλαγμένες αδυναμιών. Κατ' αρχάς, η προσέγγιση με τη μέθοδο της βασισμένης σε ενδείξεις Ιατρικής όλων των κλινικών προβλημάτων που μπορεί να συναντήσει ένας γιατρός στην πράξη δεν είναι πάντοτε εφικτή. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, υπάρχουν ακόμα πάρα πολλές περιοχές αβεβαιότητας. Μπροστά σ' αυτή την αβεβαιότητα, τα σώματα ειδικών που αναλύουν τις διαθέσιμες

ενδείξεις καταφεύγουν στη επαγωγική λογική (inferential reasoning) και την εμπειρία -τα ίδια, δηλαδή, μέσα που θεωρούνται ως οι κύριες αδυναμίες της παραδοσιακής μεθόδου επίλυσης ιατρικών προβλημάτων. Έτσι, δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο συστάσεις διαφορετικών ομάδων ειδικών πάνω στο ίδιο θέμα να παρουσιάζουν μικρότερες ή μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ τους.

Μια άλλη επιφύλαξη που έχει εκφραστεί για τις κατευθυντήριες οδηγίες σχετίζεται με το φόβο για τις συνέπειες που μπορεί να έχουν στην ελευθερία του γιατρού. Αν και η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στην πράξη δεν είναι υποχρεωτική για τους γιατρούς (τουλάχιστον όπως έχουν σήμερα τα πράγματα), είναι αυτονόητο ότι και μόνη η ύπαρξή τους διαμορφώνει αυτόματα ένα πλαίσιο διάκρισης ανάμεσα στους γιατρούς που τις εφαρμόζουν -συμμορφούμενοι με ότι είναι γενικά αποδεκτό, σύμφωνα με τις τρέχουσες ενδείξεις- κι εκείνους που παρεκκλίνουν απ' αυτές, είτε επειδή αγνοούν την ύπαρξή τους, είτε επειδή έχουν ελεύθερα αποφασίσει να μην τις υιοθετήσουν και να εφαρμόζουν τις «προσωπικές» τους «κατευθυντήριες οδηγίες», που απορρέουν απ' την πείρα και τη λογική. Επιπλέον, με το να προσφέρουν επιστημονική βάση για τη θέσπιση κανόνων, οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως μέσο άσκησης ελέγχου της ιατρικής πράξης εκ μέρους της Πολιτείας ή των δημόσιων και ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών ή ως γνώμονας για δικαστικές αποφάσεις σχετιζόμενες με ιατρική αμέλεια<sup>12</sup>.

## **ΣΕ ΤΙ ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ;**

Τα κλινικά (ή ιατρικά) πρωτόκολλα μπορούν να θεωρηθούν ως πιο ειδικά, αλλά και πιο απόλυτα σε σύγκριση με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Συγκεκριμένα, προσφέρουν «μια περιεκτική σειρά δύσκαμπτων κριτηρίων που περιγράφουν τα βήματα αντιμετώπισης μιας κλινικής κατάστασης»<sup>13</sup>. Τα κλινικά (ή ιατρικά) πρωτόκολλα μπορεί να έχουν ποικίλες μορφές: τη μορφή κειμένου, τη μορφή αλγορίθμου, τη μορφή πινάκων ή συνδυασμό όλων αυτών. Οι μορφές αυτές διευκολύνουν την πρόσβαση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα από γιατρούς που δεν είναι εξοικειωμένοι με έννοιες που χρησιμοποιούνται στη βασισμένη σε ενδείξεις Ιατρική, αλλά εμπεριέχει σειρά μειονεκτημάτων, το κυριότερο των οποίων είναι ότι δεν διαθέτουν κάποιο καθιερωμένο μέσο επαλήθευσης. Σε αντίθεση με τα κλινικά πρωτόκολλα, οι κατευθυντήριες οδηγίες πληροφορούν συνήθως τον χρήστη για το βαθμό έμφασης που δίνεται σε κάθε σύσταση (class of recommendation), αλλά και για την ισχύ των ενδείξεων (level of evidence) στα οποία βασίζεται η κάθε σύσταση. Όσο ισχυρότερες είναι οι ενδείξεις, τόσο μεγαλύτερη είναι η έμφαση που δίνεται στην αντίστοιχη σύσταση. Ως ισχυρές ενδείξεις αναγνωρίζονται αυτές που προέρχονται από καλά σχεδιασμένες τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες με ομάδα σύγκρισης ή από μετα-ανάλυση των αποτελεσμάτων πολλών μελετών αυτού του είδους, ενώ λιγότερο ισχυρές θεωρούνται οι ενδείξεις που προέρχονται από μη τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες ή από μελέτες παρατήρησης. Έσχατες στη σειρά ισχύος είναι οι ενδείξεις που προέρχονται από σώματα συναίνεσης (consensus bodies) ή από γνώμη ειδικών (expert opinion).

Ενδεικτικό είναι το ακόλουθο παράδειγμα που αναφέρεται στις συστάσεις για μη φαρμακευτικά μέτρα στην αρτηριακή υπέρταση:

- ✓ Σε όλους τους υπερτασικούς που καπνίζουν πρέπει να γίνει σύσταση για διακοπή

του καπνίσματος. *Ισχύς ενδείξεων Α*

- ✓ Στους υπερτασικούς με σωματικό βάρος πάνω από 10% του κανονικού, πρέπει να γίνεται σύσταση για ελάττωση του σωματικού βάρους. *Ισχύς ενδείξεων Α*
- ✓ Στους υπερτασικούς και ιδίως τους ηλικιωμένους το αλάτι πρέπει να περιορίζεται σε 5-6 γραμμάρια την ημέρα. *Ισχύς ενδείξεων Β*
- ✓ Στους υπερτασικούς που κάνουν καθιστική ζωή συνιστάται γρήγορο περπάτημα επί 30 λεπτά, 3-4 φορές την εβδομάδα. *Ισχύς ενδείξεων C.*

Συγκρίνεται το με ένα αντίστοιχο ερευνητικό πρωτόκολλο που διατυπώνεται ως εξής:

«Στους υπερτασικούς πρέπει να γίνεται σύσταση για διακοπή του καπνίσματος, ελάττωση του σωματικού βάρους, περιορισμού του αλατιού της τροφής και αποφυγή της καθιστικής ζωής».

Στην περίπτωση των κατευθυντήριων οδηγιών, ο γιατρός γνωρίζει ότι πρέπει να επιμείνει κυρίως στη διακοπή του καπνίσματος και (αν ο υπερτασικός είναι παχύσαρκος) στην ελάττωση του σωματικού βάρους, ενώ το θεραπευτικό πρωτόκολλο, εξομοιώνοντας και τις τέσσερις συστάσεις, αφήνει στον υπερτασικό την ευχέρεια να συνεχίσει, π.χ., να τρώει και καπνίζει, περιορίζοντας απλώς το αλάτι και την καθιστική ζωή.

Το ότι τα θεραπευτικά πρωτόκολλα προτείνουν συστάσεις συγκεκριμένες, επιγραμματικές, αλλά ατεκμηρίωτες γίνεται εμφανές και από το ακόλουθο παράδειγμα, που αναφέρεται στη θεραπεία του κολπικού πτερυγισμού ή της κολπικής μαρμαρυγής:

«Ηλεκτρική ανάταξη, αν είναι εφικτό. Για την επιβράδυνση της κολποκοιλιακής αγωγιμότητας μπορούν να χρησιμοποιηθούν διγοξίνη 0,125-0,25 mg iv ή β-αποκλειστής ή αμιωδαρόνη. Η αμιωδαρόνη μπορεί να επιτύχει φαρμακευτική καρδιοανάταξη χωρίς να επηρεάσει αιμοδυναμικά την αριστερή κοιλία. Ο άρρωστος πρέπει να ηπαριστεί».

## ΣΕ ΤΙ ΑΠΟΣΚΟΠΟΥΝ ΤΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ;

Στις δηλώσεις του τού Νοεμβρίου του 2011, όπως μεταφέρθηκαν στον ημερήσιο τύπο, ο υπουργός Υγείας, υποστηρίζοντας την πρότασή του για τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, προέβαλλε το επιχείρημα ότι «η τακτική αυτή, που είναι διαδεδομένη στο εξωτερικό, αναμένεται να προάγει (sic) την ιατροφαρμακευτική περιθάλψη των ασθενών (sic) δεδομένου ότι περιορίζονται οι πιθανότητες λανθασμένης συνταγογράφησης»<sup>1</sup>. Σε συνέντευξη τύπου για το ίδιο θέμα, που διοργανώθηκε στο Ζάππειο Μέγαρο, στις 2 Δεκεμβρίου 2011, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα χαρακτηρίστηκαν ως «πρωτόκολλα συνταγογράφησης» και ο στόχος τους έγινε πιο συγκεκριμένος: «η αντιμετώπιση της υπέρμετρης συνταγογράφησης και η μείωση του υψηλού κόστους που αυτή προκαλεί, ώστε να επιτευχθεί και ένας από τους βασικούς στόχους της δημοσιονομικής εξυγίανσης, αυτός της μείωσης των δαπανών υγείας»<sup>14</sup>.

Είναι φυσικό μια εξαγγελία αυτού του είδους, που εστιάζεται στην πολιτική επιδίωξη της περιστολής δαπανών, αγνοώντας τόσο την ανάγκη των γιατρών για αποτελεσματικότερη άσκηση της Ιατρικής, όσο και την ανάγκη των ασθενών για καλύτερη αντιμετώπιση, να προκαλεί αρνητικές αντιδράσεις εκ μέρους των γιατρών. Περιορίζουν, όμως, πράγματι, τα θεραπευτικά πρωτόκολλα την ελευθερία του γιατρού;

Σε άλλες χώρες (στο «εξωτερικό», κατά το χαρακτηρισμό της υπουργικής εξαγγελίας), ο σκοπός των θεραπευτικών πρωτοκόλλων κάθε άλλο παρά ταυτίζεται με την «υγειονο-

μική εξυγίανση» ή τη «μείωση των δαπανών υγείας». Ως παράδειγμα, το Εθνικό Σχέδιο Υγείας (National Health Plan) της Ιταλίας για τα έτη 1998-2000, ορίζει τα εξής «ειδικά αντικείμενα των θεραπευτικών πρωτοκόλλων του Εθνικού Σχεδίου Κατευθυντήριων Οδηγιών (National Guidelines Programme)<sup>15</sup>»:

- παροχή πληροφοριών με στόχο την καθοδήγηση των κλινικών γιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων, προκειμένου να βελτιωθεί η καταλληλότητα των θεραπειών, να εξασφαλιστεί η συνέχεια (μη διακοπή) της φροντίδας υγείας και να εξασφαλιστεί η πιο αποδοτική και αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων
- αποτελεσματική διάδοση αυτών των πληροφοριών και
- αξιολόγηση της επίδρασης της εφαρμογής τους.

Εξ άλλου, κατά το Ινστιτούτο για Καινοτομία και Βελτίωση (Institute for Innovation and Improvement) του Βρετανικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), «η βασισμένη σε θεραπευτικά πρωτόκολλα φροντίδα υγείας μπορεί να συμβάλλει στον περιορισμό περιττών παραλλαγών σε θεραπεία και έκβαση, αλλά δεν πρέπει να περιορίζει την κλινική ελευθερία (την ελευθερία του κλινικού γιατρού). Αποκλίσεις της πραγματικής από τη σχεδιασμένη φροντίδα μπορεί να συνεχίσουν να συμβαίνουν μια και η κλινική κρίση διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες κάθε αρρώστου»<sup>16</sup>.

## **ΠΟΣΟ ΕΧΕΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΕΙ, ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ, Η ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΑ ΓΙΑΤΡΟΥ;**

Η οικονομική κρίση έχει οδηγήσει στην αναγνώριση της σπατάλης που είχε συντελεστεί στο χώρο της δημόσιας δαπάνης για την υγεία την τελευταία, ιδίως, δεκαετία (Εικ. 1 και 2) και της ανάγκης περιστολής της.

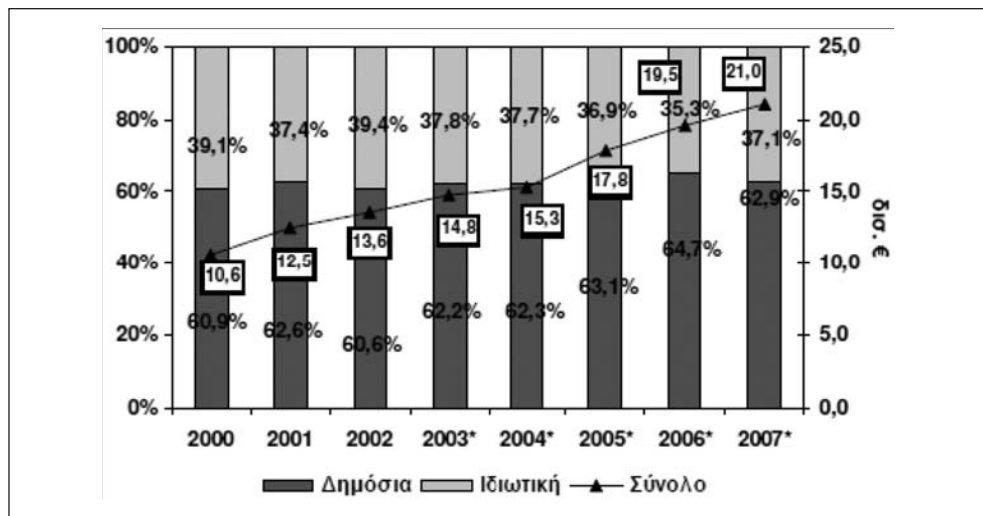
Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η υποχρεωτική αναγραφή γενοσήμων φαρμάκων ή ακόμα και της δραστικής ουσίας και γενικά, οι αυστηροί έλεγχοι στη συνταγογράφηση υπήρξαν τα μέτρα με τα οποία επιχειρήθηκε αυτή η περιστολή. Οι γιατροί, όμως, ένοιωσαν ξαφνικά την καθημερινή άσκηση της Ιατρικής να ασφυκτιά κάτω από το βάρος γραφειοκρατικών διαδικασιών, που κάθε τόσο θεσπίζονται με υπουργικές αποφάσεις και εγκυκλίους και κάτω από την απειλή κυρώσεων, όπως «η αποβολή για ένα χρόνο από τον ΕΟΠΥΥ στην περίπτωση υπέρβασης των ορίων συνταγογράφησης».

Αυτό το αίσθημα ματαιώσης (όπως το χαρακτηρίζουν οι ψυχίατροι) δεν είναι αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο του 2011, 674 Βρετανοί γενικοί γιατροί χαρακτήρισαν, σε ποσοστό 68%, πολύ χαμηλό ή χαμηλό το ηθικό τους μετά την εξαγγελία μέτρων μεταρρύθμισης στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Εικ. 3).

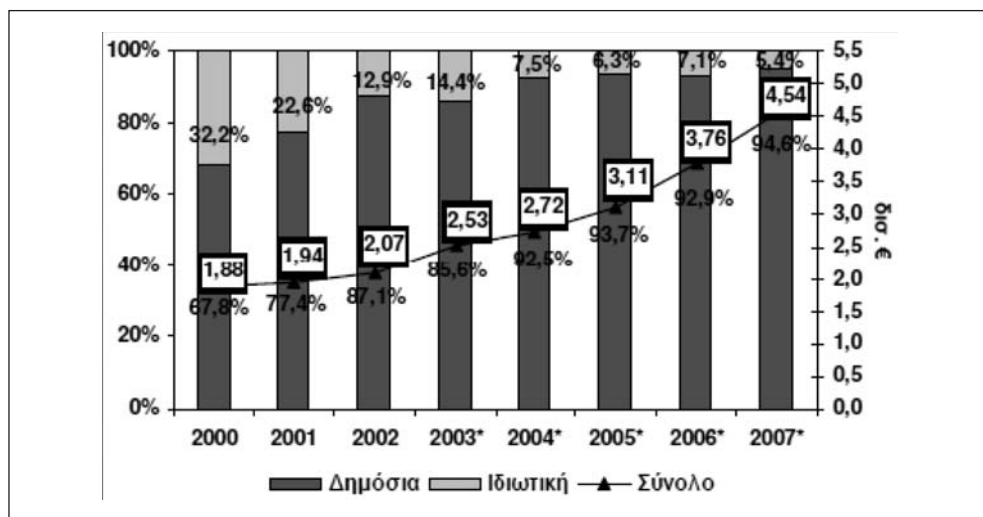
## **ΠΟΣΟ ΕΦΑΡΜΟΣΙΜΑ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ;**

Από το Μάρτιο του 2012, μετά την έγκρισή τους από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, είναι αναρτημένα στην ιστοσελίδα του ΕΟΦ 160 θεραπευτικά πρωτόκολλα για 16 νοσολογικές κατηγορίες. Τα πρωτόκολλα αυτά, που έχουν συνταχθεί από ισάριθμες με τις νοσολογικές οντότητες επιτροπές ειδικών, παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους ως προς τη μορφή. Ορισμένα, όπως αυτά που αναφέρονται στη θεραπευτική αγωγή των κυριότερων αιματολογικών νοσημάτων ή την αντιρετροϊκή αγωγή, έχουν τη μορφή και



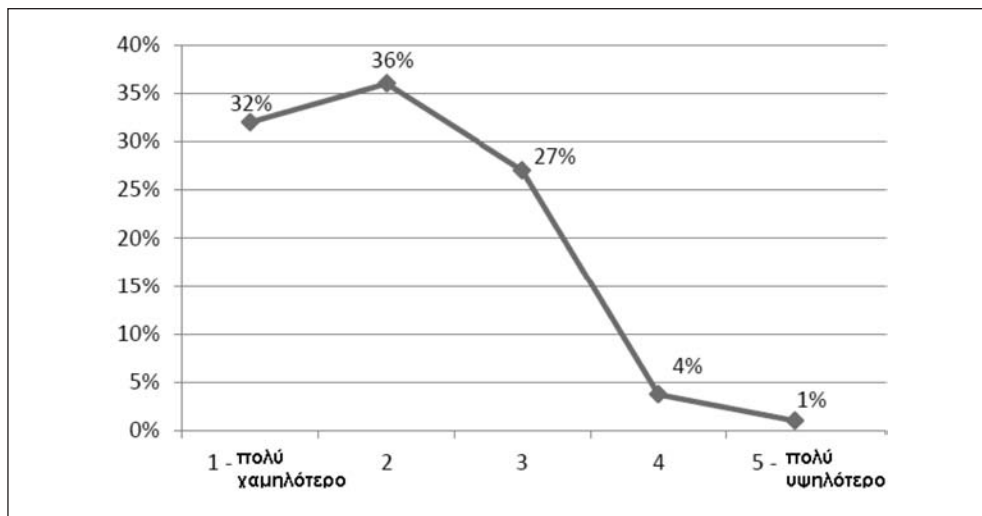


**Εικ. 1.** Σύνθεση δαπάνης υγείας στην Ελλάδα κατά τα έτη 2000-2007. Με αστερίσκο σημειώνονται τα έτη για τα οποία διατίθενται προσωρινά στοιχεία. Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Εθνικοί Λογαριασμοί.



**Εικ. 2.** Φαρμακευτική δαπάνη κατά τα έτη 2000-2007. Με αστερίσκο σημειώνονται τα έτη για τα οποία διατίθενται προσωρινά στοιχεία. Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, Εθνικοί Λογαριασμοί.

την έκταση εγχειριδίου (95 και 71 σελίδες, αντιστοίχως) και άλλα περιορίζονται σε ένα μόνο αλγόριθμο (π.χ., για το έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου) ή σε ένα αλγόριθμο και δυο πίνακες (π.χ., για την αρτηριακή υπέρταση).



**Εικ. 3.** Μεταβολή του ηθικού (όπως την εκτιμούν οι ίδιοι) 674 Βρετανών γενικών γιατρών μέσα σε ένα χρόνο (έτος 2011 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος).

Πώς σκοπεύει, όμως, η Πολιτεία να ελέγξει την εφαρμογή αυτών των πρωτοκόλλων προκειμένου να επιτύχει την περιστολή δαπανών, που, όπως φαίνεται, αποτελεί τη μοναδική επιδίωξή της; Σύμφωνα με κοινή υπουργική απόφαση (Υ4α/οικ.Γ.Υ.155), που εκδόθηκε στις 29 Φεβρουαρίου του 2012, με ευθύνη των Νομαρχιακών Μονάδων Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. συστήνονται τριμελείς επιτροπές σε κάθε Νομαρχιακή Μονάδα. Οι τριμελείς αυτές επιτροπές θα αποτελούνται από γιατρούς των Μονάδων Υγείας και από φαρμακοποιό, εφόσον υπηρετεί στην αντίστοιχη Μονάδα Υγείας. Για το συντονισμό της όλης διαδικασίας, «συνιστάται και συγκροτείται» άλλη τριμελής (συντονιστική, αυτή τη φορά) επιτροπή αποτελούμενη από το Διοικητή του «Σιςμανογλείου», ως πρόεδρο, τον Υγειονομικό Διευθυντή του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολουμένων και ένα Διευθυντή Παθολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η συντονιστική αυτή επιτροπή υποχρεούται να συντάσσει μηνιαία έκθεση «για την πορεία υλοποίησης και εφαρμογής» (sic) των θεραπευτικών πρωτοκόλλων<sup>2</sup>. Ο καθένας, τώρα, μπορεί να κρίνει το πόσο αποτελεσματική μπορεί να είναι μια τέτοια διαδικασία...

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ποικιλομορφία που χαρακτηρίζει τα θεραπευτικά πρωτόκολλα που είναι αναρτημένα στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ. και η αστάθμιστη διαδικασία που προβλέπεται για τον έλεγχο της εφαρμογής τους καθιστούν αδικαιολόγητες τόσο την προσδοκία εκ μέρους της Πολιτείας ότι μέσω των θεραπευτικών πρωτοκόλλων θα μπορέσει να επιτευχθεί περιστολή της φαρμακευτικής δαπάνης, όσο και την ανασφάλεια των γιατρών εν όψει της θεωρητικής προοπτικής της περαιτέρω περιστολής των ελευθεριών τους κατά την άσκηση της Ιατρικής.

## Περίληψη

Θεραπευτικά πρωτόκολλα είναι κανόνες οργάνωσης της θεραπείας, που καταρτίζονται με βάση την ανταπόκριση σε προηγηθείσες θεραπευτικές προσεγγίσεις<sup>13</sup>. Όπως και οι κατευθυντήριες οδηγίες, έχουν την αφετηρία τους στην αντίληψη της βασισμένης σε ενδείξεις Ιατρικής (evidence based medicine)<sup>6-9</sup>, αλλά διαφέρουν απ' αυτές κατά το ότι προτείνουν συστάσεις απόλυτες, επιγραμματικές και ατεκμηρίωτες<sup>11</sup>. Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα δελεάζουν τους πολιτικούς με την ιδέα ότι μπορούν να τα χρησιμοποιήσουν ως μέσο περιστολής των δαπανών για την υγεία και τρομάζουν τους γιατρούς ως προοπτική περαιτέρω περιορισμού των ελευθεριών τους<sup>15,16</sup>. Ωστόσο, ουσιαστικός στόχος των θεραπευτικών πρωτοκόλλων είναι η καθοδήγηση των κλινικών γιατρών στη λήψη αποφάσεων, προκειμένου να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων και όχι ο εξαναγκασμός τους στην τήρηση αυστηρών κανόνων άσκησης της Ιατρικής<sup>3</sup>. Ούτως ή άλλως, η μορφή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων που καθιερώθηκαν πρόσφατα στη χώρα μας και η γραφειοκρατική διαδικασία που προβλέπεται για τον έλεγχό τους περιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την πιθανότητα εφαρμογή τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Τα Νέα» 24-11-2011. Ρεπορτάζ Μάρθα Καϊτανίδη.
2. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Κοινοποίηση αποφάσεων περί εφαρμογής των θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης. Αρ. πρωτ. 10.301/14-3-12.
3. Μπαμπινιώτης ΓΔ. Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Αθήνα 1998.
4. Κριαράς Ε. Νέο Ελληνικό Λεξικό. Λεξικό της Σύγχρονης Ελληνικής Δημοτικής Γλώσσας. Εκδοτική Αθηνών, Αθήνα 1995.
5. Hampton JR. Practice variations, appropriateness and decision analysis. Q J Med 1995, 88:365-7.
6. Sackett D. Evidence based medicine. Lancet 1995; 346:1171.
7. Guyatt GH, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. BMJ 2004; 329:990-1.
8. Reilly BM. The essence of evidence based medicine. BMJ 2004; 329:991-2
9. Strauss SE, Jones J. What has evidence based medicine done for us? BMJ 2004; 329:987-8.
10. O'Connor PJ. Adding value to evidence-based clinical guidelines. JAMA 2005; 294:716-27.
11. Field MJ, Lohr KN (Eds). Guidelines for clinical practice: from development to use. Institute of Medicine, Washington, D.C: National Academy Press, 1992.
12. Μουντοκαλάκης Θ. Ιατρική βασισμένη σε ενδείξεις και η ελευθερία του γιατρού. Ιατρική 1998, 73:111-3.
13. U.S. National Institute of Health. <http://www.nidcr.nih.gov/clinicaltrials/toolkitclinicalresearchers/clinicaltrialsprotocoltemplate/>
14. [http://diagnosispress.gr/epikerotita/therapeftika\\_protokolla\\_sintagografisis/](http://diagnosispress.gr/epikerotita/therapeftika_protokolla_sintagografisis/)
15. Istituto Superiore di Sanita. National Guidelines Programme as stipulated by the National Health Plan of 1998-2000 and Legislative Decree No. 229 of 1999.
16. NHS Modernisation Agency and NICE. Protocol based care. Institute for Innovation and Improvement 2006-2012.
17. NHS reforms and the impact on morale. OnMedica 2011. [www.onmedica.com/getresource.aspx?](http://www.onmedica.com/getresource.aspx?)...

# Πολιτικά Συστήματα σε ένα Συνεχώς Μεταβαλλόμενο Περιβάλλον και η Επίπτωσή τους στην Υγεία

*Ιωάννης Υφαντόπουλος, Αθανάσιος Χατζάρας*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικές και υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που έγιναν τις τελευταίες δεκαετίες στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις χώρες του ΟΟΣΑ είχαν άμεση σχέση με τους πολιτικούς θεσμούς, και τις πολιτικές προτεραιότητες των κυβερνήσεων. Οι χώρες της βόρειας Ευρώπης είχαν μακρά ιστορία στην εγκαθίδρυση της δημοκρατίας και στην ανάπτυξη υγειονομικών πολιτικών με στόχο τη δικαιότερη κατανομή του εισοδήματος και των υγειονομικών πόρων ανάμεσα στις κοινωνικο-οικονομικές ομάδες και τις υγειονομικές περιφέρειες. Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης λόγω της ύπαρξης απολυταρχικών – δικτατορικών πολιτικών συστημάτων οι υγειονομικές πολιτικές ακολούθησαν τις πολιτικές δοξασίες των κυβερνώντων με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και τη μείωση των κοινωνικών και υγειονομικών δαπανών. Επειδή οι χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία) παρουσιάζουν πολλές πολιτικές και οικονομικές ιδιορρυθμίες σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για το λόγο αυτό αναφερόμαστε πολλές φορές στη βιβλιογραφία σε ένα διαφορετικό υγειονομικό πρότυπο που το ονομάζουμε «Νότιο – Ευρωπαϊκό».

Ανάλογα με τα πολιτικά, διοικητικά, οργανωτικά, και οικονομικά χαρακτηριστικά των υπολοίπων χωρών της Ευρώπης διακρίνουμε τέσσερα επιπρόσθετα πρότυπα υγειονομικών συστημάτων που αναφέρονται: 1) στο Σκανδιναβικό Πρότυπο το οποίο περιλαμβάνει τις Σκανδιναβικές χώρες και εδραιούτε στην πολιτική φιλοσοφία της σοσιαλδημοκρατίας, 2) το Αγγλοσαξονικό σύστημα που εδραιούτε στην πολιτική φιλοσοφία και τις κοινωνικές μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Lord Beveridge στην Αγγλία τη δεκαετία του 1940, 3) το Γερμανικό Πρότυπο που αναπτύχθηκε από τον Bismark και βασιζέται στην οργάνωση και το επιτελικό συντονισμό των επιμέρους κοινωνικό-ασφαλιστικών συστημάτων κάτω από ένα ενιαίο σύστημα ασφάλισης και τέλος 4) το πρότυπο των πρώην σοσιαλιστικών υγειονομικών συστημάτων που εδραιώθηκε διαχρονικά στην πολιτική σκέψη του Karl Marx για πλήρη ισότητα σύμφωνα με τις αρχές της κομμουνιστικής ιδεολογίας.

Εξετάζοντας τη διαχρονική εξέλιξη των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στις χώρες του ΟΟΣΑ παρατηρούμε μια άμεση σχέση μεταξύ της

υγειονομικής πολιτικής και της γενικότερης πολιτικής φιλοσοφίας των κυβερνήσεων και της αντίστοιχης διοικητικής υποδομής.

Στις περιπτώσεις των δημοκρατικών χωρών θα πρέπει να σημειώσουμε τη σημαντική συμβολή της κοινωνικής και υγειονομικής έρευνας, η οποία προσμέτρησε και καθόρισε το είδος, τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος των κοινωνικών και υγειονομικών αναγκών. Οι έρευνες αυτές ανάγονται στις αρχές του 20 αιώνα και εμπλούτισαν με τα ευρήματά τους τη διαμόρφωση μιας κοινωνικά δίκαιης και οικονομικά αποδοτικής υγειονομικής πολιτικής. Οι λαμπρές έρευνες του Charles Booth στα 1890 στο Λονδίνο και του Seebohm Rowntree στο York της Αγγλίας, σηματοδότησαν την απαρχή μιας ουσιαστικής «στοχευόμενης» υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής που επικεντρώνεται στα άτομα που πλήττονται άμεσα από τους υγειονομικούς και κοινωνικούς κινδύνους. Παρόμοιες έρευνες στη Γερμανία, τη Γαλλία και τις λοιπές χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης κατέγραψαν και ανέλυσαν σε πρώτη φάση τις κοινωνικές και υγειονομικές τους ανάγκες.

Στη συνέχεια σε δεύτερη φάση ακολούθησε το θεσμικό πλαίσιο το οποίο διαμορφώθηκε από τα πολιτικά ρεύματα και τις πολιτικές πεποιθήσεις των εκάστοτε κυβερνήσεων. Αναγνωρίζοντας τις κοινωνικές ανάγκες και την υποχρέωση του κράτους για παρέμβαση στο χώρο της υγείας ψηφίζονται τα κοινωνικά δικαιώματα για την υγεία την πρόληψη και την κοινωνική φροντίδα, που ενσωματώνονται στους επιτελικούς νόμους για το Σύνταγμα και τη συγκρότηση του Κράτους. Βαθμιαία τα κοινωνικά δικαιώματα μετουσιώνονται σε ειδικούς νόμους για τη μεταρρύθμιση τους συστήματος υγείας και τις γενικότερες κοινωνικές μεταρρυθμίσεις. Τέλος λαμβάνοντας υπόψη τις δυναμικές κοινωνικο-οικονομικές διακυμάνσεις, τις διοικητικές και οργανωτικές αναδιοργανώσεις των χωρών της Ευρώπης κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών ή τεσσάρων δεκαετιών παρατηρούμε μια σειρά νόμων που αποβλέπουν στη μεταρρύθμιση των μεταρρυθμίσεων. (Reforming the Reforms).

Ένα από τα κεντρικά θέματα των μεταρρυθμίσεων ήταν η αναλυτική διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειώσουμε τη σημαντική συνεργασία μεταξύ της επιδημιολογίας, των οικονομικών της υγείας και της πολιτικής επιστήμης. Η επιδημιολογία προσέφερε την αναλυτική καταγραφή των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας που αποτέλεσαν τους δείκτες αποτελέσματος και αξιολόγησης των οικονομικών και πολιτικών παρεμβάσεων. Η οικονομική επιστήμη προσέφερε τους δείκτες του ΑΕΠ, των δαπανών υγείας, εκπαίδευσης, διατροφής, αναψυχής καθώς και όλους τους άλλους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν ως εισροές στη συνάρτηση της «παραγωγής υγείας».

Η οικονομική έρευνα για την αναζήτηση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία έχει αναδείξει το εισόδημα ως τον κυριότερο προσδιοριστή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Ο Preston 1 από τον τομέα της επιδημιολογίας πρότεινε διάφορους μηχανισμούς μέσω των οποίων το εισόδημα επηρεάζει την υγεία, μεταξύ των οποίων οι βελτιώσεις στη διατροφή, η πρόσβαση σε καθαρό νερό και καλύτερη υγιεινή, και η βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον το υψηλό εισόδημα δίνει τη δυνατότητα στο άτομο για την απόκτηση και άλλων αγαθών και υπηρεσιών που βελτιώνουν άμεσα ή έμμεσα την κατάσταση της υγείας του. Ωστόσο, η διαπίστωση ότι κοινωνίες με παρόμοια οικονομική ανάπτυξη παρουσιάζουν διαφορετικά μέσα επίπεδα υγείας του πληθυσμού, ωθεί στην ανάλυση και ευρύτερων δομικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας, όπως είναι

η πολιτική (politics) στο ευρύτερο πλαίσιο<sup>2</sup>.

Η εξέταση της επίπτωσης της ποιότητας των πολιτικών θεσμών στην υγεία στις χώρες της Ευρώπης και του ΟΟΣΑ αποτελεί ακριβώς την υπόθεση εργασίας αυτής της μελέτης. Η έρευνα στις πολιτικές επιστήμες έχει δείξει ότι η επίπτωση των πολιτικών θεσμών στην υγεία είναι πολλαπλή<sup>2-5</sup>. Η σχέση πολιτικής, πολιτικών θεσμών και υγείας προσδιορίζεται με ποικίλους τρόπους, καθιστώντας πολλές φορές δύσκολη την αναγνώριση της φοράς των σχετικών αιτιωδών σχέσεων. Η αποδόμηση ενός πολιτικού συστήματος στα κύρια χαρακτηριστικά του δημιουργεί νέους ορίζοντες ανάλυσης. Η εξέταση του πολιτικού συστήματος (π.χ. αυταρχικού ή δημοκρατικού, πλειοψηφικού ή αναλογικού συστήματος), της πολιτικής κουλτούρας, των πολιτικών θεσμών, της κρατικής ισχύος (π.χ. διοικητική ικανότητα, πόροι), των ιδιαίτερων, ιστορικών κυρίως, χαρακτηριστικών του (π.χ. εκπροσώπηση ομάδων συμφερόντων, πολιτικές προσωπικότητες), καθώς και της πολιτικής φιλοσοφίας της κυβέρνησης, προσδιορίζει κάθε φορά έναν διαφορετικό τύπο διάδρασης μεταξύ της πολιτικής (politics) και της υγείας του πληθυσμού.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ**

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε τις διαφορετικές σχολές σκέψεις που εξέτασαν τη σχέση μεταξύ υγείας και πολιτικών συστημάτων. Από τη βιβλιογραφία προέκυψε ότι δύο είναι οι βασικοί τρόποι με τους οποίους η ποιότητα του πολιτικού συστήματος επιδρά στην υγεία του πληθυσμού. Η πρώτη περίπτωση επικεντρώνεται στο σύστημα υγείας και διερευνά τις καθαυτές πολιτικές υγείας, ως προς τη χρηματοδότηση, την προσφορά, τους ανθρώπινους πόρους, την οργάνωση και τη διοίκηση του Συστήματος Υγείας. Στη δεύτερη περίπτωση οι ευρύτερες δημόσιες πολιτικές διαμορφώνουν το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον του ατόμου, ως προς την εργασία, το εισόδημα και την εκπαίδευση, που με τη σειρά τους επηρεάζουν την κατάσταση υγείας του ατόμου. Σε αυτήν την προβληματική εντάσσονται και μελετώνται οι διαδικασίες καθορισμού της πολιτικής ατζέντας, διαμόρφωσης των διαφορετικών πολιτικών επιλογών και λήψης των πολιτικών αποφάσεων ως προς τον τομέα της υγείας. Από την άλλη πλευρά το πολιτικό σύστημα καθαυτό αποτελεί έναν ανεξάρτητο θεσμικό παράγοντα σχηματισμού συνθηκών ευνοϊκών ή μη για την κατάσταση της υγείας του συνόλου του πληθυσμού. Σε αυτήν την περίπτωση αναλύεται η διαφορετική επίδραση που ενδέχεται να έχουν τα συστατικά στοιχεία του πολιτικού συστήματος, ιδίως στη βάση της ποιότητας των δημοκρατικών θεσμών, στην υγεία, και τους μηχανισμούς διαμέσου των οποίων προκύπτει αυτή η επίπτωση.

Η συζήτηση που αφορά τη διαμόρφωση των πολιτικών επιλογών ξεκινάει από τη συστημική προσέγγιση, σύμφωνα με την οποία είναι περιορισμένη η δυνατότητα επεξεργασίας και ικανοποίησης των αιτημάτων της κοινωνίας από το πολιτικό σύστημα.<sup>6</sup> Ως εκ τούτου, εφαρμόζονται λειτουργίες που φιλτράρουν τα αιτήματα και τις διεκδικήσεις πριν μπουν στη διαδικασία επεξεργασίας και διαμόρφωσης νέων ή αλλαγής υφιστάμενων δημοσίων πολιτικών που αφορούν την υγεία. Ακολούθως η έρευνα αφορά τον καθορισμό της πολιτικής ατζέντας.<sup>7</sup> Πρόκειται για τη διαδικασία μέσω της οποίας ορισμένα αιτήματα των διαφόρων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού μετασχηματίζονται σε διεκδικήσεις που χρήζουν της προσοχής από μέρους των δημοσίων αξιωματούχων.

Η πολιτική ατζέντα διακρίνεται:

α) στη **δημόσια ατζέντα** (public agenda), η οποία περιλαμβάνει ζητήματα που έχουν επιτύχει ένα υψηλό επίπεδο δημοσίου ενδιαφέροντος και απαιτούν πολιτική ρύθμιση σύμφωνα με τις πεποιθήσεις ενός σημαντικού μέρους του πληθυσμού, και

β) στην **επίσημη ατζέντα** (formal agenda), που αφορά τα συγκεκριμένα θέματα και αιτήματα τα οποία έχουν επισήμως αναγνωριστεί από τους πολιτικούς δρώντες ως θέματα που μπορούν να αποτελέσουν πεδίο άσκησης δημόσιας πολιτικής. Το σχετικό αίτημα εγγράφεται στην επίσημη πολιτική ατζέντα ως ζήτημα που μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο δημόσιας πολιτικής με τους εξής τρόπους:

- με τη βία,
- μέσω θεσμικής διαπραγμάτευσης,
- μέσω των ομάδων συμφερόντων ή των κομμάτων, και
- με την απευθείας πρόσβαση στους αποφασίζοντες.

Η ατζέντα διαμορφώνεται βάσει των μοντέλων εξωκυβερνητικής πρωτοβουλίας (outside initiative model), στο πλαίσιο δράσης μη κυβερνητικών ομάδων, κινητοποίησης (mobilization model) και ενδοκυβερνητικής πρωτοβουλίας (inside initiative model), δηλαδή με την ανακίνηση αρχικά εντός ενδοκυβερνητικών ομάδων<sup>7,8</sup>.

## ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Υπάρχουν πέντε βασικοί μηχανισμοί με τους οποίους επιδρά διαφορετικά το πολιτικό σύστημα στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού ανάμεσα σε καθεστώτα με διαφορετικό επίπεδο ή ποιότητα δημοκρατίας. Η σχετική συζήτηση συνήθως εφαρμόζει τα αντιθετικά πολιτικά παραδείγματα της δημοκρατίας και του αυταρχισμού, για να αποτυπώσει ευκρινέστερα τα σχετικά επιχειρήματα.

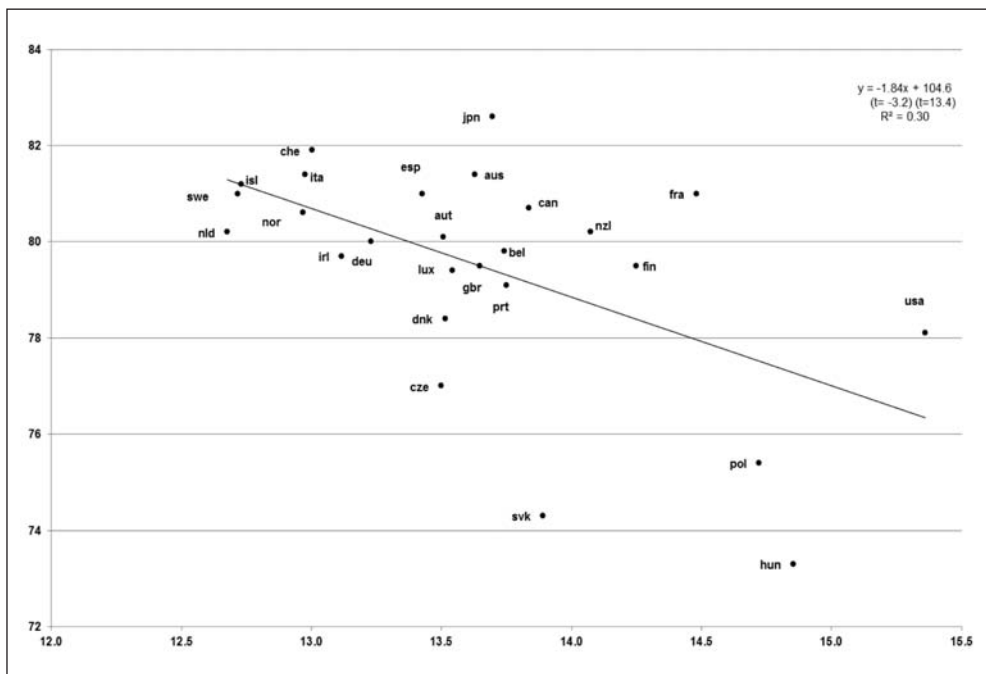
**Ο πρώτος μηχανισμός** αφορά την υπο-αντιπροσώπηση σε θέσεις ισχύος του διοικητικού μηχανισμού, και συνδέεται με το μοντέλο ενδοκυβερνητικής πρωτοβουλίας και κινητοποίησης για τη διαμόρφωση της πολιτικής ατζέντας<sup>7</sup>. Τα ζητήματα που αφορούν τις πολιτικές υγείας, αλλά και γενικότερα τις υπόλοιπες δημόσιες πολιτικές που επηρεάζουν έμμεσα την υγεία του πληθυσμού εγείρονται εντός των ίδιων των κυβερνητικών κύκλων - κατά συνέπεια εγγράφονται εύκολα στην επίσημη ατζέντα - αλλά οι υποστηρικτές τους δεν επιθυμούν τη θέση τους και στη δημόσια ατζέντα. Οι άμεσα ενδιαφερόμενοι βασίζουν την επιτυχία της προώθησης των διεκδικήσεών τους στην ισχύ τους και στην προνομιακή πρόσβαση στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Κατά τους Acemoglu και Robinson<sup>9</sup>, τα αυταρχικά καθεστώτα αποτελούν μια δικτατορία ανώτερων εισοδηματικών τάξεων, ενώ αντίθετα στα δημοκρατικά καθεστώτα κυριαρχούν οι μεσαίες και φτωχότερες τάξεις. Κατά συνέπεια, καθίσταται δύσκολη στα αυταρχικά καθεστώτα η προώθηση ζητημάτων προστασίας της υγείας του πληθυσμού, τα οποία αποτελούν προτεραιότητα κυρίως των φτωχότερων στρωμάτων. Ταυτόχρονα, δε μπορεί να λειτουργήσει το μοντέλο εξωκυβερνητικής πρωτοβουλίας, το οποίο προϋποθέτει κοινωνίες ισότητας και είναι χρήσιμο για ομάδες συμφερόντων που υστερούν σε πόρους και επιρροή στα κέντρα εξουσίας. Επιπλέον, η ποιότητα των δημοκρατικών θεσμών διαμορφώνει τη δυνατότητα των περιθωριοποιημένων τμημάτων του πληθυσμού να διεκδικήσουν πολιτικές αναδιανομής του εισοδήματος προς όφελος των αδυνάτων<sup>10,11</sup>. Η αρνητική

σχέση ανάμεσα στην εισοδηματική ανισότητα και την υγεία ονομάζεται «υπόθεση του σχετικού εισοδήματος» και επιβεβαιώνεται από σχετικές έρευνες ως αξιόπιστη, ακόμα και μετά τον έλεγχο ως προς το απόλυτο εισόδημα<sup>12-14</sup>. Στο διάγραμμα 1 παρουσιάζουμε στον κάθετο άξονα το προσδόκιμο επιβίωσης και στον οριζόντιο άξονα την εισοδηματική ανισότητα. Η εισοδηματική ανισότητα μετράται με τον συντελεστή Gini (G) που λαμβάνει τιμές από το μηδέν (0= πλήρη ισότητα) μέχρι το ένα (1= πλήρη ανισότητα). (0<G<1).

Οι αναπτυγμένες χώρες με υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζουν χαμηλότερη εισοδηματική ανισότητα. Η Ουγγαρία, η Σλοβακία και η Πολωνία, χώρες του πρώην Σοσιαλισμού που δέχθηκαν σημαντική μείωση στο προσδόκιμο επιβίωσης λόγω της πολιτικής τους μετάβασης από ολοκληρωτικά πολιτικά σχήματα σε δημοκρατικά πολιτικά σχήματα παρουσιάζουν μεγάλη εισοδηματική ανισότητα που συνδυάζεται με το χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης. Επίσης οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με υψηλή εισοδηματική ανισότητα παρουσιάζουν σχετικά χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης

Επομένως, σε κοινωνίες με ποιοτικότερους πολιτικούς θεσμούς, θεωρείται ότι υπάρχουν χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες, και επομένως περισσότερες ευκαιρίες πρόσβασης σε πόρους (διατροφή, στέγαση, περίθαλψη) οι οποίοι μεσολαβούν για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας<sup>4</sup>.

**Ένας δεύτερος μηχανισμός** διαφοροποίησης της επίδρασης του πολιτικού συστήματος στην υγεία αφορά τις διαδικασίες λογοδοσίας του πολιτικού προσωπικού<sup>2,3</sup>. Στα μεν



Διάγραμμα 1. Σχέση εισοδηματικής ανισότητας και υγείας.



δημοκρατικά καθεστώτα υπάρχει πλήρης λογοδοσία και απαίτηση νομιμοποίησης των δημοσίων πολιτικών από μια ευρεία μάζα του πληθυσμού σε τακτά χρονικά διαστήματα διαμέσου των εκλογών. Ο ανταγωνισμός για τον προσεταιρισμό ψήφων οδηγεί σε μια πιο ευαίσθητη πολιτική ανταπόκριση στα αιτήματα της ευρείας μάζας του πληθυσμού. Αντίθετα, στα αυταρχικά καθεστώτα δεν υπάρχει ανάλογη ανάγκη για συλλογή ψήφων, και οι σχετικές πολιτικές συζητήσεις καταπνίγονται σε ένα πλαίσιο αυστηρής λογοκρισίας. Κατά συνέπεια, στα δημοκρατικά καθεστώτα είναι αναμενόμενο ζητήματα προστασίας της υγείας του πληθυσμού να ανακινούνται και να ικανοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό, υπό την επαπειλή της εκλογικής αποδοκιμασίας.

Επιπλέον, οι πολιτικές ελευθερίες μπορεί να αποτρέψουν κοινωνικές καταστροφές, λόγω της ύπαρξης μη λογοκριμένων μέσων ενημέρωσης, τα οποία επιτρέπουν την ενημέρωση του πληθυσμού για διάφορα θέματα υγείας, αλλά και την ανάδειξη κοινωνικών αναγκών και επικείμενων προβλημάτων δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τον Amartya Sen<sup>15</sup>, ο λιμός της Κίνας το διάστημα 1958-1961, οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη πολιτικών ελευθεριών και την ανυπαρξία αντιπολίτευσης που θα μπορούσε να επισημάνει τα λάθη της κρατικής πολιτικής. Στο ίδιο αίτιο μάλιστα αποδίδεται και η αδυναμία της κινεζικής κυβέρνησης να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην επιδημία του Σοβαρού Οξυ Αναπνευστικού Συνδρόμου (SARS) το 2003, το οποίο είχε παγκόσμιες συνέπειες<sup>2</sup>.

**Ο τρίτος μηχανισμός** συνδέεται με την ίδια την ποιότητα του πολιτικού προσωπικού<sup>3</sup>. Γίνεται, λοιπόν, η υπόθεση ότι σε περισσότερο δημοκρατικές κοινωνίες οι σχετικές επιλογές του πολιτικού και διοικητικού προσωπικού γίνονται με κριτήρια που αφορούν κυρίως τις ικανότητες για την επίλυση δημοσίων προβλημάτων. Αντίθετα, θεωρείται ότι στα αυταρχικά καθεστώτα οι σχετικές διαδικασίες είναι περισσότερο διαβλητές, και προωθούνται συγγενικά ή άλλα πρόσωπα σε θέσεις και αξιώματα χωρίς αξιοκρατικά κριτήρια, σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι στις δημοκρατίες. Το επίπεδο διαφθοράς επομένως του πολιτικού συστήματος επηρεάζει την αποτελεσματικότητά του, οδηγώντας σε διαφορετικά αποτελέσματα στην υγεία.

**Ο τέταρτος μηχανισμός** συνδέει τη δημοκρατία με την οικονομική ανάπτυξη διαμέσου της πολιτικής σταθερότητας<sup>16-18</sup>. Οι δημοκρατικοί θεσμοί τείνουν να έχουν θετικό αντίκτυπο στην οικονομική ανάπτυξη α) άμεσα, καθώς προσφέρουν ένα σταθερό πολιτικό περιβάλλον επιτρέποντας την τακτική εναλλαγή κυβερνήσεων, αποτρέποντας αντισυνταγματικές αλλαγές καθεστώτος, και β) έμμεσα, διαμέσου των επενδύσεων σε χρηματικό και ανθρώπινο κεφάλαιο που ευνοεί η μακρο-πολιτική σταθερότητα.

**Ο πέμπτος μηχανισμός** αφορά την αποτελεσματικότητα των κυβερνητικών λειτουργιών. Οι Lazaroni και Mosca<sup>19</sup>, αξιολογώντας το μοντέλο του Rodgers<sup>12</sup> αναφορικά με την επίδραση του απόλυτου εισοδήματος και της οικονομικής ανισότητας στην υγεία, διαπίστωσαν ότι αντικαθιστώντας τον δείκτη οικονομικής ανισότητας με έναν δείκτη διακυβέρνησης, το νέο μοντέλο παλινδρόμησης εξηγεί καλύτερα τη μεταβλητότητα του Προσδόκιμου Ζωής. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, πάνω από ένα επίπεδο εισοδήματος, η ποιότητα και αποτελεσματικότητα των δημοσίων υπηρεσιών είναι καθοριστικός παράγοντας της υγείας του πληθυσμού. Αυτό προκύπτει εύλογα, καθότι μετά την κάλυψη των βασικών συνθηκών διαβίωσης, και την παροχή επαρκών δημοσίων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, πρόνοιας κ.λπ., το εισόδημα θα έχει φθίνουσες αποδόσεις στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αντίθετα, η διακυβέρνηση θα

έχει αυξανόμενες αποδόσεις, αιτία των οικονομικών κλίμακας που ικανοποιεί το κράτος κατά την προσφορά δημοσίων αγαθών, που δεν μπορούν να προκύψουν ατομικά λόγω του μεγέθους τους, και επομένως δεν προσφέρονται από τους ιδιώτες. Επιπλέον, οι δημόσιες πολιτικές, εφόσον είναι αποτελεσματικές, μπορεί να αποτρέψουν αρνητικές εξωτερικότητες που επιδεινώνουν την υγεία, όπως είναι η μόλυνση του περιβάλλοντος, κοινωνική βία, ναρκωτικά κ.λπ.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη μελέτη αυτή εξετάσαμε τη σχέση μεταξύ μεταξύ πολιτικών συστημάτων και υγείας. Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση προέκυψε ότι υπάρχουν πέντε διαφορετικές προσεγγίσεις για την ανάλυση των πολιτικών συστημάτων στην υγεία. Η οποιαδήποτε μεταρρύθμιση του μέλλοντος στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδος, θα πρέπει να λάβει υπόψη τις νέες πολιτικές τάσεις και προκλήσεις. Η πατροπαράδοτη ιδεολογική αντιπαράθεση της «σοσιαλιστικής» σχολής με την περισσότερο «φιλελεύθερη» αντίληψη ότι η υγεία είναι τελικά δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό έχει ήδη αντικατασταθεί από πρωτοβουλίες που αναλαμβάνει σήμερα η τοπική αυτοδιοίκηση προσφέροντας δημοτικές υπηρεσίες υγείας και ο ευρύτερος « τρίτος τομέας » που βασίζεται σε μη κερδοσκοπικές δράσεις. Υπάρχει ένα ευρύτατο φάσμα υπηρεσιών που μπορούν να αναπτυχθούν από την τοπική αυτοδιοίκηση και τον τρίτο τομέα, προσφέροντας μη κερδοσκοπικές υπηρεσίες με υψηλή ποιότητα και σίγουρα χαμηλότερο κόστος από τον δημόσιο. Η πρόκληση ανήκει στη θεσμική και οικονομική μεταρρύθμιση που θα διαμορφώσει ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας για το σύστημα υγείας της Ελλάδος διασφαλίζοντας τις αρχές της αποτελεσματικότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης για όλους τους Έλληνες Πολίτες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. H. Preston S. The Changing Relation between Mortality and the Level of Economic Development. *Population Studies* 1975;29:239-48.
2. Ruger JP. Democracy and health. *QJM Medicine* 2005;98:299-304.
3. Besley T, Kudamatsu M. Health and democracy. *American Economic Review* 2006; 96:313-8.
4. Shin ME. Income inequality, democracy and health: A global portrait. *Responding to Globalization: Societies, Groups and Individuals*; 4-7 April Boulder 2002.
5. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006; 368:1033-7.
6. Easton D. A framework for political analysis. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1965; p. 103-35.
7. Cobb R, Ross J-K, Ross MH. Agenda Building as a comparative political process. *The American Political Science Review* 1976; 70:126-38.
8. Baumgartner FR. Comparative Studies of Policy agendas. *Journal of European Public Policy* 2006; 13:959-74.
9. Acemoglu D, Robinson JA. Economic origins of dictatorship and democracy. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
10. Lipset SM. Some Social Prerequisites of Democracy: Economic Development and Political Legitimacy. *American Political Science Review* 1959; 53:69-105.
11. Muller E. Democracy, Economic Development and Income Inequality. *American Sociological Review* 1988; 53:50-68.
12. Rodgers G. Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section

- Analysis. *Population Studies* 1979; 33:343-51.
13. Wilkinson RG. *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London and New York: Routledge; 1996.
  14. Mayer SE, Sarin A. Some mechanisms linking economic inequality and infant mortality. *Social science and Medicine* 2005;60:439-55.
  15. Sen AK. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
  16. FENG Y. Democracy, Political Stability and Economic Growth. *British Journal of Political Science* 1997; 27:391-418.
  17. Gerring J, Bond P, Barndt WT, Moreno C. Democracy and Economic Growth: A Historical Perspective. *World Politics* 2005; 57:323-64.
  18. Persson T, Tabellini G. Democratic capital: The nexus of political and economic change. National Bureau of Economic Research. 2006; Working Paper 12175.
  19. Lazarova E, Mosca I. Does governance matter for aggregate health capital? *Applied Economics Letters* 2007; 15:199-202.
  20. Vanhanen T. *Measures of Democracy 1810-2010*. version 5.0 (2011-07-07) ed. Tampere: Finnish Social Science Data Archive; 2011.

# Η Σχέση Πολιτικής και Ιατρικής

*Ανδρέας Α. Πολυδώρου*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι αλλαγές στα συστήματα διακυβέρνησης των κρατών έχουν διπλή επίδραση στην υγεία των ανθρώπων, επηρεάζοντας ταυτόχρονα την υγεία του πληθυσμού άμεσα αλλά και την οργάνωση, λειτουργία και χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Η πολιτική και οικονομική πρόοδος που επετεύχθη τις τελευταίες δεκαετίες επηρέασε θετικά τη βελτίωση του επιπέδου υγείας με ταυτόχρονη αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Η καπιταλιστική μεταμόρφωση των πολιτικών συστημάτων παγκοσμίως με σκοπό την αύξηση των κερδών, πιθανότατα θα συμβάλλει στην επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και την εμφάνιση κινδύνων από τη μεταβολή του φυσικού περιβάλλοντος, το οποίο καταστρέφεται βαθμιαία με αυξανόμενους ρυθμούς λόγω απρογραμμάτιστης και ασύδοτης εκμετάλλευσης.

Πρόσθετος παράγων επηρεασμού της υγείας από την πολιτική αποτελεί η πρόσφατη σχετικά μεταβολή του παγκόσμιου συστήματος διακυβέρνησης με την επικράτηση του δόγματος της παγκοσμιοποίησης. Η απελευθέρωση του εμπορίου, η ελεύθερη διακίνηση αγαθών με πλημμελείς ελέγχους πολλές φορές, η αύξηση συχνότητας επαφών μεταξύ των πληθυσμών διευκόλυναν τη μεταφορά των παραγόντων κινδύνου από περιοχή σε περιοχή, με ιδιαίτερη έμφαση τη διασπορά των μεταδοτικών νοσημάτων. Η οικονομική κατάσταση των διαφόρων κρατών έχει άμεση επίδραση στην ποιότητα και ποσότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στα πλαίσια αύξησης του κέρδους περιορίζονται οι παροχές υπηρεσιών. Τα τελευταία χρόνια επιχειρείται στροφή προς την ιδιωτικοποίηση μεγαλύτερου μέρους των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας όπου, ως είναι αυτονόητο, θα έχουν πρόσβαση οι οικονομικά ισχυροί με ταυτόχρονο διαχωρισμό του πληθυσμού σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία θα περιλαμβάνει τους οικονομικά ασθενέστερους με πρόσβαση σε ένα υποβαθμισμένο και φτηνό σύστημα υγείας και η δεύτερη, που θα είναι μειονότητα, θα απολαμβάνει τα πλεονεκτήματα πλήρους παροχής υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Λόγω των ανισοτήτων αλλά και του αυξημένου κόστους των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας με την ενσωμάτωση των συνεχώς βελτιούμενων νέων τεχνολογιών, είναι αναγκαίος ο νέος κρατικός σχεδιασμός της πολιτικής της υγείας και η ενεργητικότερη συμμετοχή των διεθνών οργανώσεων για την αντιμετώπιση προβλημάτων που υπερβαίνουν τις δυνατότητες των εθνικών συστημάτων υγείας.

Στη συνέχεια περιγράφεται η σχέση πολιτικής και υγείας και ο τρόπος με τον οποίο αλλάζουν οι συνθήκες σχέσης τους, ανάλογα με τη φιλοσοφία του εκάστοτε πολιτικού

συστήματος αλλά και των οικονομικών καταστάσεων που επικρατούν κάθε χρονική στιγμή.

## ΥΓΕΙΑ: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Σύμφωνα με τον ισχύοντα ελληνικό νόμο «Υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης». Βασικοί στόχοι του συστήματος υγείας είναι η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας. Η επικρατούσα άποψη σήμερα στην πλειοψηφία του ανεπτυγμένου κόσμου αναφέρει την Υγεία ως ατομικό, ιδιωτικό και καταναλωτικό αγαθό η διαχείριση του οποίου ακολουθεί τους κανόνες της αγοράς. Καθίσταται εμφανής η διαφορά των δύο απόψεων με εύλογα ερωτηματικά σχετικά με το ποια άποψη είναι σωστή και αποτελεσματική, που θα ωφελούσε τους πολίτες του κράτους, με ταυτόχρονη δυνατότητα εφαρμογής του συστήματος από το κράτος. Είναι γεγονός ότι διεθνώς υπάρχουν οξυμένα προβλήματα στα συστήματα υγείας είτε αυτά εφαρμόζουν τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές είτε την πολιτική των δημόσιων συστημάτων υγείας.

Η πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζεται από διάφορες μεταβαλλόμενες κυρίαρχες αντιλήψεις για την υγεία, οι οποίες καθορίστηκαν από τις βασικές επιλογές πολιτικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Άμεσα μεταπολεμικά, εξ αιτίας της μεγάλης οικονομικής και ανθρωπιστικής καταστροφής, κυριάρχησαν οι πολιτικές της γρήγορης και αποκλειστικής οικονομικής ανάπτυξης γύρω από την οποία σχεδιάζονται η κοινωνική πολιτική και τα συστήματα υγείας. Για τον σκοπό αυτό, απαιτείται η παρουσία υγιούς πληθυσμού με την όσο το δυνατόν καλύτερη απόδοση στην εργασία που συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη. Κρίνεται έτσι σκόπιμη η ανάπτυξη δημοσίων συστημάτων υπηρεσιών υγείας, και θεμελιώνονται οι αξίες της καθολικής και δωρεάν πρόσβασης του πληθυσμού σε αυτές. Το μεγάλο κόστος του συστήματος υγείας καλύπτεται από το τεράστιο κέρδος που αποκομίζεται από την οικονομική ανάπτυξη και την αύξηση της παραγωγής και της κατανάλωσης. Ακολουθεί η οικονομική κρίση της δεκαετίας 1970-80, που η κοινωνίες του δυτικού κόσμου επιταχύνουν την αναμόρφωση και αναδιάρθρωση της καπιταλιστικής μορφής της οικονομίας. Ο ρυθμός ανάπτυξης μειώνεται μαζί με τα υπερκέρδη του κεφαλαίου. Αρχίζουν να αναδεικνύονται προβλήματα, όπως η ανεργία και ο πληθωρισμός, τα οποία σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν την κοινωνική πολιτική και την πολιτική της υγείας. Η υπερπροσφορά φτηνής και αναλώσιμης εργατικής δύναμης μεταθέτει σε δευτερεύουσα θέση τη φροντίδα για την υγεία του πληθυσμού. Η συγκέντρωση στο κυρίαρχο κράτος πολλών εξουσιών για τον σχεδιασμό και την εκτέλεση των προγραμμάτων του αντιμετωπίζεται ως εμπόδιο για την οικονομική ανάπτυξη από το κεφάλαιο, που έχει αποκομίσει τεράστια κέρδη από την προηγούμενη περίοδο και επιθυμεί να αυξήσει τα κέρδη ακόμα περισσότερο με κάθε τρόπο, ένας εκ των οποίων είναι να μειώσει τα έξοδα λειτουργίας του κάθε κράτους. Αρχίζει η αμφισβήτηση της οικονομικής αποτελεσματικότητας του διευρυμένου δημόσιου τομέα, ο οποίος τώρα αντιμετωπίζεται ως εμπόδιο στην οικονομική

ανάπτυξη. Βασικός αρνητικός παράγοντας για την αύξηση των ιδιωτικών επενδύσεων είναι τα δημόσια ελλείμματα.

Θεωρείται ότι ο κρατικός έλεγχος της εργασίας, του εμπορίου και της αγοράς και η οποιαδήποτε κοινωνική πολιτική αναστέλλουν την οικονομική ανάπτυξη. Με σκοπό τη μείωση των εξόδων λειτουργίας εφαρμόζονται τα πρώτα μέτρα ελέγχου κόστους στις υπηρεσίες υγείας, με επίκεντρο την εισαγωγή συνθηκών αγοράς και ανταγωνισμού. Η είσοδος του ιδιωτικού κεφαλαίου στον τομέα της υγείας και η αντιμετώπιση του αγαθού αυτού ως καταναλωτικό αγαθό, σηματοδοτεί την πρόσφατη αλλαγή στην πολιτική της υγείας.

Η παροχή των υπηρεσιών υγείας σήμερα ακολουθεί τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς σε μεγάλο ποσοστό. Αυτό επιτυγχάνεται με την απαξίωση, την υποχρηματοδότηση και αποδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα προβάλλεται η δήθεν αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση των καταναλωτών που θα προκύψουν από τον ανταγωνισμό που θα αναπτυχθεί στην ελεύθερη αγορά. Το όνειρο αυτό δεν θα γίνει ποτέ πραγματικότητα γιατί οι ιδιώτες παροχείς υπηρεσιών υγείας έχουν πρωταρχικό σκοπό το κέρδος σε μία άναρχα και ταχύτατα διευρυνόμενη αγορά υπηρεσιών. Έχει καταλήξει σήμερα σε μεγάλο βαθμό η υγεία να είναι αποκλειστικά ατομικό καταναλωτικό αγαθό, το οποίο να εξαρτάται μόνο από τις ατομικές επιλογές κάθε πολίτη και τις δυνατότητες διαπραγμάτευσης που έχει με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας.

Η πολιτική της υγείας στη χώρα μας ακολούθησε τα βήματα που περιγράφηκαν ήδη αλλά σε ποιο συμπυκνωμένη μορφή και με βίαιες κατά καιρούς αλλαγές χωρίς καλά μελετημένα σχέδια και μελλοντική προοπτική. Επιπρόσθετα δεν ελήφθησαν υπ' όψιν οι εμπειρίες από άλλα κράτη που είχαν εφαρμόσει παρόμοια συστήματα ώστε να τροποποιηθούν αντίστοιχα τα δικά μας, με αποτέλεσμα τη μερική ή πλήρη αποτυχία κάθε προσπάθειας αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας. Αποφασίζεται η υλοποίηση ενός δημόσιου καθολικού συστήματος υγείας με τον νόμο 1397/1983, με μεγάλη καθυστέρηση σχετικά με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, που ήδη είχαν αρχίσει να αμφισβητούν τη χρησιμότητα και βιωσιμότητα του συστήματος αυτού. Οι πολλαπλές κακές πολιτικές παρεμβάσεις στη λειτουργία του συστήματος με στόχο την αποκομιδή μικροπολιτικών ωφελειών, συνέβαλαν και επιτάχυναν την πλήρη αποτυχία του συστήματος. Αρκεί να αναφέρει κανείς τον διορισμό των ιατρών στο σύστημα υγείας με πολιτικά και όχι με επιστημονικά κριτήρια κατά κανόνα, την κατανομή των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας χωρίς χωροταξικό σχεδιασμό και με πληθυσμιακά κριτήρια αλλά με κριτήριο τη δύναμη του τοπικού βουλευτή ή υπουργού και την ελλιπή χρηματοδότηση, για να γίνει αντιληπτή η συνταγή της αποτυχίας.

Άλλος επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγων υπήρξε η ανάγκη της χώρας μας να εναρμονισθεί με τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία κινείτο σε άλλους ρυθμούς σε σχέση με τη χώρα μας, που ακολουθούσε πάντα με καθυστέρηση τις εξελίξεις. Παρουσιαζόταν έτσι το φαινόμενο ότι έπρεπε να υλοποιηθούν σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα αλλαγές, που σε άλλα κράτη απαίτησαν πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ταυτόχρονα τα ίδια άτομα και οι ίδιες κυβερνήσεις να αναγκάζονται να αλλάζουν πολιτικές, ενώ είχαν ταυτιστεί με άλλες ακριβώς αντίθετες και τις είχαν υποστηρίξει με σθένος.

Παρά τις αλλαγές και την εμπειρία που έχει αθροιστεί έως σήμερα δεν είναι σαφές

στην πολιτική αλλά και στον επιστημονικό κόσμο πως ακριβώς πρέπει να σχεδιαστεί και να εφαρμοστεί η πολιτική της υγείας. Για να γίνει αυτό πρέπει να αποφασιστεί πρώτα αν η υγεία είναι ιδιωτική υπόθεση του κάθε ατόμου και καταναλωτικό αγαθό ή κοινωνικό αγαθό και δικαίωμα, που πρέπει να παρέχεται από το κράτος στους πολίτες του. Πρέπει επίσης να αποφασιστεί σε ποιο βαθμό και με ποια κριτήρια θα συμμετέχει ο ιδιωτικός τομέας στον σχεδιασμό, διαχείριση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Για όλα τα διλήμματα που προαναφέρθηκαν υπάρχουν θετικές και αρνητικές απόψεις. Η διαμόρφωση μίας τελικής άποψης είναι δύσκολη, ιδιαίτερα όταν αφορά ένα αντικείμενο που συνεχώς μεταβάλλεται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, που ενδεχομένως δεν μπορεί κανείς να τους προβλέψει, όπως η πορεία της παγκόσμιας οικονομικής ανάπτυξης, της τοπικής οικονομικής ανάπτυξης και των γεωπολιτικών αλλαγών που επιφέρουν μετακινήσεις πληθυσμών και αναστάτωση στην οργάνωση και λειτουργία των κρατών και των κοινωνιών. Παρά τις δυσκολίες θα επιχειρηθεί να δοθεί απάντηση στα ερωτήματα αυτά στη συνέχεια.

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι σαφές από τα προαναφερθέντα, ότι ο χαρακτηρισμός της υγείας ως κοινωνικού αγαθού και δικαιώματος ή ως ιδιωτικού καταναλωτικού προϊόντος αλλάζει κάθε φορά ανάλογα με τις επικρατούσες πολιτικές και οικονομικές συγκυρίες και σύμφωνα με τον τρόπο που αποφασίζουν οι πολιτικοί και οικονομικοί παράγοντες να χειριστούν την υγεία με στόχο μεγαλύτερα οφέλη, οικονομικά ή άλλα. Το περίεργο είναι ότι παρόμοιοι προβληματισμοί επικρατούν και εντός της επιστημονικής κοινότητας η οποία θα έπρεπε να έχει ξεκάθαρη θέση για το θέμα. Για να δοθεί απάντηση στο ερώτημα, πρέπει να ερευνηθούν τόσο η κατάσταση της υγείας διαφόρων πληθυσμών διαχρονικά όσο και οι μεταβολές των διαφόρων παραγόντων που τις επηρέασαν θετικά ή αρνητικά.

Τον περασμένο αιώνα σημειώθηκε αξιόλογη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της υποδομής της υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και τον περιορισμό έως και εξαφάνιση πολλών λοιμωδών νοσημάτων. Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη και επετεύχθησαν κάτω από οποιοδήποτε πολιτικό σύστημα με διαφορά μόνον στον βαθμό επιτυχίας. Η διαφορά αυτή στη δυνατότητα εφαρμογής των μέτρων βελτίωσης προκάλεσε αύξηση των ανισοτήτων που δημιουργούνται μεταξύ των ανεπτυγμένων και υπό ανάπτυξη κρατών, αλλά και μεταξύ των διαφόρων κοινωνικών τάξεων εντός ενός κράτους. Παρά το γεγονός ότι το προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες της Αφρικής βελτιώθηκε φτάνοντας τα 50 έτη, δεν μπορεί να συγκριθεί με αυτό του ανεπτυγμένου κόσμου που είναι μεγαλύτερο από 80 έτη. Στα ανεπτυγμένα κράτη η βελτίωση ήταν πολύ μεγαλύτερη, αυξάνοντας τη διαφορά από τα κράτη της Αφρικής παρά τη δική τους μικρότερη βελτίωση. Οι ανισότητες αυτές ακολουθούν γραμμικά τις αντίστοιχες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και αυξάνονται με κάθε αύξηση αυτών. Άλλο παράδειγμα αποτελεί η διαπίστωση ότι η βρεφική θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις φτωχότερες χώρες, που δεν υπάρχει ασφαλής πρόσβαση σε πόσιμο νερό, υπάρχει υποσιτισμός και κακή ποιότητα τροφής. Στις περιοχές αυτές και κάτω από τις κακές συνθήκες δεν μπορεί κανείς να ισχυριστεί ότι η υγεία είναι ιδιωτικό καταναλωτικό αγαθό,

διότι και να θέλει να το αποκτήσει και να έχει τη δυνατότητα δεν μπορεί να το βρει γιατί απλά δεν είναι διαθέσιμο. Είναι φανερό ότι σε αυτές τις συνθήκες η υγεία καθορίζεται από τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες με την πολιτική να διαδραματίζει μικρότερο άμεσο ρόλο.

Η κυριαρχία των νεοφιλελεύθερων πολιτικών και η παγκοσμιοποίηση της αγοράς προκαλεί σταδιακή διάλυση των δομών της δημόσιας υγείας με σκοπό την ιδιωτικοποίηση και την κερδοσκοπική της εκμετάλλευση. Επιπρόσθετα συντελούνται πολλές αλλαγές με αποτέλεσμα την επιδείνωση της δημόσιας υγείας. Τέτοιες είναι η αλόγιστη υπερεκμετάλλευση των φυσικών πόρων, οι περιβαλλοντικές καταστροφές, η απελευθέρωση της αγοράς εργασίας και υποβάθμιση των συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας στην εργασία, η αυξημένη συχνότητα ανθρωπιστικών καταστροφών και πολεμικών συρράξεων δημιουργούν εξαθλιωμένους πληθυσμούς που τους αναγκάζουν σε μαζικές και ανεξέλεγκτες μεταναστεύσεις. Φυσικό επακόλουθο είναι η επανεμφάνιση ξεχασμένων επιδημιών και η εμφάνιση νέων, που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν σε ατομικό επίπεδο, ενώ η συλλογική αποτελεσματική αντιμετώπισή τους απαιτεί πολλά έξοδα, χωρίς άμεσα κέρδη, κάτι που δεν αρέσει στον ιδιωτικό τομέα. Η αντιμετώπισή τους απαιτεί έντονη δραστηριοποίηση του δημόσιου τομέα που έχει όμως απαξιωθεί από την τάση παγκοσμιοποίησης και ιδιωτικοποίησης των πάντων. Η πορεία του προσδιορισμού της υγείας σε διάφορες φάσεις της εξέλιξης των κοινωνιών μεταπολεμικά δείχνει ότι μόνον ο δημόσιος χαρακτήρας της υγείας μπορεί να αντιμετωπίσει τα μεγάλα και σοβαρά προβλήματα υγείας των πληθυσμών, μέσα από οργανωμένη και καλά σχεδιασμένη παρέμβαση, γεγονός που αρχίζει πλέον να γίνεται αποδεκτό από τον επιστημονικό κόσμο αλλά και από την κοινωνία. Φαίνεται λοιπόν ότι ο προσδιορισμός της υγείας ως κοινωνικό αγαθό είναι ο σωστός και εκεί θα πρέπει να επικεντρωθούν οι προσπάθειες για τον επαναπροσδιορισμό των πολιτικών υγείας. Η υγεία δεν θα πρέπει να θεωρείται παραπροϊόν της γενικότερης οικονομικής ανάπτυξης και μέσο κερδοφορίας του κεφαλαίου.

Σχέση Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στον σχεδιασμό και διαχείριση της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι αλλαγές στην υγεία προκαλούνται από τις μεταβολές στις πολιτικές επιλογές των κυβερνήσεων παγκοσμίως, οι οποίες με τη σειρά τους υπαγορεύονται από τα συμπερόντα των οικονομικών παραγόντων σε κάθε χώρα ή περιοχή, που έχουν σαν κοινό παρονομαστή το κέρδος και την περαιτέρω αύξηση των κεφαλαίων τους. Συνεχώς περισσότεροι ασπάζονται την ιδέα ότι η υγεία είναι περισσότερο καταναλωτικό αγαθό που υπακούει στους νόμους της αγοράς, όπως είναι η ανταγωνιστικότητα, η επιλογή και η σχέση προσφοράς και ζήτησης. Μία από τις αιτίες για την υποστήριξη των ιδεών αυτών ήταν η κριτική που ασκήθηκε στον δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που είχε αναπτυχθεί μέχρι τότε με πολλά προβλήματα κυρίως οργανωτικά και οικονομικά. Σε πολλές περιπτώσεις η πρόοδος και οι αλλαγές στον διαγνωστικό και θεραπευτικό τομέα ήταν τόσο πολλές και τόσο γρήγορες που η γραφειοκρατία, η αναποτελεσματικότητα των διοικήσεων και η οικονομική δυσπραγία δεν επέτρεπαν τον εκσυγχρονισμό και την αύξηση της αποδοτικότητας. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούσαν μικρογραφία της κατάστασης που επικρατούσε στον ευρύτερο δημόσιο τομέα.

Οι μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν κατά καιρούς στη δημόσια υγεία ήταν αναποτελεσματικές για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος είναι ότι έγιναν με βιασύνη και συνεπώς



χωρίς πρόγραμμα και σχεδιασμό, και ο δεύτερος ότι χρησιμοποιήθηκαν κυρίως κομματικά κριτήρια και όχι επιστημονικά για τη στελέχωση των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε αυτά είναι νοσοκομεία ή διοικητικές υπηρεσίες ή μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Χαρακτηριστικό για τη χώρα μας είναι ότι σχεδόν όλοι οι διοικητές δημόσιων νοσοκομείων δεν είχαν σχέση με την υγεία και γνώριζαν για τα νοσοκομεία από την εμπειρία τους ως ασθενείς και εάν αυτό δεν είχε συμβεί δεν γνώριζαν τίποτα. Όταν μία υπηρεσία διοικείται από άσχετους ανθρώπους, που στην πλειονότητα ήταν κομματικά στελέχη αποτυχημένα στις προηγούμενες εκλογές, δεν έχει καμία ελπίδα να λειτουργήσει σωστά. Εάν προσθέσει κανείς το γεγονός της επιλογής του επιστημονικού προσωπικού με επίσης πολιτικά και κομματικά κριτήρια, αντιλαμβάνεται ότι έχει μπροστά του την τέλεια συνταγή αποτυχίας. Οι διάφορες κυβερνήσεις αντί να διορθώσουν αυτές τις αδυναμίες του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, παρασυρόμενοι από τη γενικότερη ροπή προς ιδιωτικοποίηση των πάντων και περιορισμού του κράτους, θεώρησαν σκόπιμο να αλλάξουν την πολιτική στο χώρο αυτό, αναγνωρίζοντας ότι η υγεία είναι καταναλωτικό αγαθό και κάθε μεταβολή προς αυτή την κατεύθυνση θα προάγει την αποτελεσματικότητα λειτουργίας των υπηρεσιών της και θα βελτιώσει και την ποιότητα ταυτόχρονα με τη μείωση του κόστους. Αποφασίστηκε η περαιτέρω απαξίωση του συστήματος υγείας, τις περισσότερες φορές από τους ίδιους που κάποτε ήταν υπέρμαχοι του συστήματος και της κοινωνικής μορφής του, και η σταδιακή απελευθέρωση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας στις δυνάμεις της αγοράς. Η άποψη αυτή στηρίζεται στην παραδοχή ότι ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας είναι ο μόνος που μπορεί να εγγυηθεί υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε ανταγωνιστικές τιμές. Η παραπληροφόρηση είναι τόσο μεγάλη ώστε και αυτοί που αναγνωρίζουν την υγεία ως δημόσιο αγαθό πολλές φορές τείνουν να ασπασθούν την άποψη ότι οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται καλύτερα σε ιδιωτική βάση, ακούγοντας τις διάφορες διαφημίσεις και την κατευθυνόμενη πληροφόρηση από τα μέσα ενημέρωσης, που πολλές φορές συμμετέχουν στις ιδιωτικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι αντιλήψεις των οικονομικών παραγόντων συντάσσονται με την άποψη ότι πρέπει τα επικερδή τμήματα των υπηρεσιών παροχής υγείας να δοθούν στους ιδιώτες, γεγονός που συμφέρει γιατί θα αυξήσουν τα κέρδη τους, και το κράτος να περιοριστεί στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε πληθυσμιακές ομάδες χαμηλής οικονομικής δυνατότητας με κρατική επιδότηση. Κανείς δεν ενδιαφέρεται για τον διαχωρισμό του πληθυσμού σε δύο κατηγορίες έτσι ώστε ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα να υπάρχει πρόσβαση σε διαφορετικά συστήματα υγείας.

Η τάση που επικρατεί τώρα είναι να ζητηθεί και να επιτραπεί στον ιδιωτικό τομέα να αυξήσει τη συμμετοχή του στο σύστημα υγείας, ώστε να αποτελέσει τον κύριο παροχέα στις ανεπτυγμένες χώρες, με συνεχώς αυξανόμενη συμμετοχή στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό γίνεται παρά τα γνωστά αρνητικά αποτελέσματα του κερδοσκοπικού χαρακτήρα μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και ποιότητας παρεχόμενης από αυτά φροντίδας υγείας. Ο κίνδυνος θανάτου στα ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα είναι 2-3% μεγαλύτερος από τα αντίστοιχα δημόσιου χαρακτήρα ιδρύματα που είναι μη κερδοσκοπικά και ο κίνδυνος θανάτου είναι κατά 8-9% μεγαλύτερος στις ιδιωτικές κερδοσκοπικές μονάδες εξωνεφρικής κάθαρσης.

Την ίδια αρνητική επίδραση φαίνεται να έχει και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, καθώς, παρά τη φαινομενική εξασφάλιση που θεωρεί ότι έχει ο ασφαλισμένος, οι συμφωνίες

μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των ιδιωτικών ιδρυμάτων είναι εις βάρος των ασφαλισμένων, οι οποίοι δεν γνωρίζουν τις συμφωνίες που τους αφορούν. Πολλές δε φορές οι ασφαλιστικές εταιρείες συμμετέχουν στο κεφάλαιο των ιδιωτικών ιδρυμάτων και στη διοίκηση επηρεάζοντας τη λειτουργία τους προς όφελος δικό τους και μείωση του επιπέδου ασφάλειας των ασθενών. Ο έλεγχος διαφόρων παραμέτρων σύγκρισης, μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων ιδρυμάτων σε διάφορα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ, δείχνει σαφή υπεροχή των δημόσιων ιδρυμάτων. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούνται και στο σύστημα υγείας στην Αγγλία μετά τη σταδιακή εφαρμογή συστημάτων ελέγχου του κόστους και όχι της αποτελεσματικότητας. Προκλήθηκε αύξηση της γραφειοκρατίας, μείωση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των ασθενών, απαξίωση του συστήματος και εκτροπή πολλών ασθενών που είχαν τη δυνατότητα σε ιδιωτικά ιδρύματα.

Η διαδικασία της εισόδου του ιδιωτικού τομέα στην υγεία ακολουθεί πολλές μεθόδους. Η κυριότερη και πλέον αποτελεσματική για τους ιδιώτες αλλά όχι για το κράτος είναι η σύμπραξη των δύο για τη δημιουργία μονάδων υγείας. Οι διάφοροι διεθνείς οργανισμοί (Παγκόσμια Τράπεζα, Διεθνές Νομισματικό Ταμείο) τις ενσωματώνουν στα προγράμματα ανάπτυξης ή προσαρμογής, όπως τα ονομάζουν, στις αναπτυσσόμενες χώρες και με αυτό τον τρόπο τα επιβάλλουν. Το ίδιο επιβάλλει και η Ευρωπαϊκή Ένωση στα κράτη μέλη της με priμοδότηση τέτοιων συμπράξεων. Το περίεργο είναι ότι όλοι γνωρίζουν, από εμπειρίες του παρελθόντος σε χώρες με αξιόπιστα στατιστικά και οικονομικά στοιχεία, ότι αυτές οι τακτικές στοιχίζουν περισσότερο χρήματα σε σχέση με τους παραδοσιακούς τρόπους χρηματοδότησης μέσω των δημοσίων επενδύσεων. Αυξάνουν το κόστος υπερβολικά και αυξάνουν τη ζήτηση τεχνητά μέσω της μείωσης των διαθέσιμων δημόσιων κλινών ώστε να στραφεί ο ασθενής στα ιδιωτικά ιδρύματα. Η διοίκηση των ιδιωτικών νοσοκομείων στην πλειονότητα δεν αντιλαμβάνεται ότι διοικεί μονάδα παροχής υγείας και όχι εργοστάσιο επισκευής μηχανημάτων, με αποτέλεσμα οι διάφορες αποφάσεις να λαμβάνονται με οικονομικά μόνον κριτήρια και με ανάλυση κόστους - οφέλους αδιαφορώντας για τα επιστημονικά κριτήρια που, είναι αλήθεια, πολλές φορές κοστίζουν πολύ στην εφαρμογή τους. Με την πάροδο του χρόνου γίνεται αντιληπτό το λάθος του εγχειρήματος της σύμπραξης κάτω από αυτούς τους όρους. Ταυτόχρονα μεγεθύνει τις ανισότητες μεταξύ των πολιτών όσο αφορά στην ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ο αρχικός στόχος της εκμετάλλευσης από τον δημόσιο τομέα των ιδιωτικών επενδύσεων προς όφελος του και προς όφελος των πολιτών, όχι μόνον δεν επετεύχθη, αλλά αντίθετα σπαταλήθηκαν άσκοπα πολλά χρήματα του δημοσίου προς όφελος ιδιωτών επενδυτών, ενώ διοχετεύτηκαν προς τους ιδιώτες επενδυτές πολυάριθμοι ασθενείς για αναζήτηση πολύ ακριβότερων και με μεγαλύτερο κέρδος υπηρεσιών υγείας, χωρίς ταυτόχρονα να είναι το ίδιο αποτελεσματικές με αυτές του δημόσιου τομέα.

Είναι χαρακτηριστικό το φαινόμενο της υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων ή διαγνωστικών εξετάσεων, που στην πλειονότητα είναι άχρηστες χωρίς καμία επιστημονική βάση, αλλά γίνονται μόνον γιατί έχουν μεγάλο κέρδος, ενώ από την άλλη πλευρά αποφεύγονται δύσκολα και βαριά περιστατικά που προκαλούν ζημιά. Η επιλογή των κερδοφόρων υπηρεσιών και η απαξίωση ή αποφυγή των ζημιολογώνων αλλά ωφέλιμων για τον κόσμο υπηρεσιών, είναι η τακτική των ιδιωτικών κεφαλαίων, που όμως χρησιμοποιούν τα δημόσια κεφάλαια με τα οποία συνεργάστηκαν, για να αποκομίσουν κέρδη. Με τον τρόπο

αυτό, η θεωρητικά ιδανική λύση συνεργασίας ιδιωτικού και δημοσίου κεφαλαίου για την παροχή υπηρεσιών υγείας δεν λειτουργεί προς όφελος των πολιτών, αλλά αποκλειστικά προς όφελος του ιδιωτικού κεφαλαίου, που αποκομίζει κέρδη με αμφιβόλου ποιότητας υπηρεσίες πολλές φορές, εκμεταλλευόμενο το δημόσιο κεφάλαιο και απαξιώνοντας ταυτόχρονα τον δημόσιο τομέα υγείας.

Η πολιτική αυτή έχει οδηγήσει σήμερα σε παγκόσμια σχεδόν κρίση υγείας. Όλοι αντιλαμβάνονται ότι η υγεία μπορεί να θεωρείται μόνο ως κοινωνικό αγαθό, στο οποίο έχουν ίσα δικαιώματα και ίδια πρόσβαση όλοι οι πολίτες άσχετα με την κοινωνικοοικονομική θέση τους, την καταγωγή τους, την εθνικότητα ή τον τόπο κατοικίας τους. Η υλοποίηση του δικαιώματος αυτού σε όλες τις φάσεις πρέπει να είναι αποκλειστική υποχρέωση του κάθε κράτους με υπηρεσίες δημόσιου χαρακτήρα. Αυτό όμως πρέπει να γίνει κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις καλής διοίκησης, ορθολογιστικής διαχείρισης, και ελεγχόμενης λειτουργίας με επιστημονικά κριτήρια. Η σωστή λειτουργία του συστήματος θα προκαλέσει στροφή του κοινού στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, με εξοικονόμηση πολλών χρημάτων, που τώρα καταλήγουν στις υπερτιμολογημένες και αμφίβολης ποιότητας ιδιωτικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να εκμεταλλευτούμε την προηγούμενη εμπειρία και να αποφύγουμε τα λάθη του παρελθόντος ώστε η αναγκαία πλέον μεταρρύθμιση να είναι επιτυχής. Η υγεία πρέπει να θεωρηθεί ως κοινωνικό αγαθό και να παρέχεται από την πολιτεία.

## Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η κατάσταση στην υγεία σήμερα παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, με αποτέλεσμα να δαπανάται ποσό ίσο με το 9% του ΑΕΠ σε υπηρεσίες αμφιβόλου ποιότητας και χαμηλής αποδοχής από τους πολίτες. Τα προβλήματα αφορούν την ελλιπή χρηματοδότηση και κατά συνέπεια τη μειωμένη αποδοτικότητα, την ύπαρξη, μέχρι πριν από λίγο, πολλών ασφαλιστικών ταμείων με διαφορετικό τρόπο αντιμετώπισης του θέματος της υγείας, την κακή χωροταξική κατανομή των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, τις ανισότητες σε διάφορες περιοχές λόγω κυρίως της γεωγραφικής κατανομής της χώρας, την ανυπαρξία σοβαρής διοίκησης στις μονάδες υγείας και τον υπερσυγκεντρωτισμό στο υπουργείο υγείας. Το σύστημα προμηθειών είναι αδιαφανές και διάτρητο σε κάθε είδους παρεμβάσεις και η παραοικονομία είναι καθεστώς σε όλα τα επίπεδα. Οι τελευταίες προσπάθειες αναμόρφωσης των ασφαλιστικών ταμείων έχουν προς το παρόν άσχημα αποτελέσματα προκαλώντας σύγχυση και αβεβαιότητα παρά καλύτερες συνθήκες που ανέμενε κανείς.

Μετά τον τελευταίο παγκόσμιο πόλεμο έγινε κατανοητή η ανάγκη οργάνωσης κρατικών υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα ο πόλεμος τελείωσε πολύ αργότερα από την υπόλοιπη Ευρώπη και έτσι η πρώτη προσπάθεια δημιουργίας συστήματος υγείας έγινε το 1953 με τον νόμο 2592/1953. Έπρεπε να περάσουν πολλά χρόνια για να τολμήσει η πολιτική ηγεσία να αλλάξει τον νόμο και να επιχειρήσει να βελτιώσει το πρωτόγονο σύστημα υγείας που ίσχυε μέχρι τότε. Το 1983 θεσμοθετήθηκε ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Η εφαρμογή του νόμου 1397/1983 ουδέποτε πέτυχε τους στόχους για τους οποίους έγινε. Τούτο κυρίως οφείλεται στο

γεγονός ότι οι ίδιοι οι νομοθέτες τον παραβίαζαν καθημερινά, διορίζοντας προσωπικό χωρίς επιστημονικά κριτήρια, συζητώντας επί χρόνια με άσχετους εγκάθετους κομματικούς και μη συνδικαλιστές για τη λύση των προβλημάτων, αλλά ποτέ για τη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών στον πολίτη. Η ανεπαρκής εφαρμογή του νόμου μεταφράστηκε ως αδυναμίες του συστήματος και επιχειρήθηκαν και άλλες αλλαγές, θεωρώντας ότι υπαίτιος της αποτυχίας είναι ο νόμος και όχι το πολιτικό σύστημα που παραβίαζε συστηματικά όλους τους νόμους. Σήμερα επιχειρείται μία βίαιη μεταβολή του συστήματος υγείας με μετακίνηση μεγάλου μέρους του σε ιδιωτικά ιδρύματα. Ακολουθούμε δυστυχώς τις επιταγές και τα λάθη των αναπτυσσόμενων χωρών που προηγήθηκαν από εμάς στις αλλαγές αυτές και διαπίστωσαν με την πάροδο του χρόνου ότι δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Η μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη του συστήματος υγείας κρίνεται αναγκαία και θα πρέπει να ακολουθήσει συγκεκριμένο μακροχρόνιο σχέδιο. Απαιτείται περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του συστήματος με αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της πρόληψης. Αυτονόητη είναι η πλήρης μηχανοργάνωση του συστήματος σε όλα τα επίπεδα με τη χρήση πληροφοριακών συστημάτων. Αυτό θα επιτρέψει την εύκολη και ασφαλή διασύνδεση όλων των υπηρεσιών υγείας με ιδιαίτερη σημασία για τις απομακρυσμένες περιοχές. Ενοποίηση και επαρκής χρηματοδότηση των ταμείων θα αποτρέψει τα τραγικά φαινόμενα των τελευταίων μηνών. Η ψηφιοποίηση του συστήματος θα επιτρέψει την επεξεργασία των δεδομένων της υγείας σε όλα τα επίπεδα και συνεπώς την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων που θα βοηθήσουν στον προγραμματισμό, τη γνώση επιδημιολογικών δεδομένων και τη χάραξη μακροχρόνιας εθνικής πολιτικής ανάπτυξης της δημόσιας υγείας. Το μεγαλύτερο ίσως μειονέκτημα του συστήματος υγείας είναι η ανυπαρξία υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, εκεί δε που υπάρχει, είναι απρογραμμάτιστη και χαμηλού επιπέδου. Φαίνεται ότι σήμερα υπάρχει στοιχειώδης επιστημονική επάρκεια ιατρικού προσωπικού για τη στελέχωση και αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αλλά ο πολιτικός σχεδιασμός δεν επιτρέπει την πλήρη ανάπτυξη του συστήματος. Στην ίδια κατάσταση με την πρωτοβάθμια υγεία βρίσκονται και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες είναι περιθωριοποιημένες και υποχρηματοδοτούμενες σε βαθμό ώστε να αποτελούν ντροπή για τη χώρα μας. Θα πρέπει να αλλάξει η νοοτροπία της ιδρυματοποίησης και απομόνωσης των ψυχικά ασθενών και να αναπτυχθούν εξωνοσοκομειακές δομές νοσηλείας με άμεσο περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρεία.

Στο τμήμα των υπηρεσιών υγείας που αφορά την πρόνοια πρέπει να ενισχυθεί η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών και δικαιωμάτων, με την καταπολέμηση των διακρίσεων και την άρση των εμποδίων για την ένταξη στην αγορά εργασίας ευπαθών ομάδων και νέων εργαζομένων. Οι προνοιακές υπηρεσίες πρέπει να διασυνδέονται με το σύστημα υγείας, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να εξασφαλιστεί η δημιουργία μηχανισμών και δομών πρόληψης και καταπολέμησης του κοινωνικού, οικονομικού και εργασιακού αποκλεισμού.

Μία παράμετρος που αγνοείται σε όλες τις προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας που θεωρείται και καθοριστική είναι ο ανθρώπινος παράγων. Η απαραίτητη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού και η ενεργός συμμετοχή του στη βελτίωση της ποιότητας, παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών έχει αφεθεί στην τύχη της, χωρίς προγραμματισμό ή έλεγχο. Δεν νοείται εκσυγχρονισμός

με προσωπικό που έχει μείνει σε γνώσεις της προηγούμενης εικοσαετίας και πλέον. Η πρόσφατη παρέμβαση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων με τον περιορισμό και τον ασφυκτικό έλεγχο του προσωπικού υπηρεσιών υγείας που αφορά τη συμμετοχή σε συνέδρια και επιμορφωτικά σεμινάρια στην Ελλάδα και το εξωτερικό είναι ανόητη, απαράδεκτη και οπισθοδρομική. Θυσιάζει μέρος της επιμόρφωσης του προσωπικού στο όνομα πάταξης της φοροδιαφυγής, που είναι υποχρεωμένοι να τη συλλάβουν με άλλους τρόπους άμεσα και όχι έμμεσα με τον περιορισμό αυτό. Τα αποτελέσματα θα είναι άσχημα και θα φανούν στο άμεσο μέλλον, λόγω του αποκλεισμού των Ελλήνων ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού από τα διεθνή συνέδρια και σεμινάρια.

Ο μελλοντικός σχεδιασμός της υγείας θα πρέπει να διαμορφωθεί λαμβάνοντας υπ' όψιν την υψηλή και μακροχρόνια ανεργία, τις νέες μορφές απασχόλησης, τη γήρανση του πληθυσμού, τη χρήση νέων τεχνολογιών και μεθόδων και τις κύριες κατευθύνσεις της ευρωπαϊκής ένωσης την οποία δεν μπορούμε να αγνοούμε. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η απλοποίηση των λειτουργιών της διοίκησης με την πάταξη της γραφειοκρατίας. Στα πλαίσια εξασφάλισης της ποιότητας απαιτείται η ανάπτυξη μηχανισμών ελέγχου ποιότητας των ιατρικών πράξεων και της ασφάλειας των ασθενών. Τα μεγέθη στις χώρες που διαθέτουν στατιστικά στοιχεία οι αριθμοί είναι εντυπωσιακοί με παράδειγμα την Αγγλία που αναφέρονται 10.000-15.000 θάνατοι ετησίως οφειλόμενοι σε ιατρικά λάθη. Οι ίδιοι μηχανισμοί ελέγχου θα επεκταθούν και στον υπολογισμό κόστους – οφέλους των ιατρικών πράξεων, θεραπειών και εφαρμογής νέων τεχνολογιών. Η συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση θα πρέπει να είναι συνεχής, υποχρεωτική, μετρούμενη και ελεγχόμενη κεντρικά. Πρέπει να δίδονται κίνητρα για την εκπαίδευση μαζί με την καθιέρωση της αναγκαιότητας και όχι να δημιουργούνται δυσκολίες στο όνομα ανεπαρκειών του συστήματος. Οι ανισότητες στην πρόσβαση στο σύστημα πρέπει να εκλείψουν, ενώ με την εφαρμογή νέων τεχνολογιών πρέπει να προωθηθούν νέες μορφές νοσηλείας περισσότερο αποτελεσματικές και οικονομικότερες.

Η πολιτική της υγείας στην Ελλάδα επηρεάζεται λόγω της ένταξης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία με τη σειρά της επηρεάζεται από το κίνημα της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας, που επιβάλλεται από τα μεγάλα οικονομικά συμφέροντα. Εκτός των άλλων προκλήσεων η Ελλάδα πρέπει να καλύψει και την υφιστάμενη διαφορά με τις άλλες χώρες του ανεπτυγμένου κόσμου. Πρέπει κυρίως να καταβληθεί προσπάθεια μεταβολής της νοοτροπίας του κόσμου και του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος υγείας με την ανάπτυξη υπηρεσιακής αξιοκρατίας, επαγγελματισμού και πειθαρχίας ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

## **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ**

Οι αλλαγές που επέφερε η παγκοσμιοποίηση στην οικονομική κατάσταση του πλανήτη δεν άφησαν ανεπηρέαστο τον χώρο της υγείας με άμεσο και έμμεσο τρόπο. Θεωρητικά έχει επιτευχθεί πρόοδος στον τομέα της τεχνολογικής ανάπτυξης και βελτίωση των συνθηκών υγείας μερικών ομάδων πληθυσμού. Όμως είναι φανερό ότι το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε αυτές τις προηγμένες μορφές παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ανεργία, η μερική απασχόληση, η φτώχεια, η έλλειψη στέγης, η μετανάστευση και οι συνεχώς αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες συνδέονται στενά με

την επιδείνωση της υγείας που σε συνδυασμό με τη χαλάρωση του κράτους πρόνοιας και της επιδημίας ιδιωτικοποιήσεων δημιουργούν συνθήκες κοινωνικού αποκλεισμού πολλών ομάδων πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας. Οι πολυάριθμοι πολιτικοί και οικονομικοί μετανάστες επιδεινώνουν όλες τις συνθήκες διαβίωσης στις χώρες που καταλήγουν και ταυτόχρονα δημιουργούν και ρατσιστικές αντιδράσεις από τους ντόπιους, οι οποίοι τους θεωρούν υπεύθυνους για όλα τα άσχημα που συμβαίνουν στη χώρα τους. Η ανεργία προκαλεί μείωση των εισφορών στα δημόσια ταμεία και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, με επακόλουθο δυσκολία έως αδυναμία χρηματοδότησης του συστήματος. Επίσης προκαλεί αύξηση του ποσοστού ψυχικών διαταραχών, χαμηλό ποσοστό αυτοεκτίμησης και τάσεις αυτοκτονίας. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, πολυτοξικομανιακής συμπεριφοράς και αλκοολισμού αυξάνεται πολύ σε ομάδες ανέργων.

Η λειτουργία των συστημάτων υγείας με ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, προκαλεί διαφορές στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μεταξύ των διαφόρων ομάδων πληθυσμού με αποκλεισμό πολλών εξ αυτών. Η αύξηση αυτών των ανισοτήτων είναι μία από τις πλέον δραματικές συνέπειες της παγκοσμιοποίησης. Τα άτομα χωρίς ασφαλιστική κάλυψη αυξάνονται συνεχώς, και σε συνδυασμό με τη συνύπαρξη ανεργίας, αποκλείονται από τις πλέον στοιχειώδεις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, με αποτέλεσμα επιδείνωση της υγείας τους, με δυσάρεστες επιπτώσεις για τους ίδιους αλλά και για αυτούς που εξαρτώνται από αυτούς και τέλος για το κοινωνικό σύνολο. Η συνεχής απειλή από τους εργοδότες για απώλεια της εργασίας, ωθεί τους εργαζόμενους να υποκύπτουν σε κάθε μορφής εκβιασμό για εργασία επί πλέον του ωραρίου, ενώ πολλοί για να συμπληρώσουν το εισόδημα εργάζονται σε περισσότερες από μία δουλειές. Αυτό εκθέτει τον εργαζόμενο σε συνεχή ένταση και άγχος, γεγονότα που προδιαθέτουν σε καρδιοαγγειακά νοσήματα και νεοπλασίες και αποτελούν τις πρώτες αιτίες θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες. Η ανεργία, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν εκρηκτικό συνδυασμό συνθηκών που προδιαθέτουν σε επικίνδυνες ενέργειες και βίαιες συμπεριφορές, ιδιαίτερα αν συνυπάρχει και χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Η περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών οδηγεί σε σύγκρουση με την κοινωνία και τις αρχές που τη χαρακτηρίζουν με αποτέλεσμα κοινωνική απομόνωση και αύξηση της εγκληματικότητας. Η αύξηση των ψυχικών νοσημάτων είναι εμφανής σε καταστάσεις ανάγκης και έντασης. Τα φαινόμενο των αυτοκτονιών είναι αξιοσημείωτο τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, σε ανθρώπους που έχουν βρεθεί σε οικονομικά, επαγγελματικά ή άλλα αδιέξοδα. Σε παγκόσμια κλίμακα σημειώνονται 1.000.000 αυτοκτονίες ετησίως και ο ρυθμός συνεχίζει να αυξάνεται με ανησυχητικούς ρυθμούς, ιδιαίτερα σε ανεπτυγμένες χώρες σε περιόδους οικονομικών κυρίως κρίσεων. Θεωρείται από τους περισσότερους επιστήμονες υγείας ότι η παγκοσμιοποίηση και οι εξ αιτίας της πολιτικές και οικονομικές αλλαγές έχουν συνολικά δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία.

Οι άμεσες επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στην υγεία συνοψίζονται στην απόφαση των οικονομικών δυνάμεων για τη δημιουργία ιδιωτικής υγείας. Ταυτόχρονα δρομολογείται η απαξίωση και αποδιοργάνωση της δημόσιας υγείας με σκοπό την αποδοχή της αλλαγής από τους πληθυσμούς αναγκαστικά. Η εμπορευματοποίηση της υγείας προκάλεσε υπερβολική χρήση διαγνωστικών πράξεων, θεραπευτικών ενεργειών και υπερκατανάλωσης φαρμάκων από τους ασθενείς χωρίς σαφή ωφέλεια. Η τάση αυτή αυξάνει το κόστος της παροχής υπηρεσιών υγείας και μειώνει την ποιότητα ταυτόχρονα

με την αύξηση του κέρδους που ακολουθεί την αύξηση των εξόδων.

Στην αναζήτηση νέων θεσμών παγκόσμιας διακυβέρνησης που θα εξασφαλίσουν ειρηνική και ικανοποιητική ποιότητα ζωής θα πρέπει να προστεθεί ως απαραίτητη προϋπόθεση η διασφάλιση ισχυρών δομών παροχής υπηρεσιών υγείας με στόχο την κατοχύρωσή της ως παγκόσμιο δημόσιο αγαθό. Θα πρέπει να συγκεντρωθούν και να αναλυθούν τα μέχρι τώρα αποτελέσματα εφαρμογής των διαφόρων πολιτικών υγείας και να αποφασιστούν συγκεκριμένες πολιτικές σε παγκόσμιο επίπεδο με ελεγχόμενη και ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας προσβάσιμη σε όλους και να αποκλειστούν οι τακτικές της ανεξέλεγκτης οικονομικής κερδοσκοπίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κυριόπουλος Γ. Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής εμπειρία και η ελληνική προοπτική. Επιθεώρηση Υγείας; 1991;297-302
2. Σουλιώτης Κ. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Παπαζήση, Αθήνα, 2000;257-261
3. Devereaux PJ, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private non-profit hospitals. CMAJ 2002;166:1399-1406
4. Devereaux PJ, et al. Comparison of mortality between private for-profit and private non-profit hemodialysis centers. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2002;288:2449-2457
5. Poolock A, et al. Private finance and 'value for money' in NHS hospitals. A policy in search and rationale? MBJ 2002;324:1205-1209
6. Μάτσα Κ. Η υπερσυνταγογράφηση στην καθημερινή κλινική πράξη. Τετράδια Ψυχιατρικής 2001;74:55-67
7. Τούντας Γ, και συν. Δείκτες υγείας στην Ευρώπη. Αρχ Ελλ Ιατρ 2000;17:89-100
8. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
9. Επιχειρησιακό πρόγραμμα «Υγεία Πρόνοια» Γ'ΚΠΣ 200-2006
10. Liaropoulos L. "Health care policy in Greece: a new and promising reform". Euro Observer, 2001;Vol 3,N 5
11. Μόσιαλος Η. Που πάει η περίθαλψη στην Ευρώπη. ΤΟ ΒΗΜΑ, 03.02.2002
12. Κυριόπουλος Γ, Σουλιώτης Κ. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στην μέτρηση και τις συνέπειες για τις πολιτικές υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα 2002
13. Μπερζοβίτης Α. Νέα εθνική στρατηγική για την υγεία. Ιατρικό Βήμα 2007;58-62
14. Εγκύκλιος για τις επιστημονικές εκδηλώσεις. Αρ πρωτ 66500/1.10.2010 - 82205/3.12.2010 - 14660/25.2.2011-47558/4.7.2012. ΕΟΦ 2012;αρ πρωτ 81867/26.11.2012

# Από την «Ιπποκράτειο» Ιατρική στη «Μεταλλαγμένη» Επιστήμη: Προκλήσεις και Διλήμματα για την Πολιτική και την Ανθρωπότητα

Χρήστος Χαΐδος, Κωνσταντίνος Κολλιός, Γεώργιος Τσικόπουλος

## ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΠΠΟΚΡΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Στην εποχή του Ιπποκράτη τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα, ήταν απλούστερα, οι επιλογές περισσότερο ξεκάθαρες και ο όρκος του Ιπποκράτη μαζί με το «ωφελέειν ή μη βλάπτειν» αποτελούσαν το θεμελιώδες πλαίσιο στην άσκηση της ιατρικής.

Από τότε έως πρόσφατα, οι όποιες εξελίξεις και πρόοδοι στην ιατρική, όπως και στις άλλες στις επιστήμες, δημιουργούσαν σκεπτικισμό και συζητήσεις για τις ενδεχόμενες συνέπειες από την εφαρμογή τους. Αλλά και γενικότερα, ο απόηχος των εφευρέσεων και ο χαρακτήρας των ανακαλύψεων ήταν πάντα πρωτοποριακός και ανατρεπτικός, προκαλώντας ανησυχία και προβληματισμό, κάτι που οδηγούσε στην αναγκαιότητα αναζήτησης και εξεύρεσης αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης των πιθανών κινδύνων από αυτές. Χαρακτηριστικά παραδείγματα: ο τροχός και το φρένο, το πλοίο και το σωσίβιο, το αεροπλάνο και το αλεξίπτωτο. Έτσι πορεύτηκε έως τις μέρες μας και η ιατρική, αναζητώντας τα δικά της φρένα, τα δικά της σωσίβια, τα δικά της αλεξίπτωτα.

Τα τελευταία χρόνια, όμως, η ταχύτητα της εξέλιξης της επιστήμης και ο ιλιγγιώδης ρυθμός των αλλαγών που κάνουν το καινούριο του χθες να είναι παμπάλαιο του σήμερα, διαμόρφωσαν πρωτόγνωρες καταστάσεις.

## ΜΙΑ ΝΕΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΕΜΦΑΝΙΣΤΗΚΕ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ: Η «ΜΕΤΑΜΑΓΜΕΝΗ» ΕΠΙΣΤΗΜΗ

Σε αυτή, λοιπόν, τη νέα πολύπλοκη εποχή, που η μορφή των σύγχρονων επιτευγμάτων είναι πολύ μπροστά και πολύ διαφορετική σε σχέση με τις εφευρέσεις και τις ανακαλύψεις του παρελθόντος, τώρα που, ο άνθρωπος ξεπέρασε τη φύση του, τώρα που στον πλανήτη διαβιεί ένα πλάσμα το οποίο με την απληστία του κατασπαταλά τους πόρους, επιβαρύνει το περιβάλλον και βαθμιαία αφανίζει κάθε μορφή ζωής, ενώ με την πυρηνική ενέργεια μπορεί να τον καταστρέψει μονομιάς και ολοκληρωτικά, τώρα που



στη γη υπάρχει ένα είδος, το ανθρώπινο, το οποίο με τη γενετική μηχανική μπορεί να καθορίσει την ίδια του την εξέλιξη τη στιγμή που το θέλει και, όπως το θέλει, καταργώντας τον έως πρότινος αδιαμφισβήτητο νόμο της φυσικής επιλογής, *προσφυώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο όρος «μεταλλαγμένη» επιστήμη*, για να εκφράσει τις πρωτοφανείς προκλήσεις και τις μοναδικές ιδιαιτερότητες των αλλόκοτων καιρών μας.

Στον τίτλο του άρθρου μας επιλέξαμε τον όρο «μεταλλαγμένη» επιστήμη ανάμεσα από πολλούς άλλους, όπως αλματώδης, σκανδαλώδης, νεφελώδης, ολέθρια, αλαζονική, υπερφίαλη, αλλοπαρμένη, ασύνετη, αυθάδης, ταραχώδης, αχαλίνωτη, καλπάζουσα, αφηνιασμένη, γιατί *έτσι εκφράζεται καλύτερα αυτό που ξεπερνάει τα λογικά ή θεσμοθετημένα όρια*, και αποτελεί το απίθανο, το παράδοξο. Άλλωστε, αυτή η λέξη, με την κυριολεκτική της έννοια απασχολεί κατά κόρον σήμερα την ανθρωπότητα, αλλά και με τη μεταφορική έννοια αυτής της λέξης η ανθρωπότητα ξενίζεται και τρομάζει.

## ΟΙ ΑΣΥΛΛΗΠΤΕΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ποια είναι, λοιπόν, αυτά τα μεγάλα επιτεύγματα, ποια είναι τα καινούργια απίστευτα φαινόμενα που δημιούργησαν την τρέχουσα και μαγική σε κάποιες εκφάνσεις της πραγματικότητα και θέτουν *βασικά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα*, αρκετά από τα οποία προβάλλουν ως μείζονες απειλές για τις επερχόμενες δεκαετίες; *Επειδή αυτά τα προβλήματα είναι αμέτρητα*, θα παραθέσουμε μόνο κάποια από αυτά, που θεωρούμε ως τα πιο ενδιαφέροντα, τα πιο παράξενα, τα πιο σημαντικά, τα πιο εντυπωσιακά, τα πιο εξωφρενικά, τα πιο φρικιαστικά, τα πιο επικίνδυνα αλλά και τα πιο ελπιδοφόρα, όπως :

- Η παρακολούθηση του συνόλου των δραστηριοτήτων όλων των ανθρώπων μέσω του «ματιού του μεγάλου αδερφού».
- Η διενέργεια πράξεων, όπως το άνοιγμα της τηλεόρασης μόνον με τη σκέψη.
- Η επίτευξη της τεχνητής νοημοσύνης με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές.
- Η γέννηση παιδιών στα οποία μαζί με την παρένθετη μητέρα έχουν βιολογικό, ηθικό και νομικό δικαίωμα τρεις γονείς.
- Η κατασκευή της σύνθεσης μεταξύ ανθρώπου και μηχανής.
- Η κατασκευή ανθρώπινου αντιγράφου μέσω της κλωνοποίησης.
- Η δημιουργία νέων υπερφυσικών και αδιανόητων έως χθες ειδών, όπως οι διαφυλετικές (ζώα που μπορούν να δεχθούν γονίδια και από άλλα είδη) κασίκες που, αντί για γάλα παράγουν μετάξι και δεν διαφέρουν από τη σφίγγα της αρχαιότητας.
- Η αποκρυπτογράφηση του γονιδιώματος και μέσω αυτού η πρόβλεψη του πεπρωμένου.

## ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΜΙΑ «ΝΕΑ ΗΘΙΚΗ»

Όλες αυτές, λοιπόν, οι αφάνταστες έως χθες δυνατότητες της επιστήμης, ενσπείρουν βάσιμες ανησυχίες για το *σήμερα και το αύριο των ανθρώπων και του περιβάλλοντος στους ταχύτατα μεταβαλλόμενους και αβέβαιους καιρούς που ζούμε και προκαλούν σωρεία κρίσιμων και αναπάντητων εν πολλοίς ερωτημάτων*, όπως για παράδειγμα:

- Θα βγάλουμε σε κοινή θέα όλες τις προσωπικές στιγμές της καθημερινότητάς μας,

απεμπολώντας το δικαίωμα της ιδιωτικής ζωής;

- Υπάρχουν κίνδυνοι από τα μεταλλαγμένα προϊόντα;
- Πώς θα αποτρέψουμε την ανεπανόρθωτη καταστροφή της φύσης, απομακρύνοντας έτσι τον «εφιάλτη της Περσεφόνης»;
- Μπορεί και πρέπει η «συνθετική ζωή» που ήδη άρχισε να «παράγεται» στα εργαστήρια να εκτοπίσει την αυθεντική ζωή που τόσο δοκιμάζεται;
- Είναι συνετή πράξη η ανάσταση του Νεάντερταλ ή η αναγέννηση των δεινοσαύρων που επιχειρείται;
- Το ρομπότ με την τεχνητή νοημοσύνη έχει δικαιώματα;
- Ο κλώνος χωρίς ενεργό εγκέφαλο για τη λήψη μοσχευμάτων ως ανταλλακτικών είναι ζωντανό όν, είναι άνθρωπος ή όχι;
- Πρέπει να χρησιμοποιήσουμε την τεχνολογία για να αυξήσουμε την ανθρώπινη εξυπνάδα πέραν των θεωρούμενων φυσικών ορίων;
- Πόσο πρέπει να ζει ένας άνθρωπος;
- Θα δαπανήσουμε τους πόρους για την πανάκριβη θεραπεία σπανιότατων νόσων ή θα τους διαθέσουμε για τον εμβολιασμό χιλιάδων παιδιών που δεν έχουν τη δυνατότητα να τα κάνουν; Πως θα βρούμε τη χρυσή τομή ανάμεσα σε αυτές τις δύο επιλογές;
- Είναι επιθυμητή η ομοιομορφία της τελειότητας;
- Σε τι οικοσύστημα και σε τι κοινωνία θέλουμε να ζήσουμε στο μέλλον;
- Θα επιτρέψουμε στους εργοδότες και στις ασφαλιστικές εταιρείες να έχουν πρόσβαση στο χρωματοσωματικό τύπο των υποψήφιων εργαζομένων και ασφαλισμένων;

*Ακόμη, στα παραπάνω ερωτήματα να προσθέσουμε: τι νέο είδος ανθρώπου θέλουμε να γίνουμε; Θα χτίζουμε σύγχρονους Πύργους της Βαβέλ, αναζητώντας το θεό ή προσπαθώντας να τον υποκαταστήσουμε; Ή θα μετατραπούμε σε μέλη ενός ανθρωπολογικού κήπου, όπου οι «άνθρωποι» θα κατασκευάζονται κατά παραγγελία και θα προορίζονται για συγκεκριμένες χρήσεις όντας στην υπηρεσία κάποιων άλλων, συνήθως ισχυρών παραγόντων; Τι είναι λογικό και τι είναι παράλογο σε αυτή την περιέργη συγκυρία, κατά την οποία τα εργαστήρια μπορούν να φέρουν στη ζωή ανάμεσα σε κανονικούς ανθρώπους τον Μινώταυρο, τις Άρπυιες, την Έχιδνα, τη Μέδουσα και άλλα τέρατα της μυθολογίας και ποιος θα νικήσει αυτή τη φορά στην αναπόφευκτη σύγκρουση; Οι Κένταυροι ή οι Λαπίθες; Πως θα αποφύγουμε την είσοδο σε αυτόν τον ερεβώδη λαβύρινθο που βαθμιαία οικοδομείται με τα ανωτέρω υλικά και πώς θα βρούμε τη φωτεινή έξοδο αν και όταν εισέλθουμε σε αυτόν;*

Αυτά τα ερωτήματα και οι ανησυχίες επιτείνονται από τις πληροφορίες και τις φήμες για την άγνωστη και ανεξέλεγκτη δράση κάποιων αφρόνων, σύμφωνα με την παραβολή του Ευαγγελίου επιστημόνων και ισχυρών συνανθρώπων μας που κυνηγούν χίμαιρες πιστεύοντας ότι θα πετύχουν την αυταπάτη της παντοδυναμίας και την ουτοπία της αθανασίας αψηφώντας τις ενδεχόμενες δραματικές επιπτώσεις από την αλόγιστη χρήση των όποιων επιστημονικών ανακαλύψεων.

Ακένωτος ο προβληματισμός, λιποβαρείς ακόμα και οι ερωτήσεις, *περισσότερο δύσκολες οι απαντήσεις, αν υπάρχουν*. Ο Χάμπερμας, όπως και άλλοι συνάδελφοί του, πιστεύουν ότι αυτό που διακυβεύεται με την πρόοδο της βιολογίας, της γενετικής και της τεχνολογίας σε ορισμένες περιπτώσεις είναι η ίδια η φύση του ανθρώπου ως ελεύθερου

όντος. Κάποιος μπορεί να πει ότι αυτά είναι υπερβολές. Πιθανώς να είναι και έτσι. Όμως όλα τα παραπάνω είναι σκέψεις και απόψεις για ένα τεράστιο και πολυσύνθετο ζήτημα που απασχολεί σήμερα επιστήμονες, διανοούμενους, κοινωνιολόγους, φιλοσόφους, πολιτικούς και θρησκείες σε όλο τον κόσμο. Και όλοι προς το παρόν συλλαβίζουμε το ανείπωτο. Γιατί αυτό που βιώνουμε ή έρχεται είναι άγνωστο, είναι απρόβλεπτο, είναι μυστηριώδες. Η γρήγορη και θορυβώδης έφοδος του μέλλοντος στο παρόν δημιουργεί ένα μεγάλο κενό, αφού τα νέα δεδομένα δεν εντάσσονται στις παραδόσεις των λαών, δεν προσεγγίζονται με βάση τα έως τώρα γνωστά ηθικά πρότυπα, δεν αναφέρονται στο σύστημα αξιών των κοινωνιών, δεν ενσωματώνονται στον πολιτισμό τους και κυρίως δεν υπάρχει επαρκές και αποτελεσματικό νομοθετικό οπλοστάσιο για τα προβλήματα που ανακύπτουν.

### **Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ: ΜΙΑ ΑΛΛΗ «ΜΕΤΑΛΛΑΓΜΕΝΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ»**

Αλλά και μια άλλη επιστήμη, αυτή της οικονομίας, επίσης, «μεταλλάχθηκε», διολίσθησε σε ανάλογους ατραπούς και δημιουργεί προβληματισμό με τις θέσεις και τις προτεραιότητες της, αφού τοποθετεί πάνω από τους ανθρώπους και τις στοιχειώδεις ανάγκες τους τούς αριθμούς και το κέρδος καταδικάζοντας έτσι την πλειοψηφία τους στην εξαθλίωση και στη δυστυχία. Και η παραπάνω λογική, αυτή η κατεύθυνση, δε μπορεί παρά να έχει άμεσες επιπτώσεις στην άσκηση της ιατρικής και την περίθαλψη των πασχόντων, αφού βάζει σε δεύτερη μοίρα τις ζωές των ασθενών αφού πρωτεύον κριτήριο θεωρείται το κόστος και η δυνατότητα των ανθρώπων να ανταποκριθούν σε αυτό.

### **ΠΩΣ ΘΑ ΑΠΟΤΡΕΨΟΥΜΕ ΤΗ ΝΕΑ ΒΑΡΒΑΡΟΤΗΤΑ?**

*Πώς όμως πρέπει να πορευτεί ο σύγχρονος κόσμος σε αυτές τις νέες, ασύλληπτες για τον κοινό νου και απόκοσμες πολλές φορές σημερινές συνθήκες; Τι πρέπει να γίνει για να διασκεδαστούν οι φόβοι των ανθρώπων και να περιοριστούν οι αρνητικές και επιζήμιες παρενέργειες από την εφαρμογή των παραπάνω απόψεων και δυνατοτήτων για τις κοινωνίες;*

Κατ' αρχάς πρέπει όλοι, απλοί πολίτες και ταγοί, να ευαισθητοποιηθούμε και ο καθένας μας τόσο ατομικά όσο και μέσα από τις μορφές συλλογικής δράσης να αγωνιστούμε για τη διατήρηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων και των βασικών κατακτήσεων αλλά και για τη γενικότερη πρόοδο της κοινωνίας, αντιστεκόμενοι στις οικονομικές θεωρίες που βλέπουν τον άνθρωπο μόνον ως μονάδα παραγωγής χωρίς ανάγκες και δικαιώματα και τοποθετούν τους αριθμούς ως επικυρίαρχους που καθορίζουν ανάληγχα όλες τις πτυχές της ζωής. Να ξαναβρούμε τη σοφία που χάσαμε στη γνώση, να αναδείξουμε τις διαχρονικές έννοιες και να εξυψώσουμε πανανθρώπινες αξίες, όπως η ελευθερία, ο σεβασμός της διαφορετικότητας, η αποδοχή της ατέλειας, η αλληλεγγύη προς τον συνάνθρωπο, το δικαίωμα των αδυνάτων να έχουν και αυτοί πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να αποτρέψουμε τη νέα «μεταλλαγμένη βαρβαρότητα που στις μέρες μας εξαπλώνεται ανησυχητικά.

Δεν θα πρέπει να επιτρέψουμε την αντικατάσταση της ηγεμονίας της σκέψης από τον αυταρχισμό και τη δικτατορία της επιστήμης, της τεχνολογίας και των στατιστικών

δεικτών. Να σταθούμε κριτικά απέναντι σε ό,τι και όσους ασυλλόγιστα διαφημίζουν και μας υπόσχονται φανταστικές θύρες του παραδείσου, οι οποίες στην πράξη μπορούν να αποτελέσουν τις πύλες του Άδη. Εξάλλου, πολλές φορές στο παρελθόν ο δρόμος προς την κόλαση άνοιξε και από αγνές προθέσεις.

Ακόμη, πρέπει αντισταθούμε και να μην παρασυρθούμε από τη φενάκη των «οραμάτων» της ευγονικής του μετα-ανθρώπινου μέλλοντος που πολύ γρήγορα μπορούν να μετατραπούν σε δραματικούς εφιάλτες. Να σεβόμαστε τους νόμους της φύσης και τις αρχές της ζωής που διέπεται από ένα μεγαλείο, αυτό της γέννησης αλλά και από έναν παραλογισμό, αυτόν της καταστροφής των δημιουργημάτων της και να συμπεριφερόμαστε ανάλογα. Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημάνουμε τη δήλωση του Αλμπέρ Καμύ που συνόδευσε την άρνησή του να παρευρεθεί στην τελετή και να παραλάβει το βραβείο Νόμπελ που του απονεμήθηκε:

*«Αυτή η γενιά, ως κληρονόμος μιας διεστραμμένης ιστορίας, όπου ανακατεύονται προδομένες επαναστάσεις, τρελαμένες τεχνολογίες, πεθαμένοι θεοί και ξοφλημένες ιδεολογίες, όπου μέτριες ηγεσίες μπορούν να καταστρέψουν τα πάντα αλλά δε μπορούν να πείσουν κανένα, όπου η νοημοσύνη ταπεινώνεται και ο άνθρωπος υποτιμάται, οφείλει ξεκινώντας από τις αρνήσεις της να αποκαταστήσει και να αναδείξει ό,τι περισσότερο μπορεί από την αξιοπρέπεια της ζωής και την ιερότητα του θανάτου».*

## ΓΙΑ ΕΝΑ ΝΕΟ ΡΟΛΟ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΝΕΑ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Σε αυτή την κρίσιμη για την ανθρωπότητα περίοδο, ο ρόλος των πολιτικών ως ταγών, είναι ιδιαίτερα σημαντικός και καθοριστικός για το δρόμο που θα ακολουθήσει η ανθρωπότητα. Οι πολιτικοί πρέπει να αποδεχθούν την υποχρέωση, η οποία απορρέει από τον θεσμικό τους ρόλο και να αποφασίζουν αυτοί για την οικονομία αλλά και τα άλλα ζητήματα της αρμοδιότητάς τους που απασχολούν την κοινωνία, αφήνοντας τους επιστήμονες και τους τεχνοκράτες στο δικό τους χώρο που δεν πρέπει να επεκτείνεται πέρα από τη μελέτη των δεδομένων και τη διαμόρφωση προτάσεων. Πρέπει να σταθούν με θάρρος απέναντι στις κορυφαίες προκλήσεις της ανατέλλουσας χιλιετίας τις οποίες προσεγγίζουμε με την παρέμβαση μας.

Οι πολιτικοί θα πρέπει να αναλάβουν ουσιαστικές πρωτοβουλίες με στόχο τη θέσπιση κανόνων δεοντολογίας που να στηρίζονται στους αισθητικούς, ιδεολογικούς και ιστορικούς κώδικες του πολιτισμού μας, έτσι όπως διαμορφώθηκαν από τον Ιπποκράτη έως σήμερα, οι οποίοι χωρίς να εμποδίζουν την έρευνα και χωρίς να δυσχεραίνουν την επιστημονική πρόοδο, θα αποτελέσουν τη βάση για ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο θα επιτελείται με διαφάνεια η κάθε επιστημονική δραστηριότητα και θα εφαρμόζονται προς όφελος όλων τα επιτεύγματά της, τα οποία μαζί με όλα τα στοιχεία πρέπει να τίθενται σε γνώση των οικείων φορέων που υπάρχουν ή θα ιδρυθούν για αυτό το σκοπό.

Επίσης, οι πολιτικοί πρέπει να διασφαλίσουν και για το τώρα και για το αύριο, ότι

η ιατρική και οι ανακαλύψεις της θα βρίσκονται στην υπηρεσία των ανθρώπων και της κοινωνίας και ότι δεν θα επιτρέψουν να γίνει ο άνθρωπος έρμαιο της όποιας επιστήμης και των ανεξέλεγκτων αγορών.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στη σύγχρονη εποχή, που χαρακτηρίζεται από την αλματώδη πρόοδο, προβάλλουν ταυτόχρονα ως απειλές οι τεράστιοι κίνδυνοι από τις ενδεχόμενες συνέπειες της εφαρμογής κάποιων ανακαλύψεων της «μεταλλαγμένης επιστήμης». Όπως είπε ο καρδινάλιος της Φιλαδέλφειας Anthony Joseph Bevilacqua:

*«Όλοι μας δελεαζόμαστε από πράγματα που μπορούμε να κάνουμε, αλλά δεν είναι ηθικό να τα κάνουμε. Από αυτή την ηθική υποχρέωση δεν εξαιρείται ούτε η ίδια η επιστήμη».*

Επειδή οι «μεταλλαγμένες επιστήμες» μπορούν να κάνουν και να επιβάλλουν πράγματα που είναι έξω και πάνω από αυτή την ηθική υποχρέωση, δεν πρέπει να αφηθούν να λειτουργήσουν χωρίς πλαίσιο κανόνων, κώδικες δεοντολογίας και θεσμικό έλεγχο.

Γιατί έτσι υπάρχει ο κίνδυνος να καταλήξουν να υπηρετούν μόνο τους λίγους και ισχυρούς εις βάρος των πολλών και αδυνάτων ή να ικανοποιούν ματαιόδοξες επιδιώξεις νοσηρών εγκεφάλων για την ποδηγέτηση της ανθρωπότητας, αφαιρώντας την αξιοπρέπεια από τη ζωή και βεβηλώνοντας την ιερότητα στο θάνατο, *εξέλιξη που μόνον νέα βαρβαρότητα και ολοκαυτώματα μπορεί να φέρει.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Habermas Jürgen. The Future of Human Nature. Polity Press, 2003.
2. Καράσης Μ. Βιοηθική και Βιονομία στην ελληνική έννομη τάξη. Εκδόσεις Σακκούλα, Αθήνα, 2006.
3. Κριάρη-Κατράνη Ι. Βιοϊατρικές εξελίξεις και συνταγματικά θέματα. Εκδόσεις Σακκούλα, Θεσσαλονίκη, 1994.
4. Κριάρη-Κατράνη Ι. Γενετική τεχνολογία και θεμελιώδη δικαιώματα. Εκδόσεις Σακκούλα, Θεσσαλονίκη, 1994.
5. Βαγδατλή Ε. Βιοηθική. Εκδόσεις Αλτιντζή, Θεσσαλονίκη, 2010.
6. Αρχμ. (νυν Μητροπολίτης Μεσογαίας) Νικόλαος Χατζηνικολάου. Ελεύθεροι από το Γονιδίωμα. Προσεγγίσεις Ορθόδοξης Βιοηθικής. Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας. Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε., Αθήνα, 2002.
7. Βάντσος Μ. Θέματα βιοηθικής: η θέση της Ρωμαιοκαθολικής εκκλησίας. Διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2002.
8. Τσιλώνης Β. Ανθρώπινα δικαιώματα και κλωνοποίηση. Στο περιοδικό: Βιοηθική. [http://intellectum.org/articles/issues/01\\_05.htm](http://intellectum.org/articles/issues/01_05.htm)
9. Κανάβας Κ. Διάλεξη με θέμα: Στάθμευση διακινδύνευσης για τη λήψη τεχνολογικών και πολιτικών αποφάσεων: η περίπτωση της Βιοτεχνολογίας. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο, 2004.
10. Εθνική επιτροπή βιοηθικής. Θέσεις για Σύγχρονα Προβλήματα, Κείμενα 2000-2007. Επιμέλεια: Μαριάννα Δρακοπούλου. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα, 2007. [http://www.bioethics.org.gr/06\\_frame.html](http://www.bioethics.org.gr/06_frame.html)

# Ιατρική και Πολιτική Άρρηκτα Δέσμιες Επιβεβλημένα Διακριτές

Μαρία Καλιεντζίδου

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με μία απλοϊκή προσέγγιση η ιατρική και η πολιτική φαίνεται να υπηρετούν δύο ξεχωριστές αποστολές, μη ικανές να αιτιολογήσουν μία σοβαρή συζήτηση για πιθανά σημεία σύγκλισης. Ενισχύεται η πεποίθηση ότι ο ιατρός έχει καθόλου ή ελάχιστη συμμετοχή ως εφαρμοστής πολιτικής. Μία βαθύτερη και ουσιαστικότερη προσέγγιση όμως, της αναπόφευκτης αλληλεπίδρασης τους είναι πιο προκλητική και ενδιαφέρουσα. Η ιατρική και η πολιτική δεν είναι στατικές αλλά δυναμικές επιστήμες. Καθώς νέες ανακαλύψεις και πρόοδοι επιτυγχάνονται συνεχώς στο χώρο τους οδηγούμαστε σε νέες «δυναμικές» της σχέσης ιατρικής-πολιτικής. Η αυξανόμενη πολυπλοκότητα τόσο της κοινωνίας όσο και των κυβερνητικών παροχών (δομών) στη μοντέρνα εποχή καθιστούν πρακτικά αδύνατο το διαχωρισμό τους. Μπορεί να θεωρηθούν ως επιστήμες που μοιράζονται κοινές αρχές, ήθη, δεοντολογία και συνεργική επίδραση για το μέγιστο κοινωνικό όφελος μολοντί από διαφορετικές γωνίες και προσεγγίσεις. Το κυρίαρχο ενδιαφέρον του ιατρού σύμφωνα με τον Ιπποκρατικό όρκο «να βοηθά στην ασθένεια και να προφυλάσσει από το κακό και την αδικία» καθορίζει μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού/ασθενούς μετατρέποντας την άσκηση της ιατρικής πρακτικής σε μία έμφυτα εγγενή πολιτική δραστηριότητα. Η πολιτική είναι ένας στίβος, ένα πεδίο κοινωνικού συμβολαίου μεταξύ πολιτικών και ανθρώπων με κύριο στόχο το κοινωνικό-οικονομικό όφελος και την πρόοδο του ανθρώπου και της κοινωνίας.

## ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ, ΠΟΛΙΤΙΚΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Στις κοινωνικές επιστήμες υπάρχει η πεποίθηση ότι η ιατρική είναι ένας συνδυασμός γνώσεων και πρακτικής που θεσπίζεται αλλά και κυριαρχεί μέσω του ανθρώπινου σώματος. Πολλές μελέτες εξέφρασαν την άποψη ότι το ανθρώπινο σώμα και τα συστατικά του (γονίδια, κύτταρα, σωματικά υγρά, νόσοι κ.λπ.) δεν είναι αυτό που ορίζεται υποθετικά από τις επιστήμες αλλά μάλλον αυτό που θεσπίζεται μέσω της έρευνας της επιστήμης.<sup>1,2</sup> Εκτός όμως από τον αυθόρμητο φυσικό ορισμό του ανθρώπινου σώματος, ποιος ο προσδιορισμός του μέσα από το πρίσμα των κοινωνικών επιστημών;

Αναμφίβολα ο Michel Foucault (Γάλλος δομιστής μεταμοντέρνος φιλόσοφος 1926-

1984) είναι ο πρωτοπόρος που μέσα από τις μελέτες του μας παρέχει εργαλεία για να αναγνωρίσουμε τους τρόπους με τους οποίους το σώμα έχει αποκτήσει τη μορφή του σταθερού, αυτόνομου ελεύθερου ατόμου<sup>3-5</sup>. Σύγχρονοι κοινωνικοί επιστήμονες όπως η Annemarie Moll (Ολλανδή εθνογράφος, φιλόσοφος γεννημένη το 1958) εξετάζει κάποιες κριτικές θεωρίες που παρουσιάζουν την ιατρική ως επιστήμη του σώματος και κατά συνέπεια «φορμάρον» το ανθρώπινο σώμα ως όργανο κοινωνικού ελέγχου, υπεροχής και επιβολής στους ασθενείς ή αλλιώς ως τρόπος που οι ιατροί ασκούν εξουσία. Η ιατρική είναι επίτευγμα μιας ετερογενούς διαδικασίας που θεσπίζεται μέσα από υψηλά εξειδικευμένο κλινικό καθεστώς που περιλαμβάνει ανόμοιες συσχετίσεις σωματικές, κοινωνικές, φαινομενολογικές, επαγγελματικές. Αυτό κατ' επέκταση μας ορίζει τι είναι το σώμα και πως αυτό αναδύεται μέσα από αυτές τις συσχετίσεις μέρος των οποίων είναι και μέσω των οποίων ορίζεται (emerge bodies). Οι συσχετίσεις αυτές είναι τόσο υλικές όσο και κοινωνικές. Τα αναδιδόμενα σώματα έρχονται με ένα εύρος μορφών: το σώμα ως εμπειρία του ασθενή, το σώμα ως τόπος ιατρικών πρακτικών, το σώμα όπως περιγράφεται στις ιατρικές καταγραφές<sup>6</sup>. Δίνεται έμφαση στην ικανότητα του σώματος να επιδρά και να δέχεται επιδράσεις<sup>7</sup>. Ο Latour (Γάλλος κοινωνιολόγος γεννημένος το 1947) αναφέρει την «υπερπλάσια των σχέσεων στις οποίες το σώμα επιδρά και δέχεται επιδράσεις». Γι' αυτόν είναι δείκτης καλής σωματικής υγείας<sup>8</sup>.

Σύμφωνα με αυτές τις προσεγγίσεις η Moll υποστηρίζει θέσεις για το πώς η ιατρική ερμηνεύει το σώμα και τη νόσο π.χ. το ασθενές σώμα είναι «συρρικνωμένο», συρρικνώνονται οι ικανότητες του να επιδρά και να δέχεται επιδράσεις. Σκοπός της ιατρικής είναι η αναδιαμόρφωση αυτής της συρρίκνωσης μέσω εστιασμού στην αναδιοργάνωση αυτών των ειδικών επιδράσεων (κοινωνικές, σωματικές κτλ) μία πράξη βαθιά πολιτική. Εάν στη «δράση» του ιατρού περιλαμβάνεται ο χειρισμός του ηθικοπολιτικού μέρους αυτών των επιδράσεων αλλά και το είδος των αναδιδόμενων σωμάτων που προκύπτει από αυτές, αυτό είναι μία «δράση» πολιτική.

Η ιατρική ορολογία του «ανθρώπινου σώματος» έγινε εφαρμόσιμη στο «πολιτικό σώμα» Η αναλογία του ανθρώπινου σώματος με το πολιτικό σώμα δεν είναι καινούρια. Ο Αριστοτέλης στην Πολιτική του ονομάζει πολίτευμα το συνδυασμό όλων αυτών που συμμετέχουν στη διακυβέρνηση το οποίο αποκαλεί ως αστικό ή πολιτικό σώμα<sup>9</sup>. Ο απολυταρχικός Πλάτων στην Πολιτεία περιγράφει την υγιή πόλη ως τον υγιή άνθρωπο και την πιο διαταραγμένη ως πυρέσσουσα<sup>10</sup>. Ερμηνεύει την ιατρική τέχνη ως μορφή πολιτικής, θεωρεί τον Ασκληπιό, θεό της ιατρικής ως πολιτικό. Η ιατρική τέχνη εξηγεί δεν πρέπει ν' ασχολείται με την επιμήκυνση της ζωής ως σκοπό της, αλλά μόνο με το όφελος και το συμφέρον της πολιτείας.

Ο George Rosen (Καθηγητής Ιστορίας Δημόσιας Υγείας του Παν/μίου Yale 1910-1977) στο βιβλίο του (From Medical Police to Social Medicine)<sup>11</sup> αναφέρει ότι τον 16<sup>ο</sup> - 17<sup>ο</sup> αιώνα οι σκοποί και τα μέσα της ιατρικής και πολιτικής προέκυψαν πολύπλοκα συνυφασμένοι. Σύμφωνα με τη θεωρία του ένα σχήμα πολιτικής οργάνωσης εμφανίστηκε τότε, του οποίου κυρίαρχος σκοπός ήταν να τοποθετήσει την κοινωνική και οικονομική ζωή στην υπηρεσία και τη δύναμη του πολιτικού συστήματος. Πρωταρχικός σκοπός αυτού του συστήματος (μερκαντιλισμός) ήταν η μεγέθυνση της οικονομικής δύναμης, αίγλης του κράτους έθνους, μιας έννοιας ξεχωριστής και ανώτερης του συνόλου των μελών που το συνιστούσαν. Οι πολιτικοί ηγέτες οραματίστηκαν τους υπηκόους ενός κράτους ως

«εργαλείο» ενός τελικού σκοπού που ήταν η οικονομική δύναμη και το μεγαλείο του ίδιου κράτους έθνους. Συνοπτικά ήταν ένα σύστημα εθνικού και οικονομικού σχεδιασμού με τη σημαντική διαφορά ότι περιλάμβανε και κανόνες ηθικής και δικαιοσύνης. Οι πολίτες ενός κράτους θεωρούνται από τους πολιτικούς επιστήμονες και τους ηγέτες ως πηγή δύναμης «ανθρώπινη πηγή» που μπορεί να πολλαπλασιάζεται να διαιρείται, να χειραγωγείται και να ελέγχεται. Αυτή όμως η πολιτική χειραγώγηση είναι κύρια μια ιατρική προσπάθεια. Ουσιαστικά μιλάμε για μια νέα θεώρηση του έθνους και του πολιτικού σώματος πιο ριζοσπαστική από την παραδοσιακή σύμφωνα με την οποία το έθνος, ο ανθρώπινος πληθυσμός, είναι ένα αντικείμενο για ιατροπολιτική επιβολή και υπεροχή.

Ο Foucault περιγράφει αναλυτικότερα αυτή την αντικειμενική θεώρηση του έθνους. Ο ανθρώπινος πληθυσμός είναι ένα αντικείμενο με ειδικά φαινόμενα και μεταβλητές (ρυθμός γεννήσεων, θανάτων, προσδόκιμο επιβίωσης, γονιμότητα, συχνότητα ασθένειας, καθεστώσ υγείας, συνθήκες διαβίωσης) οι οποίες μπορούν επιστημονικά να τεκμηριωθούν και τεχνολογικά να ελεγχθούν<sup>12</sup>. Η εκτίμηση και ο έλεγχος όλων των κοινωνικών σχέσεων οδήγησε προς την κατεύθυνση της δύναμης όπου το «δυνατό κράτος» έφθασε να θεωρείται ως «υγιές» κράτος ως «καλό» κράτος. Έτσι δημιουργήθηκε ένα πλαίσιο ιατρο-ηθικής υγείας του πολιτικού σώματος.

Μια νέα άποψη του πολιτικού σώματος ενσαρκώνεται και από τον Thomas Hobbes (Άγγλος φιλόσοφος 1588-1679) στον Leviathan σύμφωνα με την οποία το πολιτικό σώμα δεν είναι ανάλογο του ανθρώπινου σώματος αλλά είναι ο «Τεχνητός» άνθρωπος. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η «...η φύση, ο θεός δημιουργός έφτιαξε και κυβερνά τον κόσμο. Η τέχνη (art) μιμείται την εξαιρετη δουλειά της φύσης στον άνθρωπο και δημιουργεί αυτό που καλείται «τεχνητός άνθρωπος» με μεγαλύτερο ανάστημα και δύναμη από το φυσικό<sup>13</sup>. Το 1780 ο Jeremy Bentham (Βρετανός φιλόσοφος 1748-1832) θεωρεί την κοινωνία ως σώμα αποτελούμενο από πολλά μέλη και ότι η ευζωία και η υγεία αυτού του σώματος παίρνει προτεραιότητα πάνω στην ευζωία και την υγεία των ατόμων<sup>14</sup>.

Η θεώρηση του έθνους ως ιατρικά αντιμετωπιζόμενο έλαβε μεγαλύτερη επιβεβαίωση στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα όταν ο Rudolf Virchow έκανε το πολιτικό σώμα μοντέλο για μια νέα επιστήμη (Social Medicine) την κοινωνική ιατρική. Στο βιβλίο του Cellular Pathology<sup>15</sup> γράφει το «σώμα ως κοινωνική διευθέτηση των αμοιβαία εξαρτώμενων μεμονωμένων υπάρξεων τα κύτταρα». Το δοκίμιο του είναι ενδεικτικό μιας μοντέρνας θεώρησης του ατομικού ως ένα ελάχιστο μέρος του μεγαλύτερου πιο σημαντικού όλου. Ήταν πεπεισμένος ότι η κοινωνική ανισότητα είναι η αιτία της βλάβης της υγείας και ότι η ιατρική πρέπει να είναι κοινωνική επιστήμη. Υποστηρίζει ότι «είναι η κατάρα της ανθρωπότητας να μαθαίνει ν' ανέχεται ακόμα και τις πιο ακραίες καταστάσεις μέσω της συνήθειας (καθημερινότητας)». Πράγματι αγνοώντας την πολιτική πραγματικότητα της υγείας ειδικά τις διεθνείς **ανισότητες** είναι ένας τρόπος να τις συνηθίσουμε.

Η κίνηση της κοινωνικής ιατρικής ξεκίνησε την εποχή του Διαφωτισμού και αποκρυσταλλώθηκε κατά τη βιομηχανική επανάσταση. Η βάση της αναπτύχθηκε στην ολοένα αυξανόμενη δύναμη των κοινωνικών επιστημών να περιγράψουν και να εξηγήσουν συλλογικά φαινόμενα κυρίως μέσω ποσοτικών μεθόδων, καθώς και στο μετασχηματισμό του συμπλέγματος υγεία /ασθένεια/φροντίδα. Ήταν ένα πολύπλοκο και εμπλεκόμενο σύστημα αρχών που προήγαγε την ιδιαίτερη κατανόηση των σκοπών της δημόσιας υγείας και ιατρικής και διαφώτισε την ανάγκη προστασίας των μεγάλων μαζών πλη-



θυσμού. Προίκισε τους ιατρούς με μια αποστολή και αρμοδιότητα για τη σωτηρία των εθνών μέσω της επιστήμης και προσέφερε μία ασθενή προστασία από φυλετικές και πολιτικές προκαταλήψεις. Στο 19<sup>ο</sup> αιώνα εμφανίστηκε η κοινωνική (δημόσια) υγιεινή για να τονίσει τους κινδύνους της υγείας από την αστική ζωή. Τον 20<sup>ο</sup> αιώνα εμφανίστηκαν οι κοινωνικές ασφάλειες και μία πλειάδα φιλανθρωπικών κυρίως παρεμβάσεων γνωστών ως εκστρατείες (καμπάνιες) υγείας προς ανάπτυξη διδακτικών θέσεων για την κοινωνική ιατρική και υγιεινή. Η διάκριση μεταξύ τους προήλθε από τη γέννηση ενός νέου πεδίου ιατρικής πρακτικής σχετιζόμενο με κοινωνικές ασφάλειες, αποδιδόμενο στην κοινωνική ιατρική και φροντίδα ενώ η υγιεινή χρησιμοποιήθηκε κυρίως στο πεδίο της πρόληψης. Οι πετυχημένες εκστρατείες υγείας οδήγησαν στη συγχώνευση φροντίδας και πρόληψης. Απευθυνόταν σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού υποθετικά σε κίνδυνο από μία κατάσταση που ονομάστηκε κοινωνικό νόσημα «θαμπώνοντας» τη διάκριση μεταξύ υγείας και ασθένειας. Κινήθηκαν γύρω από την ύπαρξη περιβαλλοντικών καταστάσεων που δημιουργούν κίνδυνο για όλους τους εμπλεκόμενους ανθρώπους. Την ίδια στιγμή «κλινικά κέντρα» δημιουργούνται που δεν περιμένουν ασθενείς να έρθουν σε αυτά αλλά αντιθέτως ψάχνουν γι' αυτούς.

Η αναλογία βιολογίας κοινωνιολογίας ευνοήθηκε από το πρώτο κύμα κοινωνιολόγων του 19<sup>ου</sup> αιώνα. Ενώ αρχικά ήταν ένα σχήμα λόγου κάποιες επαγγελματικές elite στις αρχές του νέου 20<sup>ου</sup> αιώνα συζήτησαν για τα σύγχρονα προβλήματα κοινωνικής ζωής και ιατρικής, ενώ ταυτόχρονα νέες κοινωνικές μέθοδοι (ποσοτικές) και ανησυχίες το μετέτρεψαν σε τρόπο δομής της ιατρικής σκέψης. Οι Ιατροί άρχισαν να εξηγούν ιατρικά θέματα με κοινωνικούς όρους και στράφηκαν στην έρευνα μαζικών προγραμμάτων πρόληψης και φροντίδας.

Μέσω αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογίας και κοινωνίας έγινε προσπάθεια να περιγραφούν ιατρικά θέματα με κοινωνικούς όρους. Μια τέτοια προσπάθεια είναι η δομή και η δημιουργία της κοινωνικής νόσου βάση: α) ποσοτικοποίησης δημογραφικών φαινομένων, β) οικονομικών αξιών υγείας, γ) κοινωνικής αιτιολογίας της νόσου. Συνέβη όμως και το αντίστροφο στα πλαίσια αυτής της αλληλεπίδρασης όπου περιγράφηκαν κοινωνικές διαδικασίες με βιολογικούς όρους. Έβλεπαν την κοινωνία μέσα από ένα ιατρικό πρίσμα και όριζαν ως ασθένειες κοινωνικές διαταραχές, Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα η φτώχεια (pauperism). Κάθε πρόκληση εναντίον της τάξης της κοινωνίας, όπως αυτή ορίζονταν κάθε φορά από την άρχουσα τάξη, έπρεπε να αναπαρασταθεί ως νόσος. Υποστήριζαν ότι τα κοινωνικά νοσήματα είναι «αυτά που είναι ικανά να επηρεάσουν τις φυσικές και ηθικές πλευρές (διαστάσεις) των ατόμων τόσο ώστε να παραμορφώσουν τον κοινωνικό οργανισμό. Εκφράστηκε η άποψη της κοινωνικής παθολογίας ως παράλληλο φαινόμενο με την ιατρική παθολογία.

Η επιδίωξη ποσοτικών μελετών του πληθυσμού ήταν τρόπος επιλογής εξήγησης των νόσων και των βλαβερών συνεπειών τους ως κοινωνικά αντικείμενα και συνέβαλαν στην εδραίωση της ιδέας της κοινωνικής αιτίας (social causation). Το 1902 ο Hauser (Ούγγρος ιατρός εβραϊκής καταγωγής γεννημένος το 1832) έκανε διάκριση μεταξύ λοιμώδους και αληθούς κοινωνικής νόσου. Η κοινωνική ετικέτα δόθηκε σε όλες τις διαταραχές (περιλαμβάνοντας και τα μεταδοτικά νοσήματα) που επιδρούν στους πληθυσμούς σε μεγάλη κλίμακα με συνυπολογισμό των οικονομικών συνεπειών και των φυλετικών εκβάσεων στη δύναμη του έθνους. Η λίστα των ασθενειών έγινε με βάση έναν ενιαίο

άξονα ώστε αμιγώς ανατομικές και παθοφυσιολογικές διαταραχές να βρίσκονται από κοινού με καταστάσεις συνδεδεμένες με σύγχρονα μοντέλα ζωής, αναγνωριζόμενες ως νόσοι του πολιτικού σώματος.

Το ενδιαφέρον για την υγεία του πολιτικού σώματος ως σύνολο οδήγησε σε ωφέλιμα μέτρα αλλά συγχρόνως απείλησε με υποτίμηση και παραβίαση των δικαιωμάτων μεμονωμένων ανθρώπινων υπάρξεων. Ιατρικές/πολιτικές τακτικές πολιτειών οι οποίες καταστρατηγούν συστηματικά τις ανθρώπινες υπάρξεις έχουν θεσπιστεί όπως αυτές αντιλαμβάνονται την προαγωγή της υγείας του έθνους. Μια τέτοια απάνθρωπη ιατρική πολιτική υιοθετήθηκε από τους Εθνικοσοσιαλιστές της Γερμανίας που σήμερα φαντάζει τρομακτική αλλά τότε φαινόταν ως μια φιλότιμη ιατρική προσπάθεια. Χρησιμοποιήθηκε η ιατρική γλώσσα για να διατυπώσει πολιτικά σχέδια για το μέλλον. Η σημασία της ιατρικής στο έθνος ως προστάτης και συντηρητής της υγείας, της ψυχικής υγείας και καθαρότητας του πολιτικού σώματος υπερτονίστηκε. Η μισαλλοδοξία με πρόσχημα την ιατρική ή την υγεία του πολιτικού σώματος (δημόσια υγεία) δεν εξαφανίστηκε με το τρίτο Ράιχ. Μέχρι σήμερα εξακολουθούν να δίνονται πολλές ιατροπολιτικές κατευθύνσεις με αποτέλεσμα τη στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων σε ορισμένες κατηγορίες ανθρώπων. Οι στόχοι αυτής της προτεινόμενης ιατρικής και πολιτικής δράσης αφορούν ομάδες ανθρώπων, στιγματισμένες, καταπιεσμένες κοινωνικά, άρρωστες. Ο ασθενής τιμωρείται για την ασθένειά του, ο ευάλωτος για την αδυναμία του. Η ιατροπολιτική βία η παραβίαση των δικαιωμάτων ανθρώπινων ομάδων με βάση τη φυλή, το γένος, τη θρησκεία, τις σεξουαλικές προτιμήσεις, την κουλτούρα, την πολιτική τοποθέτηση συνεχίζει να συμβαίνει. Η απειλή εμμένει: η «ιατρική εξολόθρευση» ανθρώπων θεωρούμενων από ιατροπολιτικούς χειριστές να γίνουν αυτό που ο Hoche (Γερμανός ψυχίατρος 1865-1943) έλεγε «ανάξια ζήσης ζωή»<sup>16</sup>.

Υπάρχει μόνο αυτή η θεώρηση του πολιτικού σώματος που συνεπάγεται την καταστράτηγηση της έννοιας του ατόμου ή την εγκληματική προκατάληψη προς τα άτομα που θεωρούνται «παθολογικά κύτταρα» του πολιτικού σώματος; Ευτυχώς σύμφωνα με την αντίπαλη οι πιο καταπιεσμένοι, οι ευάλωτοι είναι αυτοί που αξίζουν φροντίδας, βοήθειας, ενθάρρυνσης. Το πολιτικό σώμα μπορεί να θεραπευτεί καλύτερα από μόνο του όχι αποβάλλοντας τα άρρωστα μέλη του αλλά υποστηρίζοντας τα. Εφαρμόζονται (κυρίως στις προηγμένες δυτικές κοινωνίες) συγκεκριμένες ιατρο-πολιτικές τακτικές και σχεδιασμοί δημόσιας υγείας που εγγυώνται ότι για κάθε άτομο υπάρχει επαρκής φροντίδα υγείας χωρίς ρατσιστικούς ή φυλετικούς διαχωρισμούς με σκοπό να διατηρηθεί η υγεία της κοινωνίας. Η ισχύς και η δύναμη της κοινωνίας εξαρτάται από την ετοιμότητα της για τη φροντίδα των μελών της και την ευθύτητα της απέναντι σ' αυτά.

Ο θάνατος της «ιστορίας» της κοινωνικής ιατρικής βεβαιώθηκε κατηγορηματικά από δύο θέσεις της μεταμοντέρνας σκέψης<sup>17</sup>. Πρώτον ότι το «κοινωνικό» ήταν ένας ορισμός στρατηγικά καθιερωμένος από τη μόδα στην πορεία του 19<sup>ου</sup> - 20<sup>ου</sup> αιώνα. Όμως ο ορισμός αυτός στερείται από ένα συνεχές, διεθνές καθολικό νόημα μια που εξαρτάται από εθνικές και χρονολογικές παραμέτρους αλλά και μεθοδολογικές συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικών και ιατρικών επιστημών. Δεύτερον οι τομείς ιατρικής και ιστορικών της ιατρικής αναπτύχθηκαν παράλληλα, ο ένας γυρεύοντας το αντικείμενο του το σώμα, ο άλλος το παρελθόν. Οι ιστορικοί της ιατρικής όμως υποχώρησαν μπροστά στις μεγάλες προοπτικές της πνευματικής κίνησης του μεταμοντερνισμού. Παραδόξως αυτό συνέβη

σε μια στιγμή όπου η ιατρική εντολή μεγάλωσε περιλαμβάνοντας τις βιοεπιστήμες και τη βιοτεχνολογία. Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ κοινωνικών/φυσικών και ανθρωπιστικών επιστημών έγινε με σκοπό να προάγει νέες διασταυρώσεις-γονιμοποιήσεις στη γνώση. Απέτυχε όμως να τεκμηριώσει ότι πρόσφερε κάτι διανοητικά δημιουργικό ή καινούριο. Ο Max Weber (Γερμανός κοινωνιολόγος και φιλόσοφος 1864-1920) αναφέρει «είναι μόνο η μετριότητα που αναγκάζει τους ακαδημαϊκούς διαφόρων ειδών σε συνεργασία»<sup>18</sup>. Πολλές φορές ο όρος διεπιστημονική συνεργασία ευνοεί την ανακύκλωση της «ευθύνης» μεταξύ των. Είναι μία πράξη που καταλήγει πολιτική.

Παρόλο που στη σημερινή εποχή οι θεωρίες της είναι πια ξεπερασμένες μερικά από τα βασικά στοιχεία της έχουν ακόμη απήχηση στη δημόσια υγεία. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση όπου ολόκληροι πληθυσμοί μπορεί να ασθενούν και ότι η πολιτική δράση (πράξη) μπορεί να τους θεραπεύσει. Συχνά η αιτία της νόσου βρίσκεται κάτω από το άγχος του οικονομικού κόστους, της ανεργίας, του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, της χαμηλής μόρφωσης και του εισοδήματος. Οι άνθρωποι δεν αρρωσταίνουν ακόμα και σήμερα μόνο λόγω βακτηριακών λοιμώξεων ή γενετικών ελλειμμάτων. Πολλοί παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση της ιατρικής πρακτικής είναι πολιτικοί. Ακόμα και οι πιο τεκμηριωμένες ιατρικές παρεμβάσεις είναι ανεπιτυχείς εάν οι πολιτικές λύσεις που καθορίζουν τον τρόπο εφαρμογής τους δεν διευκρινιστούν. Τεχνικές ιατρικές παρεμβάσεις παίζουν μικρό ρόλο στον επηρεασμό της υγείας των πληθυσμών. Π.χ. η φυματίωση στις αναπτυσσόμενες χώρες μειώθηκε όχι τόσο από τη χορήγηση των αντιβιοτικών και του εμβολιασμού αλλά κυρίως στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης. Πρόσφατα δημοσιευμένη μελέτη έδειξε ότι περιορισμένες «πολιτικοκοινωνικές» παρεμβάσεις είναι ικανές να αποτρέψουν το 63% των 10 εκατομμυρίων θανάτων ετησίως κάτω της ηλικίας των 5 ετών, παγκοσμίως<sup>19</sup>. Στη Μ. Βρετανία οι διαφορές στην υγεία μεταξύ των γεωγραφικών και κοινωνικών ομάδων δεν αντανakλούν διαφορές στην ιατρική αντιμετώπιση και κάλυψη αλλά άλλες καθοριστικές διαφορές, όπως η φτώχεια, η μόρφωση, οι συνθήκες διαβίωσης, η ρύπανση. Αυτοί όμως οι καθοριστικοί παράγοντες είναι αντικείμενα πολιτικής παρέμβασης. Μία αμιγής τεχνοκρατική ιατρική αντίληψη δεν αναγνωρίζει αυτή την πραγματικότητα. Το να επιμένουμε ότι η ιατρική και η πολιτική μπορεί να παραμένουν ξεχωριστές είναι άστοχο διότι πολλοί καθοριστές της υγείας είναι πολιτικοί και διότι η τεχνοκρατική ατζέντα της ιατρικής στέκεται πάνω σε πολιτικές δυνάμεις. Αυτή βέβαια η προσέγγιση παρουσιάζει κάποιες δυσκολίες. Ένα πρόβλημα είναι ότι οι ιατροί πιθανά να υπερβάλλουν στην εμπειρία και την αρμοδιότητα τους σε αντιπαραθέσεις όπου η υγεία δεν είναι το μόνο ζήτημα (π.χ. αντιπαραθέσεις όπως η φτώχεια και το κάπνισμα). Θα πρέπει να ακολουθηθεί μία συμβιβαστική, συνδυαστική λύση, απεμπλοκής μη αλαζονείας. Παρόλο που οι ιατροί θεωρούνται εξειδικευμένοι στην υγεία θα αποτύχουν στον «με κοινωνικά προβλήματα και ασθενή», εάν αποτύχουν να τα συνδυάσουν και τα δύο. Από την άλλη μεριά πολιτικές διαστρεβλώσεις (bias) μπορεί να έρπουν σε ένα επάγγελμα που απαιτεί αντικειμενικότητα. Πολλές φορές πίσω από τη μάσκα του ιατρικο-πολιτικού κρύβονται προσωπικά συμφέροντα και ρατσιστικοί ή ξενοφοβικοί πατριωτισμοί. Αυτή η δυνητικά καταστροφική «ιατροπολιτική» πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη.

Το ενδιαφέρον για την υγεία του πολιτικού σώματος δεν άλλαξε μόνο την αρμοδιότητα των πολιτικών προσθέτοντας σ' αυτήν και ένα ιατρικό στοιχείο, έκανε επίσης πιο περίπλοκο και συγκεχυμένο τον ρόλο των ιατρών. Εάν η υγεία του έθνους είναι

τόσο σημαντική καθίσταται ασαφές εάν η πρωταρχική υπευθυνότητα του ιατρού είναι το άτομο ή η κοινωνία στο σύνολο της. Η Διακήρυξη το 1975 στο Ελσίνκι της World Medical Association διατήρησε αυτή την αμφισημία αρχίζοντας με τη διαβεβαίωση ότι η αποστολή των ιατρών είναι να περιφρουρούν την υγεία των πολιτών αλλά μετά προχωρεί σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Γενεύης όπου η « υγεία του ασθενή μου θα είναι το πρωταρχικό μου ενδιαφέρον...» Εάν πράγματι οι ιατροί οφείλουν ν' αντιμετωπίζουν τις ασθένειες της κοινωνίας ή του έθνους τότε οι ευθύνες τους αλληλοεπικαλύπτονται με αυτές των πολιτικών.

### **ΒΑΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ (EVIDENCE BASED MEDICINE - EBM)**

Η EBM είναι ένα αμφίσημο σκεπτικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από διαφορετικούς και με διάφορους τρόπους. Εκφράζει την τάση για εκτίμηση, της ασφάλειας της αποτελεσματικότητας και του κόστους των ιατρικών πρακτικών χρησιμοποιώντας εργαλεία άλλων επιστημών (κοινωνικών επιστημών) για να εδραιώσει την κλινική πρακτική. Ο τρόπος επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών άλλαξε. Διαπιστώθηκε ότι υπήρχε τεράστια ποικιλία στην ιατρική πρακτική. Με τον χρόνο καθώς άρχισε να υπάρχει ανταλλαγή εμπειρίας δημιουργήθηκαν ευρύτεροι κύκλοι συναδέλφων ανά τον κόσμο και μέχρι τότε μη παρουσιαζόμενα δεδομένα έγιναν προσιτά και πολλές αντιφάσεις απαιτούσαν εξήγηση. Αυτή η έφοδος πληροφορίας οδήγησε τους ιατρικούς ερευνητές σε αλλαγή στρατηγικής. Στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα ειπώθηκε ότι η ιατρική δεν βασίζεται μόνο σε μελέτες παρατήρησης αλλά κυρίως σε ελεγχόμενες τυχαίοποιημένες μελέτες (RCTs). Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για να καθορίσουν τη χρησιμότητα νέων πρακτικών ή φαρμάκων αργότερα ως διαγνωστικά τεστ. Με τη διακίνηση της πληροφορίας τόσο άφθονα η λήψη απόφασης έγινε περισσότερο εξαρτώμενη από ερευνητικά αποτελέσματα (δεδομένα) εργαστηριακών μελετών και λιγότερο από την κλινική πράξη. Πολύ σύντομα η EBM ιδρυματοποιήθηκε και υιοθετήθηκε απ' όλους τους οργανισμούς και ιατρούς ακόμα και από αυτούς που ασκούσαν την ιατρική πολλές δεκαετίες νωρίτερα.

Τι είναι η EBM; α) αν η απάντηση στο ερώτημα υπάρχει τεκμηριωμένη μαρτυρία ιατρικής λύσης για όλα τα ιατρικά προβλήματα είναι θετική τότε η EBM είναι η καλύτερη και αρτιότερη τρέχουσα γνώση, β) αν η απάντηση είναι αρνητική τότε EBM σημαίνει ένα σίγουρο επίπεδο ποιότητας γνώσης π.χ. η αξία  $p$  στις στατιστικές μελέτες, όταν αυτή έχει κάποιες τιμές η γνώση αυτή θεωρείται δεδομένο. Και οι δύο ορισμοί κυρίως ο τελευταίος εξηγούν γιατί η EBM είναι ένα θετικό σκεπτικό αξιολόγησης με δυνατές προοπτικές. Συχνά υπάρχει σύγχυση μεταξύ EBM και CPGs (Clinical Practice Guidelines: Κλινικών οδηγιών ιατρικής πράξης). Η πρώτη αναφέρεται στην επιστημονική γνώση τεκμηριωμένη μέσα από δεδομένα από μελέτες, ανασκοπήσεις, RCTs, ενώ η δεύτερη στον δόκιμο τρόπο άσκησης της ιατρικής πρακτικής.

Τι είναι δεδομένο και τι μη δεδομένο για το σύγχρονο ιατρό; Η απάντηση είναι δύσκολο να δοθεί γιατί α) δεν μπορεί να αποδοθεί με εμπειρικό τρόπο, β) για τον κάθε ιατρό/ ασθενή μπορεί να αποδοθεί «σχετικά». Η ιατρική ασκείται σε ατομικό επίπεδο είναι ρεαλιστική και αυτό που μετρά είναι η αντιμετώπιση του ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο και σύμφωνα με την καλύτερη τρέχουσα γνώση, γ) τα ιδανικά της EBM

βασίζονται σε στατιστικά δεδομένα συνεπώς είναι αδύνατη η διασφάλιση μη λαθών ακόμα και στις καλύτερες RCTs. Το καλύτερο που μπορούμε να έχουμε είναι η αύξηση των πιθανοτήτων για «καλύτερες συγκεκριμένες» εκβάσεις, δ) οι κλινικοί ιατροί δεν βασίζουν συνήθως την πρακτική τους σε σειρές επιστημονικών δεδομένων αλλά σε εγχειρίδια, άρθρα, ανασκοπήσεις ή κλινικές οδηγίες όπου το θέμα της μαρτυρίας ή μη έχει ήδη λυθεί, ε) η γνώση πολλές φορές για το αντικείμενο μελέτης είναι φτωχή οπότε ο ιατρός προτιμά να μην κάνει τίποτα απ' το να πράξει κάτι βασιζόμενος σε πιθανά ευρήματα μελετών, χρησιμοποιώντας το σύνθημα «πρωτίστως μη βλάπτεις» απ' το να «πιθανά ωφελείς», στ) οι διαχειριστές δημόσιας υγείας είναι αυτοί που υποστηρίζουν έντονα τη χρήση της EBM από τους ιατρούς όταν ψάχνουν μαρτυρίες σχετικές με το κόστος και το αποτέλεσμα θεραπείας.

Η EBM δημιούργησε μια νέα ιεραρχία, πυραμίδα «αξιολόγησης» επιστημονικά τεκμηριωμένων δεδομένων με τις RCTs στην κορυφή της και τις μελέτες παρατήρησης στη βάση της. Απέκτησε φανατικούς υπέρμαχους που η συμπεριφορά τους άγγιζε τα όρια ύβρεως δηλώνοντας ότι «εάν ανακαλύψετε ότι μια μελέτη δεν είναι τυχαιοποιημένη σας συνιστούμε να σταματήσετε να τη διαβάζετε και πάτε στο επόμενο άρθρο»<sup>20</sup>. Πριν την EBM οι ερευνητές βασίζονταν σε ατελείς συνθήκες έρευνας και λιγότερο ιδανικές πηγές δεδομένων (μελέτες παρατήρησης π.χ. μελέτη Framingham). Παρόλα αυτά η ιατρική έρευνα πριν την EBM δεν πρέπει να συνδεθεί με μια μεσαιωνική ιατρικά εποχή που της αξίζει να ξεχαστεί. Βάση της αξίας των δεδομένων της EBM δεδομένα χαμηλότερης ποιότητας (π.χ. μελέτες παρατήρησης) πρέπει να αποκλειστούν και μόνο οι RCTs ελαχιστοποιούν τη διαστρέβλωση αποτελεσμάτων. Αυτό όμως ίσως δεν είναι απόλυτα αληθές. Υπάρχουν άρθρα που ισχυρίζονται ότι και οι μεγάλες μελέτες παρατήρησης δίνουν παρόμοια αποτελέσματα<sup>21</sup>.

Για να κατανοήσουμε περισσότερο τι χρειάζεται για να ελαττώσουμε τις **ανισότητες** υγείας χρειάζεται μία μαρτυρία αποτελεσματικότητας που προέρχεται κυρίως από τα δεδομένα αναλύσεων μελετών υποομάδων που συγκρίνει τις επιδράσεις των παρεμβάσεων σε διαφορετικές ομάδες πληθυσμού. Όμως πολλές μελέτες παρέμβασης παρουσιάζουν μία σύνθετη επεξεργασία δεδομένων. Επιπλέον όταν τα δεδομένα αυτά προέρχονται από αναδρομικές μεταanalύσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παραπλανητικά συμπεράσματα και παραπλανητικές οδηγίες.

Σύμφωνα με τις προηγούμενες παραγράφους που αναφέρθηκαν σε θεωρίες ορισμού του ανθρώπινου σώματος και της ιατρικής μέσω των κοινωνικών επιστημών (θεωρία των επιδράσεων, αναδυόμενων σωμάτων) ο Whitehead (Άγγλος μαθηματικός και φιλόσοφος 1861-1947) αναφέρει ότι η ειδικότητα της ιατρικής και η ειδικότητα του σώματος εξαρτώνται από τον τύπο των συμβάντων των οποίων είναι μέρη και από τα οποία αναδύονται<sup>22</sup>.

Τα συμβάντα αυτά είναι ετερογενή αποτελούνται από ποικίλα κοινωνικά και υλικά στοιχεία το οποία έρχονται και συνδυάζονται μέσα στο συμβάν και πολλές φορές διατυπώνονται μέσω «αποσπασμάτων» (abstracts). Αυτές οι διατυπώσεις συμβάλλουν στο να κλειδώσουν το συμβάν με μια σαφή οριοθέτηση. Υπάρχει βέβαια πάντα σημαντική πολυπλοκότητα στη συσχέτιση τέτοιων διατυπώσεων με τα συμβάντα τους. Η δουλειά αυτής της ευρείας, αναλυτικής απόσπασης και το κλείδωμα και ξεκλείδωμα των συμβαμάτων είναι ιδιαίτερα εμφανής στις RCTs που θεωρείται από πολλούς ως η καλύτερη ιατρική πρακτική. Εφαρμόζοντας αυτό το σχήμα στην ιατρική μπορούμε να διαπιστώ-

σουμε πως η «απόσπαση» δρα ως πόλος έλξης με μια σειρά πρακτικών που ξεκλειδώνει τη βιοϊατρική γνώση και τις πρακτικές φροντίδας. Παράλληλα όμως δρα και ως πόλος απώθησης επιταχύνοντας αντιδράσεις στις οποίες κάτι άλλο παίρνει μέρος όπως μορφές εμπορευματοποίησης του σώματος. Σύμφωνα με τη θεώρηση των αναδυομένων σωματιών η διατύπωση αυτών των αποσπάσεων και το κλειδωμα των συμβάντων είναι μέρος των επιδράσεων. Όταν όμως αυτές οι διατυπώσεις παρουσιάζονται απλοποιημένες και αποσπούμενες από σύνθετα γεγονότα τότε εξυπηρετούν την πλευρά της «υπερπλασίας» των επιδράσεων που δεν είναι πάντα θετική.

Η EBM θεωρείται ως εναλλακτική της παραδοσιακής ιατρικής που βασίζεται στο κύρος, αξιοπιστία, προσωπική εμπειρία, γνώση του ιατρού. Παλαιότερα οι ιατροί ασκούσαν την ιατρική βασιζόμενη στην ιατρική εκπαίδευση, εμπειρία και τοπικά ήθη. Λίγοι άνθρωποι κατανοούσαν τι ακριβώς κάνει ο ιατρός και το ιατρικό επάγγελμα περιβαλλόταν από μυστικότητα. Οι πληρωτές είχαν λίγες πληροφορίες και βασίζονταν κυρίως στην εμπειρία των ιατρών και την κρίση τους. Οι ιατροί γνώριζαν τη δουλειά των συναδέλφων τους απ' ευθείας ή μέσω φήμης ή παρατήρησης. Αυτές οι συνθήκες προήγαγαν την αυτονομία και την κυριαρχία των ιατρών. Το τελευταίο μισό του αιώνα τα πράγματα άλλαξαν. Οι πληρωτές θέλησαν να ελέγχουν που ξοδεύουν, οι ασθενείς απαιτήσαν μεγαλύτερη γνώση της θεραπείας τους. Το ίδιο διάστημα οι οργανισμοί διαχείρισης της υγείας άδραξαν μέρος της δύναμης από τους ιατρούς προς την πλευρά των πληρωτών. Ανέτειλε ένα νέο επάγγελμα μια τάξη διαχειριστών με στόχο την εκλογίκευση της ιατρικής. Επισημαίνουν, επιβλέπουν, ελέγχουν την ιατρική πρακτική και συμπεριφορά.

Οι κλινικές αποφάσεις βάση της EBM δεν τεκμηριώνονται σύμφωνα με τις αξίες της παραδοσιακής ιατρικής, αντίθετα βασίζονται σε δεδομένα ιατρικών μελετών, επιδημιολογίας, οικονομικών στοιχείων που παρουσιάζονται με τέτοιες τεχνικές όπως οι RCTs και μελέτες ανάλυσης κόστους. Οι μέθοδοι αυτοί δεν απαιτούν ιατρική εκπαίδευση και τοποθετούν μη ιατρούς, εκπαιδευμένους στις κοινωνικές επιστήμες ή επιστήμες δημόσιας πολιτικής. Σπάει η κλειδαριά που παραδοσιακά είχε θέσει η ιατρική στις κλινικές αποφάσεις.

Η EBM μεταβάλλει τη σχέση ιατρού/ασθενή προς ιατρού/πελάτη, μειώνει την επαγγελματική κρίση του ιατρού δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στη στατιστική έρευνα. Δημιούργησε επίσης μια νέα ανάγκη του ιατρικού επαγγέλματος να εξηγή τις αποφάσεις του τόσο με ιατρικούς όσο και με στατιστικούς, οικονομικούς όρους. Αδυνατεί να αναγνωρίσει την πολυπλοκότητα των κλινικών περιπτώσεων. Οι ιατροί έχουν χάσει την ευελιξία και δημιουργικότητα που είχαν κάποτε για να είναι αποτελεσματικοί. Η κλινική κρίση απαξιώνεται έναντι αλγορίθμων και γενικών οδηγιών. Ένα πολύτιμο εργαλείο στον έμπειρο ιατρό η κλινική πράξη διατρέχει τον κίνδυνο να γίνει κατάλοιπο του παρελθόντος.

Πολλές φορές όμως χρησιμοποιείται και ως εργαλείο πολιτικής σκοπιμότητας. Οι διαχειριστές πολιτικών πρακτικών χρησιμοποιούν τα δεδομένα για να δικαιώσουν ή να εξηγήσουν λογικά μια πολιτική θέση που θα υιοθετούσαν έτσι κι αλλιώς. Ο Laurence Ross (καθηγητής κοινωνιολογίας πανεπιστημίου του Ν. Μεξικού) καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα: «το μεγαλύτερο μάθημα που αποκόμισα είναι ότι ο ρόλος της έρευνας δεν είναι να καθοδηγήσει την εφαρμογή πολιτικών πρακτικών στο να ερευνούν και να διαλέγουν υποσχόμενες πολιτικές επιλογές. Περισσότερο τα αποτελέσματα των ερευνών φαίνεται να υπηρετούν κυρίως την εκλογίκευση για θέσεις για τις οποίες οι διαχειριστές

πολιτικής είναι ήδη δεσμευμένοι»<sup>23</sup>.

Οι πολιτικοί συχνά αποφεύγουν «προκλητικές» διαμάχες παρουσιάζοντας τα πολιτικά θέματα ως «τεχνολογικά» ερωτήματα που καλό είναι να επιλυθούν από ειδικούς. Τείνουν να αντικαταστήσουν τη διακυβέρνηση από πολιτικούς σε διακυβέρνηση «ειδικών». Υποτίθεται ότι έχουν εκπαιδευθεί να εκτιμούν λογικά τα δεδομένα και να παίρνουν αποφάσεις που άπτονται του δημόσιου συμφέροντος. Αυτή η προοδευτική ιδέα αγνοεί ένα σημαντικό σημείο. Η πολιτική από τη φύση της απαιτεί τη λήψη αποφάσεων που δεν είναι ελεύθερες αξιών ή κατώτερες από τεχνολογικά θέματα στα οποία υπάρχει μικρή αντιπαράθεση. Κατ' επέκταση σήμερα όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με προκλητικά θέματα υγείας συχνά υιοθετείται παρόμοια τακτική. Χρησιμοποιώντας την προοδευτική κληρονομιά της εποχής μας προσελκυόμαστε από τα δεδομένα και την εξειδίκευση ψάχνοντας για κάθε τι έναν τεχνοκρατικό ορισμό. Μερικές φορές ορίζοντας θέματα ως «επιστημονικά» ερωτήματα ουσιαστικά καλύπτονται πολιτικές διαμάχες. Όμως τα πολιτικά θέματα παραμένουν ακόμα κι αν παρουσιάζονται έμμεσα χρησιμοποιώντας τη γλώσσα της επιστήμης και των δεδομένων. Διαμάχες για το εισόδημα, περιοχή και στόχοι της ιατρικής και της πολιτικής εδράζουν κάτω από την επιφάνεια.

Ξεκινώντας με την ελάττωση της κρίσης και της αυτονομίας των ιατρών η EBM προήγαγε την ενδυνάμωση των ιατρικών διαχειριστών καθιστώντας τους ικανούς να χρησιμοποιούν την οικονομική τους δύναμη στη μεταβολή της ιατρικής πρακτικής. Πριν οι παραδοσιακοί ιατροί όριζαν το καθεστώς της ιατρικής παροχής. Τώρα οπλισμένοι με περισσότερα δεδομένα οι πληρωτές μπορεί να αρνηθούν πληρωμή σε ιατρικές πράξεις που θεωρούν βάση δεδομένων αναποτελεσματικές και άχρηστες επαναπροσδιορίζοντας το πλαίσιο άσκησης της ιατρικής πρακτικής. Παραδοσιακά ο ιατρός εξαντλεί το επαγγελματικό του καθήκον πράττοντας το καλύτερο για τον ασθενή ανεξάρτητα απ' τις συνθήκες και το ευκαιριακό κόστος των πράξεων του. Αυτή η ατομική προσέγγιση δίνει έμφαση στη μοναδικότητα του ατόμου και της σχέσης ιατρού/ασθενούς. Η μοντέρνα ιατρική σπάνια είναι ατομική καθώς εξαρτάται από πολλές άλλες επαγγελματικές ομάδες, ακριβή τεχνολογία και κάποιο είδος συνολικής πληρωμής. Αυτό σημαίνει ότι οι πληρωτές αποκτούν αυτόματα μεγάλη δύναμη στη λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας. Συνεπικουρούν την EBM από τη θέση της δημόσιας υγείας και απαιτούν ιατροί και ασθενείς να λαμβάνουν υπόψη οικονομικούς περιορισμούς.

Η φαρμακευτική βιομηχανία ανακάλυψε ότι υιοθετώντας πρακτικές ερευνητικών μελετών, οδηγείται σε ανάπτυξη νέων προϊόντων τα οποία όταν εγκρίνονται από τον κυβερνητικό φορέα η όλη υπόθεση καταλήγει εξαιρετικά κερδοφόρα. Είναι θέμα αντιπαράθεσης σε ποιο βαθμό αυτή η βιομηχανία ανταποκρίνεται στην ήδη υπάρχουσα κατανάλωση ή στην πραγματικότητα δημιουργεί τη ζήτηση μέσω διαδικασιών προώθησης. Το σημείο αιχμής παραμένει. Η φαρμακευτική βιομηχανία ωφελείται τα μέγιστα από την EBM και υποστηρίζει την εφαρμογή της. Ο μόνος τρόπος π.χ. για να επιτύχει μια φαρμακευτική εταιρεία έγκριση φαρμάκου της στις ΗΠΑ από τον FDA είναι μέσω μιας RCTs που αποδεικνύει ότι αυτό έχει οριακή υπεροχή έναντι των υπάρχόντων. Το πρόβλημα είναι ότι η στατιστική υπεροχή μπορεί να παρουσιάζεται υψηλή αλλά η πρακτική αποτελεσματικότητα να είναι ουσιαστικά ελάχιστη. Πολλές φορές ο χρόνος και τα χρήματα που ξοδεύονται για τη διεξαγωγή μιας μελέτης δεν αφιερώνονται εκεί που πραγματικά χρειάζονται (παιδική διάρροια, ασθένειες αναπτυσσόμενου κόσμου). Αιτία

αποτελεί το γεγονός ότι είναι ανήθικο να δημιουργήσεις μία ομάδα ελέγχου σε αυτή την περίπτωση αλλά και τα μικρά περιθώρια κέρδους των εταιρειών.

Διαπιστώνεται ότι καμία άλλη ίσως επαγγελματική πρακτική δεν βρίσκεται σε τόσο στενό οικονομικό έλεγχο, από υψηλής εκπαίδευσης οικονομικούς διαχειριστές. Η κουλτούρα αυτού του οικονομικού ελέγχου έχει ως αξία ότι η οικονομική χρησιμότητα είναι η μεγαλύτερη αξία που πρέπει να επιδιώκεται. Σύμφωνα με τον Barry Barns (καθηγητής κοινωνιολογίας πανεπιστημίου του Exeter)<sup>24</sup> «οι αξίες χρησιμότητας έχουν μεγαλύτερη αξία από την ίδια τη γνώση».

Κατά την εφαρμογή της EBM έρχονται στην πράξη ερωτήματα που δεν μπορούν να λυθούν με εμπειρικό τρόπο αλλά απαιτούν αποφάσεις βασιζόμενες σε θέματα αξιών. Δρώντας ξεκάθαρα και δημοκρατικά μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την EBM τόσο για το ατομικό συμφέρον όσο και για τους σκοπούς εκλογίκευσης της ιατρικής πρακτικής, με μία διαδικασία εφαρμογής των κλινικών οδηγιών δικαιότερη για όλους. Η χρησιμοποίησή της ως ένα δυνατό ελκυστικό μέσο μεταμπίεσης πολιτικο-οικονομικών σχεδιασμών απογοητεύει τόσο τους ασθενείς όσο και τους ιατρούς.

Η EBM φέρνει στην επιφάνεια το ερώτημα της κυρίαρχης δύναμης στην κλινική πράξη. Θα είναι ο ιατρός, ο ασθενής ή ο πληρωτής αυτός που θα αποφασίζει τι είδους θεραπεία θα δοθεί και σε ποια βάση. Όμως τα ερωτήματα κυριαρχίας είναι πολιτικά ερωτήματα.

Γυρνώντας στην παραδοσιακή ιατρική δεν λύνεται το πρόβλημα διότι η οικονομική κρίση είναι εδώ, υπάρχει. Το να απαιτείται όμως από τους ιατρούς να συνδυάσουν τόσο τα παραδοσιακά με τα μοντέρνα τους καθήκοντα δεν είναι τόσο απλό. Είναι πιθανό το επάγγελμα να διαιρεθεί στα δύο: ιατρούς που μπορούν ν' αντέξουν να ακολουθήσουν την παραδοσιακή ιατρική με εύπορους ασθενείς και γιατρούς που προσπαθούν να προσφέρουν το καλύτερο δυνατό στους φτωχότερους ασθενείς στα πλαίσια οικονομικών περιορισμών. Αυτό είναι μία πολιτική θέση.

## **ΟΙ «ΑΞΙΕΣ» ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

Στην αλληλεπίδραση μεταξύ της πολιτικής και επιστήμης (συμπεριλαμβανομένης της ιατρικής) ισχύουν δύο βασικές αρχές<sup>25</sup>: 1) η δημόσια πολιτική πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα, 2) η επιστήμη πρέπει να δρα ανεξάρτητα από πολιτική επιρροή στην παραγωγή και στην ερμηνεία αυτών των δεδομένων. Σε αυτό ακριβώς το σημείο εγείρεται το ερώτημα: πρέπει ή όχι αυτές οι αρχές να συνοδεύονται από αξίες, ιδανικά όπως η ελευθερία, η αντικειμενικότητα, η ουδετερότητα; Μήπως η λήψη αποφάσεων επιστημονικών ή πολιτικών με βάση τα επιστημονικά δεδομένα κατασκευάστηκε με στόχο να εξαφανίσει ή να απομακρύνει τη διάσταση των αξιών;

Ο Καναδός δημοσιογράφος Jeffrey Simpson τοποθετεί αυτό το ερώτημα ως: η «μάχη» μεταξύ λήψης λογικής απόφασης τεκμηριωμένη αμιγώς σε επιστημονικά δεδομένα εναντίον της εμπιστοσύνης στη ιδεολογία (αξίες) που καταφρονεί τα γεγονότα και τις αιτίες όταν εναντιώνονται σε αυτή<sup>26</sup>. Πρόκειται για μια δύσκολη διαμάχη δεδομένων εναντίον της ιδεολογίας, παραδοσιακής εναντίον μοντέρνας επιστήμης.

Είναι πιθανά σημαντικό και αποτελεί μέρος της επιστημονικής συμπεριφοράς οι επιστήμονες και οι ειδικοί να βάζουν σε παρένθεση τις αξίες τους στην άσκηση της επιστήμης τους ή στη διαμόρφωση ορθής κρίσης ή στη λήψη απόφασης. Και αυτό για



να εξαλείψουν ή τουλάχιστον να μειώσουν τις «διαστρεβλώσεις» (bias) που έρπουν ανεξιχνίαστες. Ακόμα και οι θεωρητικοί που αρνούνται την πιθανότητα της ελεύθερης αξιών επιστήμης αναγνωρίζουν πόσο σημαντικό είναι για την επιστήμη η εξάλειψη και η ελάττωση των διαστρεβλώσεων. Η ιδεολογία (αξίες, ιδανικά ελευθερίας, αντικειμενικότητας) σύμφωνα με την άποψη μερικών αντανακλά μια παραδοσιακή άποψη που θεωρείται αφελής απλοϊκή και αβάσιμη σε μεγάλο βαθμό στις επιστημονικές μελέτες και άλλες βιβλιογραφίες.

Ως αντίλογος στη διαμάχη υπάρχει ο ισχυρισμός ότι κάποια απ' τα δεδομένα και οι ειδικοί που τα υποστηρίζουν δεν είναι και δεν μπορεί να είναι μεμονωμένα από την ιδεολογία. Εξάλλου η θέση ότι η λήψη απόφασης σε μία περιοχή ελεύθερης ιδεολογίας μπορεί από μόνη της να χαρακτηριστεί ως ιδεολογική. Υπάρχουν αξίες «εσωτερικές» με την άσκηση της επιστήμης (π.χ. ειλικρίνεια) που παίζουν συνεργικό και απαραίτητο ρόλο στη δομή της επιστήμης καθώς και «εξωτερικές» που παίζουν ρόλο σε τέτοια θέματα όπως ο τρόπος έρευνας και οι περιορισμοί στη δομή της. Εκείνο που είναι προβληματικό είναι όταν οι επιστημονικές αποφάσεις για την τεκμηρίωση/επιστημονικών δεδομένων εστιάζονται κυρίως στις εξωτερικές αξίες και αποτελούν διαστρεβλώσεις. Το δύσκολο συνεπώς σ' αυτή τη διαμάχη είναι. Βέβαια σε περιορισμένο εύρος αποφάσεων σύμφωνα με τη γνώμη μερικών σωστά οι εξωτερικές αξίες επηρεάζουν και πρέπει να επηρεάζουν τις επιστημονικές αποφάσεις ή τα δεδομένα<sup>27</sup>. Όμως είναι σημαντικό οι επιστημονικές και πολιτικές αποφάσεις να απομονώνονται από διαστρεβλωμένες προσωπικές αξίες (άσχετες με την επιστήμη).

Η ιδεολογία δεν είναι απαραίτητα σχετιζόμενη με διαστρέβλωση ή ανακρίβεια, κουβαλά και ένα θετικό ρόλο. Εκεί που διαφωνούν κυρίως οι ειδικοί είναι στην ερμηνεία των δεδομένων όταν αυτή επηρεάζεται από την κατεύθυνση των αξιών. Επιστήμη και δεδομένα γίνονται πεδίο μάχης αξιών καθώς η ερμηνεία τους ενίεται με «αθέμιτα» μέσα, με αξίες που ευνοούν μια πολιτική επιλογή. Η πολιτική πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα επιστημονικά δεδομένα και να εκτιμά την προσφορά των ειδικών στην εγκυρότητα αυτών των δεδομένων που δίνει στην επιστήμη το δόκιμο καθήκον της. Οι ειδικοί έχουν και πρέπει να έχουν τις δικές τους αξίες σχετικά με τα πολιτικά θέματα αλλά δεν είναι τόσο έγκυρες όσο η επιστημονική γνώση τους. Η επιστήμη μπορεί να θέσει μόνη της τις ερωτήσεις της, ανεξάρτητη, ελεύθερη από εξωτερικές επιρροές στη διαμόρφωση και παρουσίαση των απόψεων των ειδικών της. Πολλές φορές όμως η φόρμα αυτή μπορεί να παραβιαστεί από διαστρεβλώσεις λόγω εξωεπιστημονικών αιτίων.

Ο Τσεχοσλοβάκος αντικαθεστωτικός Havel σε λόγο του στο Πανεπιστήμιο της Τουλούζης αναφέρει μεταξύ άλλων «...ότι το πνεύμα της μοντέρνας επιστήμης βασιζόμενο στην εικασία της απρόσωπης αντικειμενικότητας έχει πατέρα στις φυσικές επιστήμες αλλά και στις πολιτικές ..... οι αρχές της σύγχρονης πολιτείας και της σύγχρονης πολιτικής δύναμης βρίσκονται ακριβώς εδώ, στη στιγμή που ο άνθρωπος «λόγος» αρχίζει να σπάει τα δεσμά του από την ανθρωπιά, την προσωπική εμπειρία, την προσωπική συνείδηση και την προσωπική ευθύνη...»<sup>28</sup>. Την ίδια στάση επιχείρησε και η μοντέρνα ιατρική ψάχνοντας για ορισμούς της ασθένειας και της υγείας οι οποίοι είναι βιο-ιατρικά τεκμηριωμένοι και ελεύθεροι από υποκειμενικές αξίες. Όμως μια τέτοια πρωτοβουλία μπορεί να αποβεί εξαιρετικά επικίνδυνη. Στην προσπάθεια να τοποθετήσουμε την κλινική ιατρική σε μία πιο αντικειμενική σφαίρα μακριά από τις υποκειμενικές προσωπικές

και ηθικές πραγματικότητες στην καθημερινή μας ζωή «απανθρωπίζουμε» την ιατρική πρακτική όπως έχει απανθρωπιστεί και η πολιτική. Η ελεύθερη αξιών ιατρική είναι και ελεύθερη ασθενών. Ένα ιατρικό σύστημα που δεν εκτιμά την αξία των ασθενών δεν αξιολογεί τίποτα το ουσιαστικό. Η κλινική ιατρική δεν είναι επιστημονική διαδικασία αλλά πράξη που εμπλέκει την πράξη (και τις συνέπειές της) ορισμένων ανθρώπων πάνω σε άλλους. Και αυτό την καθιστά μία πράξη εγγενώς πολιτική.

## ΑΜΥΝΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Ο «θάνατος» του ιατρικού επαγγέλματος έχει απασχολήσει αρκετά τους ερευνητές. Ο ολοένα αμυντικός του χαρακτήρας όπου το σύνθημα «κάλυψε τον εαυτό σου» είναι η αγαπημένη γραμμή των ιατρών ακόμα και ενάντια στην ιατρική δεοντολογία καταλήγει σε μία αφύσικη έκβαση που καταστρέφει τη σχέση ασθενή/ιατρού και εκχωρεί μεγάλη δύναμη στους ασθενείς. Κανένας ίσως δεν έχει περιγράψει καλύτερα τον ορισμό της αμυντικής ιατρικής από τον Βρετανό ιατρό και φιλόσοφο Raymond Tallis: “ο όρος αμυντική ιατρική είναι ένας απελπισμένος ευφημισμός για την έκδηλη διαφθορά της σχέσης ιατρού/ασθενούς που προσπαθεί να φτιάξει την ήδη αντιμετωπιζόμενη με χλευασμό σχέση ευγνωμονούντα ασθενούς/και ιατρού που πράττει το καλύτερο δυνατό.

Πως τοποθετείται το ιατρικό επάγγελμα στη σύγχρονη κοινωνία; Είναι η ώρα που ο ασθενής λογαριάζεται ως πελάτης που έχει πάντα δίκαιο και το ιατρικό επάγγελμα ως παροχή υπηρεσιών. Ζούμε σε μία εποχή που το κύριο ενδιαφέρον του ασθενή δεν εστιάζεται στην αντιμετώπιση του από ένα ιατρό και ένα νοσοκομείο που ενδιαφέρεται αλλά από τη γνώμη ενός νομικού και την ετυμηγορία των δικαστών. Είναι μία «δικομανική» εποχή, η εποχή της νεύρωσης της αποζημίωσης όπου οι ασθενείς υπερβάλλουν ή προσαρμόζουν τα συμπτώματά τους σε μια προσπάθεια ν’ αυξήσουν τις πιθανότητες αποζημίωσης ή να κερδίσουν με κάποιο άλλο τρόπο. Κάθε ιατρός αναμένεται να έχει μία δικαστική διαμάχη όπου η καλή τεκμηρίωση είναι πρώτιστο καθήκον. Οι ιατροί οποιαδήποτε βαθμίδας αντιμετωπίζονται απαξιωτικά από υψηλά εξειδικευμένους γραφειοκράτες, διοικητές νοσοκομείων από υψηλών προσόντων οικονομικούς διαχειριστές που καθορίζουν τη μοίρα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Μεγάλο μέρος των ιατρών μετατρέπεται σε «υπερ-ερευνητές» με υπερβολικό ζήλο χρόνο και προσπάθεια που τις περισσότερες φορές χρειάζεται ως μαρτυρία από κάποιον νομικό για να θεωρηθεί ως ορθή πράξη. Ο σύγχρονος ιατρός έχει χαμηλό ουδό στην εκτέλεση ιατρικών πράξεων για ν’ αποφύγει τη νομική δίωξη, αγνοεί την επιστημονική μαρτυρία μπρος την ασφάλεια και έχει χάσει τον επαγγελματισμό του.

Δυστυχώς η μελλοντική πορεία που προδιαγράφεται είναι η ιατρική να γίνει επάγγελμα, οι ασκητές του έμποροι και η φροντίδα υγείας μια ακόμη βιομηχανία με ιατρούς αναλώσιμους και βιβλικά συντηρητικούς.

## ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ, ΕΤΑΙΡΕΙΕΣ

Η πολιτική είναι η τέχνη απόκτησης δύναμης και κοινωνικής μεταρρύθμισης και ως τέτοια ελκύει τους περισσότερους. Οι ιατροί δεν είναι άνοσοι σε αυτήν την αποπλάνηση. Αποτελεί τη φιλόανθρωπη προέκταση του εαυτού τους. Θέλουν να εμπλακούν στην πολι-

τική για να βοηθήσουν στην πρόληψη των προβλημάτων προκαλούμενων από κοινωνικά αίτια. Ο Virchow μεταξύ άλλων αναφέρει «η ιατρική είναι μια πολιτική επιστήμη και η πολιτική δεν είναι τίποτα άλλο από μία γενικευμένη, μεγάλη ιατρική εντολή». Δήλωσε κατηγορηματικά ότι εάν η ιατρική θέλει να είναι επιτυχής τότε πρέπει να ενταχθεί στην πολιτική και κοινωνική ζωή διότι οι ασθένειες είναι προϊόντα κοινωνικού ελλείμματος. Λόγω της στενής γνώσης των κοινωνικών προβλημάτων από τους ιατρούς θεωρεί ότι οι ιατροί είναι ικανοί πολιτικοί: «οι ιατροί είναι οι φυσικοί υπερασπιστές των φτωχών και τα κοινωνικά προβλήματα πρέπει να λυθούν κυρίως από αυτούς». ... Εάν θέλει η ιατρική να εκπληρώσει το σκοπό της πρέπει να ενταχθεί στην πολιτική και κοινωνική ζωή της εποχής της. Πρέπει να υποδείξει τους φραγμούς που εμποδίζουν τη φυσιολογική ολοκλήρωση του κύκλου ζωής και να τους απομακρύνει.

Οι περισσότεροι ιατροί όμως είναι ανεπαρκώς κοινωνικά εκπαιδευμένοι λόγω του ελλιπούς φάσματος της μόρφωσης τους στις φυσικές, κοινωνικές επιστήμες και της αποκλειστικής φύσης της εργασίας τους.

Είναι μία ασφαλής υπόθεση ότι ένας μέσος ιατρός είναι εντυπωσιακά «ελεύθερος» από την ακριβή γνώση σχετικά με κυβερνητικές ιατρικές προτάσεις, θέσεις και τα κοινωνικά και οικονομικά γεγονότα που υποβάλλουν αυτές. Η άγνοια είναι μία χαριτωμένη εξήγηση αυτής της ελλειμματικής πολιτικής στάσης. Μια λιγότερο καλοήθης ερμηνεία μπορεί να το αποδώσει στην απόφαση του επαγγέλματος, διαβρωμένη από μια σύγχρονη ιδεολογία, να κρέμεται σε πιο προσοδοφόρα προνόμια. Μετά από μία μακροχρόνια και επίπονη εκπαίδευση οι ιατροί είναι φυσικά ανυπόμονοι σχετικά με τα χρήματα και υποφέρουν όπως και οι περισσότεροι άλλωστε από «μεγάλες προσδοκίες». Μέχρι τώρα έχουν πιθανά πετύχει το «καταφύγιο» τους, ο επαγγελματικός τους χώρος να μείνει ανεπηρέαστος από τον εξωτερικό κόσμο. Καθώς όμως η ιατρική φροντίδα έγινε κυρίαρχο δικαίωμα ζωής η κοινωνικο-οικονομική φιλοσοφία της ιατρικής βούτηξε το επάγγελμα σε επίμονες και έντονες δημόσιες αντιπαραθέσεις. Ένα νέο τεράστιο πρόβλημα έρχεται από το μέλλον αντιμετώπιζε με τον ιατρικό επάγγελμα. Η παροχή ιατρικής σε μαζική βάση. Αυτό δεν έχει επιτευχθεί πριν. Το όλο πρόβλημα είναι καινούριο και δύσκολο. Ο καθηγητής της Προληπτικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου του Harvard Dr. Clark σημειώνει ότι «είναι η κοινωνία και όχι οι ιατροί που θα καθορίσουν το οργανωτικό πλαίσιο της ιατρικής στο μέλλον.

Πολλά αντικείμενα που επηρεάζουν τόσο την υγεία όσο και την άσκηση της ιατρικής είναι βαθιά πολιτικά. Είναι συνεπώς δόκιμο τα ιατρικά περιοδικά να ενημερώνουν τους επαγγελματίες υγείας για τρέχουσες πολιτικές θέσεις και καταστάσεις; Πόσο τα ιατρικά περιοδικά μπορεί να ενδίδουν σε πολιτικά σχόλια; Πόσο πολιτικό σχολιασμό πρέπει να έχουν και ποια πολιτική φιλοσοφία (αν κάποια) πρέπει να ενστερνίζονται;

Εκδότης του ιατρικού περιοδικού Lancet αναφέρει σε άρθρο<sup>29</sup> του ότι η επιλογή των αντικειμένων προς δημοσίευση από τα ιατρικά περιοδικά είναι ρατσιστική. Η έρευνα που παρουσιάζουν επηρεάζει το πλουσιότερο κομμάτι του κόσμου και τα περιεχόμενα τους ελάχιστα ή ανεπαρκώς ενδιαφέρουν τα ιατρικά προβλήματα της πλειονότητας της παγκόσμιας κοινότητας. Η λύση που προτείνει είναι η διάκριση προς όφελος των λιγότερο αντιπροσωπευτικών ομάδων ως αντικείμενα ιατρικής έρευνας. Όμως η διάκριση προς όφελος μιας ομάδας με εθνικά ή άλλα κριτήρια αποτελεί αυτόματα διάκριση εναντίον μιας άλλης.

Η προαγωγή μιας επιστημονικής μελέτης όχι βάση εσωτερικής αξίας αλλά με εθνικοκοινωνικά κριτήρια μπορεί να καταλήξει μία πολύ κακή ιδέα. Μπορεί να οδηγήσει σε απόλυτη κοντόφθαλμη πολιτικοποίηση των ιατρικών περιοδικών. Η ισότητα η ευθυδικία η αμεροληψία η δικαιοσύνη συχνά χρησιμοποιούνται στα ιατρικά περιοδικά ως συνώνυμα και κατά συνέπεια αυξημένες διαφορές στην έκβαση μεταξύ των διάφορων κοινωνικών ομάδων ερμηνεύονται ως αυξημένη αδικία. Αυτό μπορεί να συμβαίνει μπορεί όμως και όχι, αντίθετα η διαφορετική έκβαση να αποτελεί συνέπεια αυξημένης δικαιοσύνης.

Ακόμα και το πιο «απολιτικό» άρθρο κατά βάθος αντανάκλα το πολιτικό του υπόβαθρο. Το να παριστάνεις τον απολιτικό και τον αυστηρά τεχνοκράτη είναι πιο επικίνδυνο από το να αναγνωρίζεις τις πολιτικές επιρροές όπου αυτές υπάρχουν. Η καλύτερη προσέγγιση είναι να αναγνωρίζεις τις πολιτικές επιρροές και τις πιθανές διαστρεβλώσεις ενός αυστηρά ιατρικού άρθρου.

Ο Ιπποκράτης εκτός από τον όρκο εφάρμοσε και την ένταξη των ιατρών σε συντεχνίες που φρόντιζαν για τα επαγγελματικά και οικονομικά συμφέροντα της ιατρικής. Αυτό εξακολουθεί να είναι το κυρίαρχο ενδιαφέρον των διαδόχων τους των ιατρικών εταιρειών. Όσοι εισέρχονται σε αυτές υπόκεινται σε κάποιους κανόνες γεγονός που δεν είναι απειλητικό αλλά βολικό για την επίτευξη υψηλότερης επάρκειας και υψηλότερων επαγγελματικών στόχων. Στην πράξη όμως αυτό το σύστημα ελέγχει μια καλή συμφωνία παρά την ιατρική αριστεία. Διάφορα κριτήρια εισδοχής μπορεί να ισχύουν (εθνικά, φυλετικά, οικονομικά, κοινωνικά) ώστε μερικές φορές να μην μιλάμε για κανόνες αλλά για εταιρική αποδοχή. Η επάρκεια η αριστεία του υποψηφίου είναι σχετική. Κρίνεται από μια ομάδα elite ελέγχου που καθορίζει τους άγραφους και μη κανόνες εισδοχής.

Το κύρος του ιατρού δεν εντυπωσιάζει μόνο τους ομότιμους του αλλά και τα μέλη της κοινότητας με αποτέλεσμα στην ιατρική περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη επιστήμη να επιβάλλει στον ιατρό συνεχείς αναπροσαρμογές σε μία δαιδαλώδη γραφειοκρατική δομή στην οποία ισχυροί πολιτικοί έλεγχοι είναι εμφανώς κυρίαρχοι. Με ελάχιστες εξαιρέσεις ο ιατρός μόνο πετυχαίνοντας μέσα στο σύστημα μπορεί να είναι ηγέτης, οδηγός στον τομέα του. Από την άλλη η επιτυχία στο σύστημα εγγυάται μία ανεπίσημη πολιτική δύναμη (π.χ. στο χώρο ενός νοσοκομείου) ή μια επίσημη στην πολιτεία ή σε εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς. Ο ιατρός κατά τη διάρκεια της ανοδικής του πορείας δοκιμάζεται για την αξιοπιστία του από τους εκάστοτε διορισμούς του και αν αποδείξει την αξία του σε αυτήν την πορεία μπορεί να ενταχθεί στο «κυβερνητικό» σώμα. Από τον πάγκο αυτού του εξαρτημένου σώματος η εκάστοτε ιατρική εταιρεία επιλέγει τους εκπροσώπους της σε μια διαδοχή σφιχτά καθορισμένη αρκετά χρόνια πριν. Η προς τα άνω πρόοδος είναι αυτόματη για τους σύμφωνους με την κουλτούρα της εταιρικής κοινωνίας. Ο ιατρός που σκαρφαλώνει σε αυτά τα ύψη είναι καλά εκπαιδευμένος στον πολιτικοκοινωνικό εταιρικό προσανατολισμό.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος της ιατροπολιτικής διαπλοκής. Υπάρχει σήμερα ένα είδος ιατρικά πληροφορημένων πολιτικών καθώς και ένα μέρος πολιτικά δραστήριων ιατρών. Αν η πολιτική δραστηριότητα των ιατρών βασίζεται στην εμπειρία της συμπάραστασης σε αυτούς που υποφέρουν και σχετίζεται με τις κοινωνικοπολιτικές παρεμβάσεις που θα

ευνοήσουν τη βελτίωση των κακοήθων συνθηκών, τότε αυτός ο κίνδυνος της διαπλοκής μπορεί να αποφευχθεί.

Ζούμε μία κρίση οικονομική που εκτός από πολιτικοκοινωνική είναι πρώτιστα κρίση αξιών. Οι πολιτισμοί δεν γεννιούνται ούτε καταρρέουν από την κρίση οικονομικών μεγεθών αλλά αξιών. Είναι πλέον διαδεδομένο στη φιλοσοφία ότι όλες οι ανθρώπινες προσδοκίες δεν είναι συμβατές. Η υγεία, η μακροζωία είναι ευλογία αλλά δεν είναι το μόνο ζητούμενο. Είναι εξαιρετικά σημαντικές αλλά δεν είναι τα μόνα αγαθά που τα ανθρώπινα όντα επιθυμούν. Πολλά πράγματα είναι σημαντικά μα κανένα από μόνο του δεν είναι καθολικά σημαντικό. Ο πολιτισμός δεν συρρικνώνεται σε ορισμένες αξίες. Είναι πολυτιμότερος από αυτές. Κανένας επιστημονικός τομέας δε στερείται αξιών ούτε είναι αμιγώς υλικός όπως θέλουν να πιστεύουν οι οικονομικοί διαχειριστές της πολιτικής και της υγείας. Κανείς δεν είναι εναντίον του πλούτου, της ευμάρειας, της υγείας. Το θέμα είναι η δίκαιη κατανομή τους και αν αυτό δεν είναι θέμα ηθικής αξίας τότε τι είναι;

Είναι εναντίον κάθε λογικής να υπάρχουν ξεχωριστές ομάδες γνώσης που ισχυρίζονται ότι κατέχουν όλη ή μέρος της αλήθειας βασιζόμενες σε στατιστικές αναλύσεις μελετών βάζοντας στην άκρη κάθε υποκειμενική ευποΐα. Ο ιατρός δεν απευθύνεται σε μάζες ανθρώπων αλλά σε κάθε άνθρωπο ξεχωριστά.

Παραφράσσοντας τη ρήση του Bernard Shaw υπάρχουν οι λογικοί ιατροί που προσπαθούν να προσαρμόσουν την επιστήμη και τις αξίες τους στις επιταγές της σύγχρονης κοινωνίας. Υπάρχουν οι παράλογοι ιατροί που προσπαθούν να προσαρμόσουν την κοινωνία σε αυτές. Η μόνη μας ελπίδα για πρόοδο και ανάπτυξη της κοινωνίας βασίζεται στους παράλογους.

Παραδοσιακή ή μοντέρνα ιατρική; Ιατρός ή εφαρμοστής υγείας; Προσωπική ευποΐα, αξίες ή επιστημονικά τεκμηριωμένα ιατρικά πράξη; Ίσως η απάντηση βρίσκεται στη σιβυλλική φράση του Ηράκλειτου: «οδός άνω κάτω μία και αυτή» Απ' όπου και αν ξεκινήσεις θα φτάσεις στο ίδιο τέρμα, η αρχή γίνεται τέλος και το τέλος αρχή, η ζωή διαγράφει τροχιά κύκλου γίνεται ανείρεση και ταυτισμός κάθε φαινομενικής αντίφασης, φθάνει η πορεία να είναι σύμφωνη με το «κάλεσμά» σου.

Το κάλεσμα των ιατρών σύμφωνα με τον όρκο του Ιπποκράτη είναι να αναζητούν και να προλαβαίνουν την κακουχία, ασθένεια των ανθρώπων ακόμα και αν αυτό απαιτεί κάποια μορφή πολιτικής δράσης. Ότι απόηχος μένει από αυτόν τον όρκο είναι οι κραυγές πόνου, αγωνίας που ο ιατρός καλείται να ανακουφίσει. Αν αυτές έχουν πολιτικά ή κοινωνικά αίτια τότε η απόφαση να ασκήσει κανείς την ιατρική είναι μία πολιτική απόφαση.

Η πολιτική πρέπει να τιμάται όπως η ιατρική γιατί είναι αφιερωμένη στο καλό της ανθρωπότητας. Στην εποχή μας υπάρχει ένας βαθύς κυνισμός για την ακεραιότητα στην πολιτική πρακτική και αποτελεί γεγονός ότι η εμπειρία μας σχετίζεται με κάτι πολύ λιγότερο από το ιδανικό στον πολιτικό χώρο. Η πολιτική πολύ περισσότερο από την ιατρική σήμερα σπάνια συνδέονται με ευγενικούς σκοπούς και κοινωνική ευποΐα. Οι πολιτικοί πολύ περισσότερο από τους ιατρούς δεν λαμβάνουν εκτίμησης ως δημόσιοι λειτουργοί αλλά θεωρούνται περισσότερο φιλόδοξοι, άπληστοι, κυνηγοί της δύναμης και του προσωπικού πλούτου.

Όμως η πολιτική και η ιατρική μπορούν να υπηρετήσουν τον κοινό δίκαιο σκοπό τους, μόνο αν ενστερνιστούν κοινές αξίες αρετές που τις καθιστούν ευγενικές, αξιότιμες, υπεύθυνες, άμεσα ανταποκρίσιμες στο κοινωνικό τους καθήκον επιστήμες. Αν η πολιτική

ενστερνιστεί αρχές της ιατρικής γίνεται πιο ανθρώπινη. Αν η ιατρική ενστερνιστεί αρχές της πολιτικής γίνεται πιο δίκαια οργανωμένη και αποδοτική.

### Περίληψη

Το κείμενο που ακολουθεί τάσσεται υπέρ της αναπόφευκτης αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρικής και πολιτικής επιστήμης. Αναγνωρίζει όμως ότι η πολυπλοκότητα των «εμπλεκόμενων» δομών στην άσκηση της σύγχρονης ιατρικής πράξης (ιατροί, κοινωνικοί, πολιτικοί, νομικοί, οικονομικοί επιστήμονες, κυβερνητικοί φορείς, δημόσιοι, ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς, ιατρικές, φαρμακευτικές εταιρείες) αυξάνει τη δυνατότητα διαπλοκής. Πραγματοποιεί μία ιστορική ανασκόπηση των εννοιών του ανθρώπινου σώματος, του πολιτικού σώματος, της κοινωνικής ιατρικής προσπαθώντας να ανακαλύψει τις σημερινές τους προεκτάσεις. Αναρωτιέται αν η επιστήμη (ιατρική και πολιτική ειδικότερα) μπορούν να δράσουν σε ένα χώρο ελεύθερο αξιών. Παρουσιάζει την αντιπαράθεση μεταξύ παραδοσιακής και σύγχρονης ιατρικής, δίνοντας έμφαση στη σύγχρονη διαμάχη μεταξύ του προσωπικού κύρους και ευποίας του ιατρού και της βάση επιστημονικών δεδομένων τεκμηριωμένης ιατρικής (Evidence Based Medicine, EBM). Προσπαθεί να προσδιορίσει τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, τη θέση του ιατρού, τη σχέση ιατρού/ασθενούς και τις μεταβολές τους στο σύγχρονο πολιτικό πλαίσιο. Καταλήγει με την αισιόδοξη θέση ότι προσεκτικός και με σύνεση χειρισμός του ιατρο-πολιτικο-ηθικού μέρους αυτής της αλληλεπίδρασης με στόχο τη φυσική, πνευματική και κοινωνική ευζωία ίσως αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση για «επαναανθρωπισμό» της πολιτικής και για «δικαιότερη» ιατρική παροχή και φροντίδα υγείας.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Barad, K. 'Getting Real: Technoscientific Practices and the Materialization of Reality', *differences: A Journal of Feminist Cultural Studies* 1998; 1: 87–128.
2. Mol, A., J. Law 'Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia', *Body & Society* 2004; 10: 43–62.
3. Foucault, M. *Discipline and Punish*. Harmondsworth: Peregrine Books, 1979.
4. Foucault, M. *History of Sexuality*, vol. 1. Harmondsworth: Peregrine Books, 1984.
5. Foucault, M. *Birth of the Clinic*. London: Routledge, 2003.
6. Berg, M., M. Akrich 'Introduction – Bodies on Trial: Performances and Politics in Medicine and Biology', *Body & Society* 2004; 10:1–12.
7. Blackman, L., C. Venn "Affect", *Body & Society* 2010; 16:7–28.
8. Latour, B. 'How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies', *Body & Society* 2004; 10:205–29.
9. Αριστοτέλης: «Πολιτικά».
10. Πλάτωνας: «Πολιτεία».
11. Rosen G.: *From Medical Police to Social Medicine*. New York, Science History Publications 1974; pp:327.
12. Foucault M.: *La volonté de savoir* (Translated by R Hurley, as *The History of Sexuality*, Volume 1. New York Vintage, 1980; pp 25,137.
13. Hobbes T.: *Leviathan* pp 18-20 New York Penguin 1980.
14. Bentham J.: *An introduction to the Principles of Morals and Legislation* pp 1-3. Darien, CT, Hafner, 1970.

15. Virchow R: Die Cellular Pathologie pp:18-20 Berlin Germany Hirschwald 1859.
16. Karl Binding, Alfred Hoche: Permitting the destruction of life unworthy of life, 1920.
17. ROGER COOTER: Re-Presenting the Future of Medicine's Past: Towards a Politics of Survival. *Medical History* 2011; 55: 289–294.
18. Max Weber: Science as a vocation, 1918.
19. Jones G, Steketee RW, Black RE, et al, the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003; 362:65-71.
20. Sackett, David L, et al. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. New York: Churchill-Livingstone, 1997.
21. Concato, J, N Shah, R Horwitz. "Randomized, Controlled Trials, Observational Studies, and the Hierarchy of Research Designs". *N Engl J Med* 2000; 342:1887–92.
22. Whitehead, AN Process and Reality: An Essay in Cosmology. New York: The Free Press, 1929.
23. Ross, H, Laurence: Reflections on Doing Policy-Relevant Sociology: How to Cope with MADD Mothers. *The Am Sociologist* 1987; 18:173-78.
24. Barry Barnes 'Elusive Memories of Technoscience', *Perspectives on Science*, 13, quoted in Forman, op. cit. (note 4), 2005; 5.
25. Michael Yeo: The rights of science and the rights of politics: Lessons from the long-for census controversy. *Canadian Journal of Sociology* 2012; 37.
26. Simpson, Jeffrey. Stats crash at the corner of ideology and reason. *Globe and Mail*, 2010.
27. Douglas, Heather E. Science, Policy and the Value-Free Ideal. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2009.
28. Havel V. Politics and conscience. *Salisbury Rev*, 1985; 3:31-38.
29. Horton R. Medical journals: evidence of bias against the diseases of poverty. *Lancet* 2003; 361:712–13.

**ΑΠΟΝΟΜΗ ΤΙΜΙΤΙΚΩΝ ΔΙΑΚΡΙΣΕΩΝ  
ΑΝΑΓΟΡΕΥΣΗ ΣΕ ΚΗΡΥΚΑ ΤΟΥ  
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΠΝΕΥΜΑΤΟΣ**

**Του Ακαδημαϊκού κ. Δημήτρη Τριχόπουλου  
Του Ιατρού κ. Πάνου Αποστολίδη  
Του Καθηγητή κ. Παύλου Τούτουζα**





## Καθηγητής Δημήτρης Τριχόπουλος

*Παρουσίαση: Θεόδωρος Δ. Μπουντοκαλάκης*

Ο Καθηγητής Δημήτρης Τριχόπουλος, Τακτικό Μέλος της Ακαδημίας Αθηνών, γεννήθηκε στο Βόλο το 1938. Σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας και μετεκπαιδεύτηκε στα Πανεπιστήμια Αθηνών, Λονδίνου, Harvard και Οξφόρδης. Είναι



Ο Καθηγητής Δημήτρης Τριχόπουλος, Τακτικό Μέλος της Ακαδημίας Αθηνών.

Καθηγητής Επιδημιολογίας και Καθηγητής Πρόληψης Καρκίνου στο Πανεπιστήμιο Harvard των ΗΠΑ και Πρόεδρος του Ελληνικού Ιδρύματος Υγείας. Υπηρέτησε ως Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας και Διευθυντής στο αντίστοιχο Εργαστήριο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Καθηγητής Επιδημιολογίας στο Ιατρικό Πανεπιστήμιο Karolinska της Στοκχόλμης στη Σουηδία και Διευθυντής του Τμήματος Επιδημιολογίας και Διευθυντής του Κέντρου Πρόληψης Καρκίνου του Πανεπιστημίου Harvard. Είναι επίτιμος διδάκτωρ του

Πανεπιστημίου της Uppsala της Σουηδίας, μέλος της Εταιρείας Τιμών Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ και επίτιμος εταίρος (honorary fellow) του Βασιλικού Κολλεγίου Ιατρικής της Μεγάλης Βρετανίας.

Έχει τιμηθεί από τον Πρόεδρο της Ελληνικής Δημοκρατίας με το παράσημο του Ταξιάρχη της Τιμής. Είναι τακτικό μέλος της Ακαδημίας Αθηνών και αντεπιστέλλον μέλος της Εθνικής Ιατρικής Ακαδημίας της Γαλλίας και της Βασιλικής Ιατρικής Ακαδημίας του Βελγίου. Έχει τιμηθεί από τη γενέτειρα του με το Χρυσό Μετάλλιο του Δήμου και το Χρυσό Μετάλλιο του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Είναι Επίτιμος Διδάκτωρ των Πανεπιστημίων Θεσσαλίας και Θράκης.

Η έρευνά του έχει επικεντρωθεί στην αιτιολογία των κακοήθων νεοπλασιών για την

οποία έχει λάβει πολλές διεθνείς διακρίσεις, συμπεριλαμβανομένων του βραβείου Julius Richmond για την ανακάλυψη του που αφορά το ρόλο του παθητικού καπνίσματος στην αιτιολογία του καρκίνου του πνεύμονα, του βραβείου Brinker του Ιδρύματος Susan Komen των ΗΠΑ και του Medal of Honour του Διεθνούς Κέντρου Έρευνας Καρκίνου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σε μια συνέντευξή του, που δημοσιεύθηκε πριν από μερικά χρόνια στο «Βήμα», είχε δηλώσει: «Εγώ εργάστηκα όλα αυτά τα χρόνια περισσότερο για την αντιμετώπιση του καρκίνου. Είναι εύκολο, αν προσπαθείς να βρεις μια λύση για την καταπολέμηση του καρκίνου, να ταυτιστείς με αυτό που ονομάζουμε κοινωνικό συμφέρον». Πράγματι, ως εκ της φύσεώς της, η έρευνα του καθηγητή Δημήτρη Τριχόπουλου είναι απόλυτα ταυτισμένη με το κοινωνικό συμφέρον.

Στην εισαγωγή του, ο δημοσιογράφος που του είχε πάρει αυτή τη συνέντευξη είχε εύστοχα περιγράψει την προσωπικότητα του Δημήτρη Τριχόπουλου:

«Με τον καιρό κατάλαβα ότι ο κ. Τριχόπουλος σκέφτεται παράξενα γιατί έχει ζηήσει από την άλλη μεριά τον κόσμο μας. Βυθισμένος στην έρευνα, έχει αποκτήσει έναν ιδιόμορφο τρόπο να βλέπει ό,τι βλέπουμε όλοι εμείς, να σχολιάζει ό,τι σχολιάζουμε όλοι εμείς. Έχει ένα ιδιότυπο χιούμορ και συχνά αναρωτιέσαι όταν τον ακούς αν σοβαρολογεί ή αστειεύεται.

Με αφορμή τη σημερινή του βράβευση προσπάθησα να εντοπίσω τα κοινά στοιχεία του Δημήτρη Τριχόπουλου με τον Ιπποκράτη. Και επισήμανα τρεις ομοιότητες:

Πρώτη ομοιότητα είναι το ενδιαφέρον και των δυο για την Επιδημιολογία. Στην Ιπποκράτειο συλλογή περιλαμβάνονται έξι βιβλία «περί Επιδημιών», ενώ στα κείμενα και τις ομιλίες του Δημήτρη Τριχόπουλου ανακαλύπτει κανείς την ίδια αρχή στην οποία

1 Hippocratic writings. London: Penguin, 1983.

2 Galen. On the natural faculties. Brock AJ, transl. Cambridge: Harvard University Press, 1991. And Galen. Three treatises: on the nature of science. Walzer R, Frede M, transl. Indianapolis: Hackett, 1985.

3 Malpighius M. De pulmonibus. Young J, transl. *Proc R Soc Med* 1929-30; 23: 1-10.

4 Lotta TA. Saline venous injection in cases of malignant cholera. *Lancet* 1832-33; i: 173-76.

5 Lister J. On a new method of treating compound fracture, abscess, etc with observations on the condition of suppuration. *Lancet* 1867; i: 326-29, 357-59, 387-89, 507-09. 1867; ii: 95-98. And Lister J. On the antiseptic principle in the practice of surgery. *Lancet* 1867; ii: 353-56.

6 Koch R. The aetiology of tuberculosis. Pinner B, Pinner M, transl. *Am Rev Tuberculosis* 1932; 25: 285-323. (According to a paper read before the Physiological Society in Berlin, March 24, 1882.)

7 Peirce CS, Jastrow J. On small differences of sensation. *Memoirs Natl Acad Sci* 1884; 3: 73-83.

8 Reed W, Carroll J, Agramonte A, Lazear JW. The etiology of yellow fever. A preliminary note. *Philadelphia Med J* 1900; 6: 790-96.

9 Fletcher W. Rice and beri-beri: preliminary report on an experiment conducted at the Kuala Lumpur lunatic asylum. *Lancet* 1907; ii: 1776-79.

Factors of risk in the development of coronary heart disease - six year follow up experience: The Framingham Study. *Ann Intern Med* 1961; 55: 33-50.

18 Barnard CN. The operation: a human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at Groote Schuur Hospital, Cape Town. *S Afr Med J* 1967; 41: 1271-74. And accompanying papers on experimental background; selection of donor; preoperative assessment; tissue typing; the anaesthetist's view; legal issues; and necropsy.

19 Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; i: 405-12.

20 Gottlieb MS, Scroff R, Schanker HM, et al. *Pneumocystis carinii* and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med* 1981; 305: 1425-31. And accompanying papers in the same issue by Masur et al and Siegal et al.

21 Trichopoulos D, Katsouyanni K, Zavitsanos X, Tzonou A, Dalla-Vorgia P. Psychological stress and fatal heart attack: the Athens (1981) earthquake natural experiment. *Lancet* 1983; i: 441-44.

22 Marshall BJ, Armstrong JA, McGeachie DB, Glancy RJ. Attempt to fulfill Koch's postulates for pyloric campylobacter. *Med J Australia* 1985; 142: 436-39. And Marshall BJ, McGeachie DB, Rogers PA, Glancy RJ. Pyloric campylobacter infection and gastroduodenal disease. *Med J*

Ο κατάλογος του Lancet (τμήμα) με τις 27 κομβικές ιατρικές εργασίες από τους Ιπποκρατικούς χρόνους μέχρι τη σύγχρονη εποχή.

βασίζεται η διδασκαλία του Ιπποκράτη: Ότι η «ιδία φύσις» του ανθρώπου είναι προϊόν της κληρονομικότητας, της επίδρασης του περιβάλλοντος και της «διαίτης», δηλαδή, του τρόπου διαβίωσης και του τρόπου διατροφής.

Η δεύτερη ομοιότητα έγκειται στο γεγονός ότι ο Ιπποκράτης, αφού εκπαιδεύτηκε στην Ιατρική στην πατρίδα του την Κω, περιηγήθηκε όλο σχεδόν το γνωστό κόσμο της εποχής του. Υπήρξε, δηλαδή, όπως και ο Δημήτρης Τριχόπουλος ένας «Έλληνας του κόσμου». Υπήρξαν και εξακολουθούν και οι δυο να αποτελούν διαπρύσιους κήρυκες της οικουμενικότητας του Ελληνικού πνεύματος.

Το τρίτο κοινό σημείο βρίσκεται σε ένα κατάλογο από 27 κομβικές εργασίες για την Ιατρική από τους Ιπποκρατικούς χρόνους μέχρι τη σύγχρονη εποχή, που δημοσιεύτηκε το 1997 στο *Lancet*. Στον κατάλογο αυτό, που περιλαμβάνεται στο άρθρο του Richard Horton με τίτλο “A manifesto for reading medicine”, πρώτο αναφέρεται το συγγραφικό έργο του Ιπποκράτη και μετά από κείμενα ιατρικών συγγραφέων που έχουν μείνει στην Ιστορία, όπως είναι ο Γαληνός, ο Malpighi, ο Lister ή ο Koch, ακολουθεί, 21η στη σειρά, η εργασία των Τριχόπουλου και συνεργατών για την επίδραση του ψυχολογικού στρες από τους σεισμούς του 1981 της Αθήνας στους θανάτους από καρδιακά επεισόδια.

Άκρως εύστοχη, λοιπόν, η απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου της Εταιρείας Διάδοσης του Ιπποκρατείου Πνεύματος να αναγορεύσει τον Καθηγητή Δημήτριο Τριχόπουλο Κήρυκα του Ιπποκρατείου Πνεύματος.

## Γιατρός Πάνος Αποστολίδης

*Παρουσίαση: Πάνος Ν. Ζηρογιάννης*

Κυρίες, κύριοι Συνάδελφοι, Αγαπητές φίλες και φίλοι της ΕΔΙΠ

Ακούσαμε, πριν λίγο, τον κο Αποστολίδη (Εικ. 1) να διαβάζει ένα γράμμα το οποίο απευθύνει προς τον Ιπποκράτη, εμπνευσμένο και δομημένο με στοιχεία της Αρχαίας Ελληνικής Γραμματείας (ΑΕΓ), της οποίας είναι βαθύς γνώστης.

Ακούσαμε, έναν ποιητικό λόγο, με το χαρακτηριστικό λογοτεχνικό ύφος ενός σύγχρονου Έλληνα “ιατροφιλόσοφου”, μια έννοια, η οποία μόνο ως ανάμνηση διατηρείτε στη σύγχρονη εποχή.

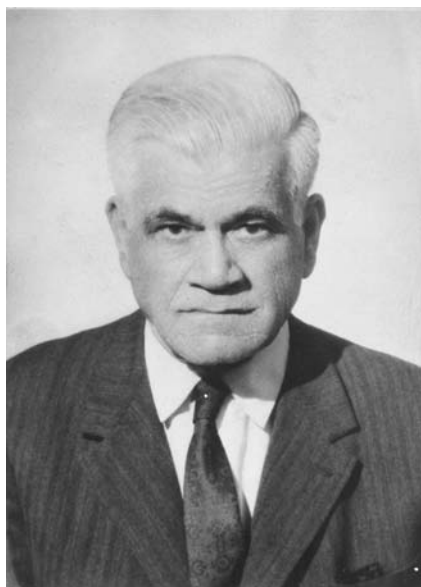


**Εικ. 1.** Ο γιατρός, ο “ιατροφιλόσοφος”, Πάνος Αποστολίδης.

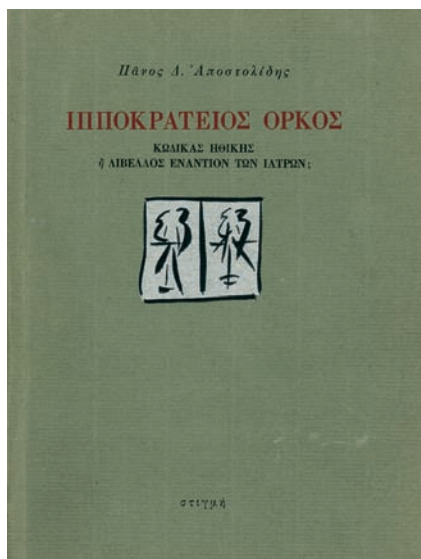
Αυτού του σύγχρονου “Ιπποκρατικού” γιατρού, η προσφορά στη διάδοση των ιδεών του Ιπποκράτη, έχει ένα μοναδικό στοιχείο που της προσδίδει ιδιαίτερη σημασία. Είναι ο γιατρός, ο οποίος για τις ανάγκες των έργων του έγινε και φιλόλογος, ο οποίος έχει μελετήσει όσο λίγοι την Ιπποκρατική συλλογή και έχει παρουσιάσει σημαντικές αναλύσεις της. Θα σας μιλήσω για το γιατρό, το συγγραφέα, το μυθιστοριογράφο, το γνώστη και μεταφραστή των κειμένων της ΑΕΓ, το γιατρό τον αφιερωμένο στην Ιπποκρατική ιδέα, στον “πολυφίλητο Δάσκαλο” όπως αποκαλεί τον Ιπποκράτη.

Θα διερωτηθεί, βέβαια, κάποιος πως τολμάς και βάζεις δίπλα-δίπλα με τον Ιπποκράτη ένα σύγχρονο γιατρό; Μπορεί ένας σύγχρονος άνθρωπος, ένας γιατρός να συγκριθεί με τη

μεγαλοφυΐα ενός Ιπποκράτη, ενός ανθρώπου, τον οποίον ο αδέκαστος και πολλές φορές σκληρός, Γαληνός, 600 χρόνια μετά το θάνατό του, αποκάλεσε θαυμασιότατο και θεϊότατο διδάσκαλο των καλών “*ήθος εν γένει αγαθόν και καλόν*”<sup>1</sup>. Ο Σωκράτης στον Πρωταγόρα<sup>2</sup> τον συγκρίνει με τον Πολύκλειτο και το Φειδία, ο Αριστοτέλης, στα πολιτικά<sup>3</sup>, τον αποκαλεί μέγα, ο Ρούφος ο Εφέσσιος τον χαρακτηρίζει θαυμασιότατον, και ο Ιωάννης Ζαχαρίας Ακτουάριος, τον αποκαλεί σοφώτατον. Τολμώ, απλούστατα, γιατί δεν θα κάνω συγκρίσεις. Θα κάνω μια ανάλυση του υποψήφιου Κήρυκα του Ιπποκρατείου



**Εικ. 2.** Ο Δάσκαλος του Πάνου Αποστολίδη, ιατρός Νέαρχος Κοκκαράκης, Διευθυντής της Παθολογικής Κλινικής στο Γερουλάκειο Νοσοκομείο (1947-1971).



**Εικ. 3.** Εξώφυλλο του βιβλίου του Πάνου Αποστολίδη, “Ιπποκράτειος όρκος, Κώδικας ηθικής, ή λίβελλος εναντίων των γιατρών;”.

Πνεύματος, όπως τον γνώρισα, μέσα από τα βιβλία του, τα οποία διδάσκουν, ευαισθητοποιούν, το νέο γιατρό στις αρχές της Ιπποκρατικής διδασκαλίας. Στο πρόσωπο του Αποστολίδη, συναντάς όλα τα στοιχεία εκείνα που συνθέτουν το πρότυπο του Ιπποκρατικού γιατρού, ο οποίος διδάσκει ευπρέπεια, σεμνότητα, σοβαρότητα, διακριτικότητα, βραχυλογία, αποφυγή επίδειξης και ήθος. Ο Αποστολίδης διαθέτει έναν πλούτο ανθρωπιστικών αρετών που άφησαν τα ίχνη του στους μαθητές του. Καλλιεργημένος, ευχάριστος με τους συνομιλητές του, ευπροσήγορος, μετριόφρων, περιέβαλλε τους μαθητές του με μια αγάπη που η πάροδος του χρόνου δεν την αλλοίωσε στο ελάχιστο.

Πολλά, αν όχι όλα τα στοιχεία αυτά τα εισέπραξε στο πρόσωπο του δασκάλου του Νέαρχου Κοκκαράκη (Εικ. 2), ο οποίος ήταν ο άριστος γιατρός με τα απaráμιλλα δείγματα σεμνής και αξιοπρεπούς συμπεριφοράς, προς το γιατρό και τον άρρωστο. Δίπλα στο Νέαρχο Κοκκαράκη, στο Γερουλάκειο Νοσοκομείο πήρε την ειδικότητα της Παθολογίας. Ο Αποστολίδης, λέγει χαρακτηριστικά: «Η ευγένειά του προς τον άρρωστο με στιγμάτισε» και ακόμη «τα λάθη της ζωής μου ήταν που έφυγα από κοντά του μετά 5,5 χρόνια εκπαίδευσης». Από το 1987 έως το 2004 υπηρέτησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας ως Διευθυντής στην Γ' Παθολογική Κλινική του 1ου Νοσοκομείου του ΙΚΑ.

Όλα αυτά τα στοιχεία του περιγράφονται γιατί είναι δύσκολο να τον βρεις ακόμα και στο σπίτι του, απομονωμένος όπως είναι σ' ένα μικρό δωμάτιο, με λίγο οξυγόνο, πολύ καπνό και μερικές χιλιάδες βιβλία από όλες τις εκδόσεις της ΑΕΓ. Καλύπτει όσο κανένας άλλος το σύνολο των έργων της ΑΕΓ στις εκδόσεις που είναι δυνατόν να ανευρεθούν.

Το πρώτο από τα βιβλία του, που έπεσε στα χέρια μου, ήταν ο “Ιπποκράτειος όρκος, κώδικας ηθικής ή λίβελλος εναντίον των γιατρών;”. (Εικ. 3) στον πρόλογο του οποίου γράφει:

*“Εσύ ήξερες καλύτερα από τον καθένα ότι ο φόβος της αρρώστιας γεννάει την*

πίστη, την εύκολη πίστη, την αβασάνιστη, η οποία στρέφει τον άρρωστο στην ελπίδα που την κατέχουν οι θεοί. Και τότε ήταν που σκέφτηκες να πάρεις την ελπίδα από τους θεούς, με τη γνώση και να τη δώσεις βοήθεια στους αρρώστους, που την είχαν ανάγκη. Είδες ότι η εμπειρία δεν έφτανε, και πως η θεωρία που προχωρούσε μόνη της είχε λησμονήσει μαζί με τους θεούς και τον άρρωστο. Και κατάλαβες ότι για να γίνει η τέχνη επιστήμη έπρεπε, πρώτα, να πάψει να εχθρεύεται η θεωρία την πράξη, τότε έγραψες: κανείς, αλήθεια, δεν επιθυμεί να γνωρίζει με ακρίβεια την ποικιλία των θεωρητικών δογμάτων, χωρίς τη βεβαιότητα της άσκησης της πρακτικής ιατρικής. Τώρα που είχες αποκεφαλίσει το δήτημα κι έκλεισες την πόρτα της έριδας και τα στόματα των αντιπάλων, συνέχισες: η Ιατρική, απαρτίζεται από τρία πράγματα, την αρρώστια, τον άρρωστο και το γιατρό που είναι υπηρέτης της επιστήμης. Για να νικήσω τα νοσήματα χρειάζομαι μόνο τη βοήθεια της φύσης και των αρρώστων. Έτσι, άφησες ήσυχους στην άκρη τους θεούς και τον Απόλλωνα και τον προπάτορά σου τον Ασκληπιό. Η πίστη, συμπέρανες, δεν βλάπτει τους αρρώστους, η Ιατρική όμως είναι αυτή, που τους ωφελεί.”

Η ανάλυση των γραπτών του κειμένων, και η περιγραφή των γνώσεών του, για την ΑΕΓ, είναι χωρίς αμφιβολία αν όχι αδύνατη, για μένα, τουλάχιστον παρακινδυνευμένη. Για το λόγο αυτό, θα αναφερθώ επιγραμματικά μόνο σε λίγα από τα 19 βιβλία που έχει γράψει (Πίν.).

Η αγάπη του για τα βιβλία είναι τόσο μεγάλη, που τον οδήγησε στην απόφαση να συγκεντρώσει και να αξιοποιήσει όλα σχεδόν τα έργα, ελληνικά και ξενόγλωσσα, σχετικά

#### Πίν. Καταγραφή των έργων του Πάνου Αποστολίδη.

1. Ανθόλιθοι, <i>Εστία</i> 1983	11. Γνώμαι. <i>Περί ιατρικής, ιατρών και νοσημάτων. Στιγμή</i> 2002
2. Νυκτοδρομία, <i>Στιγμή</i> 1985	12. Ιπποκράτους Αφορισμοί. Εισαγωγή-Μετάφραση-Σημειώσεις, <i>Στιγμή</i> 2004
3. Έρωσ ηλότυπος, <i>Στιγμή</i> 198 5	13. Ο Ιπποκράτης στην Ιατρική της εποχής μας, <i>Στιγμή</i> 2005
4. Το υπόλοιπο τέλος, Πορεία 1992	14. Αισχύλου Αγαμέμνων, <i>Μετάφραση, Στιγμή</i> 2006
5. Τα Ιατρικά του Αριστοφάνη, Γαβριηλίδης 1996, <i>Στιγμή</i> 2000	15. Αισχύλου Χοηφόροι, <i>Μετάφραση, Στιγμή</i> 2006
6. Ερμηνευτικό Λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους, Γαβριηλίδης 1997	16. Αισχύλου Ευμενίδες, <i>Μετάφραση, Στιγμή</i> 2006
7. Οι παθήσεις των ώτων, της ρινός και των παρισθμίων στον Ιπποκράτη, δίγλωσση έκδοση, ελληνικά-αγγλικά <i>USB Pharma</i> 1997	17. Το Δίχτυ της Κλυταιμίστρας, <i>Τυπωθήτω, 2007</i>
8. Ταξιδεύοντας με τον Ιπποκράτη, <i>Στιγμή</i> 1999	18. Στοχασμοί σε τόνο ελάσσονα, <i>Σμίλη</i> 2008
9. Ιπποκράτειος Όρκος. Κώδικας ηθικής ή λίβελλος εναντίον των ιατρών; <i>Στιγμή</i> 2000	19. Ιπποκρατική Ιατρική Ορολογία, <i>Παρασκήνιο</i> 2010
10. Η μυθιστορία του καρκίνου στον Ιπποκράτη, <i>Στιγμή</i> 2002	20. Ιατρικά του Σωκράτη (υπό έκδοση )

με την ιστορία της ιατρικής.

Η βιβλιοθήκη, που θα μπορούσε να φιλοξενήσει τον τεράστιο αυτό αριθμό έργων, θα δημιουργούσε, με τη συνδρομή και άλλων, τη μεγαλύτερη συλλογή έργων της Ιστορίας της Ιατρικής. Τα έργα πολλών θα μπορούσαν να αποτελέσουν τελικά τη βάση ενός Ιστορικού Ιατρικού Ινστιτούτου αντίστοιχου εκείνου του Πανεπιστημίου του Yale το οποίο είχε ως πυρήνα τη βιβλιοθήκη του Harvey Cashing.

Οι γνώσεις του της ΑΕΓ, θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σε τρεις κατηγορίες

### **Ιατρικές:**

Το 1997, εκδίδει το *“Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους”*, στο οποίο αποθησαυρίζει 11730 λέξεις, από τις οποίες 5507 Ιατρικές. Απ’ αυτές 1776 τις συναντάμε στην καθημερινή κλινική πράξη. Στην ελληνική γλώσσα δεν υπάρχει αντίστοιχη αποθησαύριση με εξαίρεση το Γλωσσάριο Ιπποκρατείου Συλλογής του Κ. Μητρόπουλου (1967, 1982)<sup>4</sup>, το οποίο όμως περιέχει επιλογή λέξεων, με ελάχιστες παραπομπές στα Ιπποκρατικά κείμενα.

Τα λεξικά Η G Liddle-R Scott και Δ. Δημητράκου, δεν ερμηνεύουν τους Ιατρικούς όρους με κάθε λεπτομέρεια, ενώ η προσεκτική μελέτη διαπιστώνει ελλείψεις τόσο στην ερμηνεία όσο και στην ακριβή απόδοση των όρων.

### **Ποιητικές:**

Ο Αποστολίδης, εγκαινιάζει τη λογοτεχνική του δυνατότητα, μετά το πέρας της Ιατρικής, με τη συγγραφή των ποιημάτων *“Ανθόλιθοι”* (1983), *“Νυκτοδρομία”* (1985), *“Ερως ηλότυπος”* (1985) και *“το υπόλοιπο τέλος”* (1992) (Πίν.).

Οι καλλιτεχνικές του ευαισθησίες τον έφεραν κοντά με το μεγάλο ζωγράφο Μόραλη (Εικ. 4), του οποίου ήταν και προσωπικός γιατρός. Η επικοινωνία του Αποστολίδη με το Μόραλη οικοδομήθηκε στη βάση μιας βαθειάς σχέσης, με κύρια χαρακτηριστικά την αμοιβαία εκτίμηση



**Εικ. 4.** Ο μεγάλος ζωγράφος Μόραλης με τον “ιατροφιλόσοφο” Πάνο Αποστολίδη.



και εμπιστοσύνη του αρρώστου προς το γιατρό του, καθώς και το αντίστροφο, με το επιπλέον στοιχείο της απεριόριστης φροντίδας του γιατρού στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο Μόραλης, ήταν ένας ευπατριδής, ένας ευγενής του οποίου η συμπεριφορά σκιαγραφείται από την ακόλουθη περιγραφή:

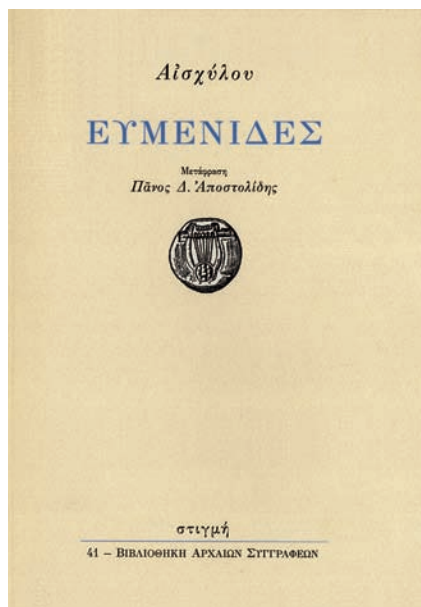
*“Ποτέ δεν πήρε το πινέλο να διορθώσει πίνακα μαθητή του. Αντίθετα, πάντα έπαιρνε μια κόλλα χαρτί και σχεδίαζε το αντικείμενο λέγοντας: να εγώ έτσι θα το έκανα”. Δεν παρέλειπε να παρίσταται σε κάθε έκθεση μαθητή του.*

Το ποιόν του χαρακτήρα του αναδείχθηκε στη διάρκεια της ασθένειάς του, στην οποία έδειξε ότι διέθετε τεράστια αποθέματα υπομονής:

Έλεγε χαρακτηριστικά: «*Στην υπομονή έχω δώσει σύνταξη*».

### Γ. Μεταφραστικές:

Τις ικανότητες του στη μετάφραση Αρχαίων Κειμένων τις δοκιμάζει το 2006 με τα έργα του Αισχύλου, *Αγαμέμνων*, *Χοηφόροι* και *Ευμενίδες*. (Εικ. 5).



**Εικ. 5.** Εξώφυλλο από το βιβλίο του Αισχύλου, *Ευμενίδες*, σε μετάφραση του Πάνου Αποστολίδη.

ικανοποιητική.

Στον πρόλογο των *Ευμενίδων* σημειώνει: Για να αποφύγω την ύβριν και την ασέβεια θα ομολογήσω ότι ο πάτριος Θεός Απόλλων μου έδωσε τα φίλτρα της τόλμης και η αγαθή τύχη, υγεία και δύναμη να μεταφράσω τις *Ευμενίδες*, το τρίτο έργο της τριλογίας του ποιητή και συνεχίζει, οι *Ευμενίδες* παρουσιάζουν μεταφραστικές δυσκολίες, οι οποίες συνιστούν πρόκληση και δοκιμασία της μεταφραστικής ικανότητας. Ο Αισχύλος

Ασχολούμενος, όπως γράφει στον πρόλογο του *Αγαμέμωνα*, με τα *“Ιατρικά του Αισχύλου”*, αναγκάζομαι να μεταφράσω ο ίδιος, για ακριβέστερη απόδοση, τα αντίστοιχα χωρία.

Έχει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον να σημειώσουμε με δύο λόγια την προσπάθεια που καταβάλλει ο Αποστολίδης στο δύσκολο έργο της μετάφρασης των Αρχαίων ποιητών. Στον πρόλογο της μετάφρασης του έργου του Αισχύλου *Αγαμέμνων* γράφει:

*“Ασχολούμενος με τα «Ιατρικά του Αισχύλου» αναγκάζομαι, για τον υπομνηματισμό των ιατρικών αναφορών, όπου αυτές απαντούν στις τραγωδίες του ποιητή, να μεταφράζω ο ίδιος, για ακριβέστερη απόδοση, τα αντίστοιχα χωρία. Ο Αγαμέμνων, όπως και οι Επτά επί Θήβας είναι έργα πλούσια σε ιατρικές αναφορές, οι οποίες μένουν ασχολίαστες από τους φιλόλογους”.*

Παράλληλα, σημειώνει ότι η γλώσσα μας δεν επαρκεί για την ποιητική μεταφορά της τραγωδίας και ιδιαίτερα των έργων του Αισχύλου. Η μετάφραση των χορικών αποδεικνύεται σχεδόν αδύνατη και αρκετές φορές ελάχιστα



**Εικ. 6.** Το βιβλίο του ίδιου με τίτλο, “Τα ιατρικά του Αριστοφάνη”.

και η Ορέστεια θα παραμείνουν υποστηρίζει το κριτήριο της επάρκειας της νέας ελληνικής γλώσσας.

Ακολουθεί το έργο με τον τίτλο, “Τα Ιατρικά του Αριστοφάνη”, (Εικ. 6) σε δύο εκδόσεις το 1996 και 2000, ένα έργο 557 σελίδων με 2161 υπομνηματισμούς.

Όταν τον ρώτησα, γιατί τον Αριστοφάνη, απάντησε: για την ιατρογνωσία του ποιητή. Η ταύτιση του, με τα έργα του, εγγίζει τα όρια της απόλυτης σχέσης, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη γραφή του, στην οποία διαβάζουμε να την ομολογεί.

“Πολλές φορές είχα τη βεβαιότητα ότι οι «άρρωστοι του Αριστοφάνη» ήταν δικοί μου άρρωστοι, τους οποίους νοσήλευα στο νοσοκομείο και όφειλα να θέσω έγκαιρα τη διάγνωση των παθήσεων τους. Και πίστεψα ότι νοσήλευσα τον Μελάνθιο και τον Κρατίνο, τον Πατροκλείδη και τον Λαισπο-

δία... Στο τέλος, έδωσα σε όλους σχεδόν εξιτήριο-πλην του Κρατίνου, στον οποίον εξέδωσα πιστοποιητικό θανάτου- χωρίς να παραλείψω να γράψω και τη διάγνωση εξόδου, όπως θα την έγραφε ο Ιπποκράτης ή κάποιος άλλος από τους παλαιούς επωνύμους Ασκληπιάδες”.

Ακολουθεί, το 2005, μετά από 7 εκδόσεις αντίστοιχων βιβλίων, το έργο “Ο Ιπποκράτης στην ιατρική της εποχής μας”, (Εικ. 7) έκτασης 886 σελίδων με 2916 υπομνηματισμούς.



**Εικ. 7.** Το βιβλίο του Πάνου Αποστολίδη, “Ο Ιπποκράτης στην ιατρική της εποχής μας”.

Εδώ, να σημειώσω ότι η έκταση, που καταλαμβάνουν στα βιβλία του οι υπομνηματισμοί, είναι μεγαλύτερη εκείνης του καθ' αυτό κειμένου. Ο γιατρός Αποστολίδης, διεκδικεί το προνόμιο να είναι ο μόνος γιατρός ο οποίος είναι σε online σύνδεση με τον Ιπποκράτη, πιθανώς μέσω ενός είδους skype μηχανισμού των αντικυθήρων. Γιατί όπως γράφει στον πρόλογο του έργου του «*Ο Ιπποκράτης στην Ιατρική της εποχής μας*».

*“Χρόνια τώρα, πρέπει να ομολογήσω, ότι δεν πέρασα μία μέρα που δεν τον σκέφτηκα, που δεν μίλησα μαζί του· αφήνω το πόσες φορές τον ονειρεύτηκα, συνοδοιπόρος στα ταξίδια μας”.*

Η ενασχόλησή του με τον Ιπποκράτη έχει επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό και έχει προβληματίσει τον εσωτερικό του κόσμο. Τον προβληματισμό του αυτόν τον εκφράζει με ειλικρινή και απολογητική διάθεση στο έργο του αυτό όταν γράφει.

*“Ο,τι θυμούμαι περισσότερο από αυτή τη συγγραφή μου είναι η βαθύτατη θλίψη που ένιωθα, όταν στις εισαγωγές των διαφόρων κεφαλαίων του ποιήματος έπρεπε να ελέγξω με αυστηρότητα – αυτό ήταν το χρέος μου – τις απόψεις του Δασκάλου, χωρίς αδικία, χωρίς έπαινο, μένοντας στη μέση και ‘καθαρίζοντας’ το μυαλό μου από τις ιατρικές μου γνώσεις, που απέχουν είκοσι πέντε περίπου αιώνες από τις δικές του”.*

Η αγάπη του για τον Ιπποκράτη, αναδύεται μέσα από τα γραφτά του στα οποία τη συναντάμε να υπάρχει διάχυτη και σε αγαστή συνύπαρξη με το σεβασμό και την απειρίοριστη εκτίμηση προς τον πατέρα της Ιατρικής. Αναμφισβήτητα, όταν αποφάσισε να ασχοληθεί με τον Ιπποκράτη γνώριζε τις τεράστιες δυσκολίες που θα αντιμετώπιζε. Αυτό όταν πολλά από τα προβλήματα, γλωσσικά, ιστορικά των Ιπποκρατικών έργων παραμένουν άλυτα, παρά το γεγονός ότι έχουν ασχοληθεί μ' αυτά πολλοί μεγάλοι πνευματικοί άνθρωποι. Αυτή η απέραντη αγάπη του για τον Ιπποκράτη του έδινε δύναμη, γιατί τον ένιωθε κοντά του όπως γράφει χαρακτηριστικά στο έργο του *“Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους”*, για να σημειώσει πιο κάτω *“δικός μου ο κόπος και η ευθύνη”*. Το αποτέλεσμα τον δικαιώνει. Άλλωστε, μια εικοσαετής περίοδο ενασχόλησης με τα Ιπποκρατικά κείμενα είναι ένας ικανός και επαρκής χρόνος για να βεβαιωθείς για τις γνώσεις σου για αυτόν.

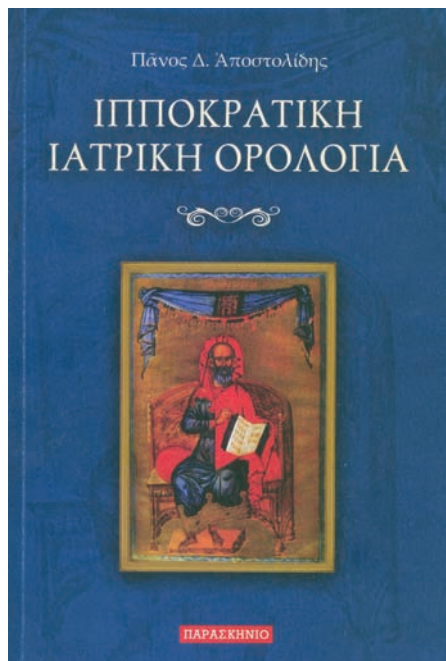
Το 2006, παρουσιάζει σε 3 βιβλία αντίστοιχες μεταφράσεις των έργων του *Αισχύλου, Αγαμέμνων, Χοηφόροι και Ευμενίδες*. (Εικ. 5)

Το 2010, κυκλοφορεί το έργο *“Ιπποκρατική ιατρική ορολογία”* (Εικ. 8), ένα έργο, το οποίο θα φανεί πολύ χρήσιμο στο μελετητή των κειμένων της Ιπποκρατικής συλλογής. Στον πρόλογο, του έργου αυτού, ο Αποστολίδης, θίγει ένα καυτό, για τους γιατρούς, θέμα εκείνο του χρηματισμού ή του περιφημου φακελλακίου<sup>5</sup>. Γράφει σχετικά:

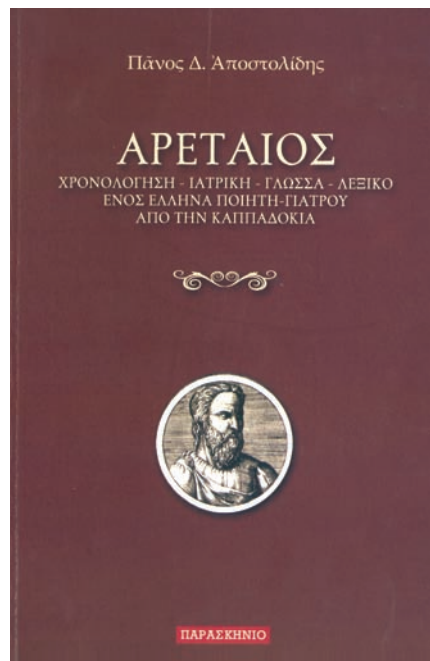
*“Είναι αλήθεια ότι οι περισσότεροι θυμούνται τον Ιπποκράτη – χωρίς να γνωρίζουν τίποτε γι' αυτόν- όταν θέλουν να επιτιμήσουν τους γιατρούς που χρηματίζονται, επικαλούμενοι ότι παρέβησαν τον «Όρκο του Ιπποκράτους».*

*Οι κατήγοροι των γιατρών πρέπει να γνωρίζουν ότι στον Όρκο δεν αναφέρεται οτιδήποτε σχετικό με την αμοιβή του γιατρού.*

*Η μόνη αναφορά της Ιπποκρατικής συλλογής περί αμοιβής του γιατρού απαντά στο βιβλίο Παραγγελία<sup>6</sup>, όπου ο συγγραφέας του, εν είδη συμβουλής,*



**Εικ. 8.** Ιπποκρατική Ιατρική ορολογία.



**Εικ. 9.** Το βιβλίο του Πάνου Αποστολίδη για τον "Αρεταίο".

γράφει: «Σας συμβουλεύω να μη ζητάτε υπέρογκα ποσά, με απάνθρωπο τρόπο, αλλά να αμείβεσθε ανάλογα με την οικονομική κατάσταση του αρρώστου, μερικές φορές να θεραπεύετε δωρεάν σε ανταπόδοση κάποιας παλιάς ευεργεσίας ή χάριν του καλού σας ονόματος. Αν δε παρουσιαστεί ευκαιρία να βοηθήσετε κάποιον άρρωστο ξένο και φτωχό, βοηθήστε αυτούς τους ανθρώπους με ιδιαίτερη προθυμία».

Το 2011, εκδίδει το 18<sup>ο</sup> βιβλίο του τον "Αρεταίο", (Εικ. 9) ένα έργο στο οποίο προσπάθησε να επιλύσει το φαινόμενο της απουσίας του ονόματός του από τα κείμενα των γιατρών της εποχής του, αλλά και μεταγενέστερων. Γράφει σχετικά:

"Δικαιολογείται μόνο με την υπόθεση της, για άγνωστους λόγους, προσωρινής «απώλειας" του έργου του. Σπουδαία αιτία γι' αυτήν την απώλεια πρέπει να ήταν η απόφαση του Αρεταίου, να γράψει τα βιβλία του, στο μέσον της ελληνιστικής εποχής, στην ιωνική διάλεκτο, αρχαιότερη από εκείνη του Ιπποκράτους, με άφθονους δωρισμούς και ομηρισμούς. Η απόφαση αυτή κατέστησε προβληματική την πρόσβαση στο έργο του, επειδή οι γιατροί που θα μελετούσαν τα βιβλία του, έπρεπε να διαθέτουν, πλην της ιατρικής, και φιλολογική παιδεία".

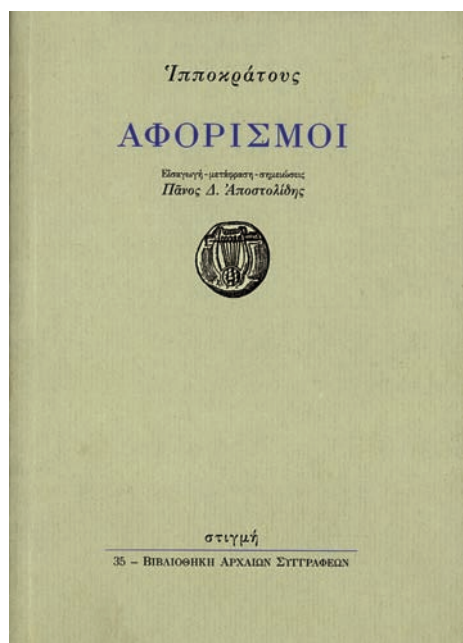
Η θέση αυτή του Αποστολίδη, θίγει ένα πολύ μεγάλο θέμα το οποίο αφορά τη μετά-

φραση της αρχαίας ελληνικής επιστήμης στο σύνολό της. Το θέμα αυτό, γνωστό από το Μεσαίωνα, άνοιξε, πάλι, για τους Έλληνες φιλόλογους το 1972, ο ομότιμος καθηγητής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Δ. Λυπουρλής στο έργο του *Ιπποκρατική Ιατρική*<sup>7</sup> στο οποίο σημειώνει μεταξύ άλλων:

*“Μιλούμε για τη μεγαλοσύνη του Ιπποκράτη- τον ονομάζουμε κι εμείς πατέρα της Ιατρικής- και δεν έχουμε διαβάσει ούτε μία σελίδα από τα έργα που φέρουν το όνομά του”.*

Στο έργο του *“Αφορισμοί”* (Εικ. 10), ο Πάνος Αποστολίδης, επισημαίνει για άλλη μια φορά το πρόβλημα της ασφαλούς απόδοσης των αρχαίων κειμένων από τους γιατρούς. Για το λόγο αυτό γράφει:

*“Η παρούσα έκδοση των Αφορισμών δεν είναι κριτική αφού γίνεται από γιατρό, που δεν έχει πρόθεση να οικειοποιηθεί την ιδιότητα του κριτικού φιλόλογου. Ο χαρακτήρας της προσδιορίζεται περισσότερο από την ιατρική και λιγότερο από τη φιλολογική φύση του κειμένου, επειδή οι Αφορισμοί συνιστούν κατ’ εξοχήν ιατρικό κείμενο”.*



**Εικ. 10.** Το βιβλίο της Ιπποκρατικής συλλογής *“Αφορισμοί”* του Πάνου Αποστολίδη.

προσωπικότητα του Σωκράτη, αποφάσισα να γράψω μια σύντομη μελέτη, εστιάζοντας την προσοχή μου στο θάνατό του, όπως περιγράφεται στο *“Φαίδωνα”*. Αυτά συνέβησαν πριν από ενάμιση χρόνο. Έκτοτε, έγραψα σε δεύτερη γραφή 1300 περίπου σελίδες με 15000 και πλέον παραπομπές στον Πλάτωνα και σε άλλους αρχαίους Έλληνες συγγραφείς και εκατοντάδες Έλληνες & ξένους μελετητές. Ασχολούμαι με τον άνθρωπο και

Σε μια συζήτηση μαζί του, πρόσφατα, πληροφορήθηκα ότι σύντομα ολοκληρώνει το 20<sup>ο</sup> βιβλίο του με θέμα: *«Τα ιατρικά του Σωκράτη»* (Πιν.), ένα έργο για το οποίο διέθεσε ένα πολύ μεγάλο μέρος του χρόνου του. Μετά από μεγάλη πίεση, μου διηγήθηκε τα ακόλουθα: Το 1995 όταν τελείωσα τα *Ιατρικά του Αριστοφάνη*, αποφάσισα να ασχοληθώ με *«Τα Ιατρικά των Τραγικών»* (Αισχύλου, Σοφοκλή και Ευρυπίδη). Δούλεψα επί ένα χρόνο, εντόπισα όλα τα χωρία όπου υπήρχαν ιατρικές αναφορές, (οι περισσότερες απαντούν στο *«Φιλοκτήτη»* του Σοφοκλή), παρά ταύτα σταμάτησα γιατί είχα ήδη αρχίσει να γράφω *«Το Λεξικό του Ιπποκράτους»*. Πριν δυόμισι χρόνια, τελειώνοντας τον *«Αρεταίο»*, αποφάσισα να ασχοληθώ με *«Τα Ιατρικά του Πλάτωνος»*. Χρόνια πριν είχα εντοπίσει όλες τις ιατρικές αναφορές στο πλατωνικό corpus, ένας θησαυρός που παραμένει ασχολίαστος στην παγκόσμια βιβλιογραφία.

Ξανακοιτάζοντας τον Πλάτωνα, ξεκίνησα από την *«Απολογία»*. Συγκλονισμένος από την

με το φιλόσοφο Σωκράτη, με το «*Βίο και την Πολιτεία*» αυτού του αποπώτατου Έλληνα. Τύχη αγαθή και με τη βοήθεια των Ολύμπιων ελπίζω να τελειώσω μέχρι το τέλος του χρόνου, εργαζόμενος συνεχώς δέκα με δώδεκα ώρες την ημέρα.

Στα έργα αυτά, ένας κοινός αναγνώστης συναντάει πολλές δυσκολίες στην ομαλή ροή της ανάγνωσης του κειμένου, όταν πρέπει να παρακολουθήσει τους συχνούς υπομνηματισμούς. Εκείνο που προκαλεί ιδιαίτερη εντύπωση είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει ουσιαστικά έστω και μια λέξη αρχαίου κειμένου που να μην έχει αναλυθεί ετυμολογικά, ιστορικά, γλωσσικά στα κείμενά του. Σημαντική είναι η προσφορά του, στο σημείο αυτό, με το έργο «*Ερμηνευτικό λεξικό πασών των λέξεων του Ιπποκράτους*», έκδοσης του 1997. Το στοιχείο αυτό καθιστά τα έργα του βιβλία αναφοράς για ειδικούς μελετητές.

Κλείνοντας τον κύκλο της τεράστιας πράγματι συγγραφικής του δραστηριότητας, μένεις κατάπληκτος από τον όγκο δουλειάς που έχει επιτελέσει. Ένα έργο, που απαιτεί αφοσίωση στο στόχο, αλλά και τεράστια αποθέματα ανοχής, κατανόησης και συμπαράστασης από την οικογένεια. Ένα στοιχείο, το οποίο έχει αντιληφθεί ο Αποστολίδης, και είναι προς τιμήν του, είναι ότι αποδίδει στην κα Λίτσα τα εύσημα που της ανήκουν (Εικ. 11).

Αναγνωρίζει την τύχη να έχει μια τόσο αφοσιωμένη σύζυγο με πλούσιο καλλιτεχνικό ενδιαφέρον, που το εκφράζει με τους υπέροχους πίνακες της ζωγραφικής της. Παράλληλα, είναι τόσο μεγάλη η αφιέρωσή του στον Ιπποκράτη, το Γαληνό, τον Αρεταίο, τον

Αισχύλο, τον Αριστοφάνη, που διερωτήθηκα που βρήκε το χρόνο να κάνει μια θαυμάσια κόρη, ένα λαμπρό κορίτσι την Αφροδίτη (Εικ. 12).

Αυτό, γιατί όπως ομολογεί ο ίδιος, ο Ιπποκράτης ο Κώος ήταν μόνιμος φιλοξενούμενός του. Και για να μην τον εκθέσω περισσότερο δεν θα επαναλάβω παρά μόνο για δεύτερη φορά αυτό που ο ίδιος ομολογεί στον πρόλογο του έργου του «*Ο Ιπποκράτης στην Ιατρική της εποχής μας*»,



**Εικ. 11.** Ο Πάνος Αποστολίδης με τη σύζυγό του Λίτσα.



**Εικ. 12.** Η Αφροδίτη, κόρη της Λίτσα και του Πάνου Αποστολίδη.

ότι τον σκεφτόταν μέρα και νύκτα.

Θα ήθελα στο σημείο αυτό να δώσω το λόγο στον ίδιο να μιλήσει, γιατί ο Αποστολίδης, σπανίως μιλάει. Το μόνο που κάνει είναι να γράφει.

Γεννήθηκα, αναφέρει, στην Πρέβεζα το 1940. Σε λίγες μέρες κηρύχτηκε ο πόλεμος. Ευτυχώς δεν θυμούμαι τίποτε.

Τη στοιχειώδη και τη μέση εκπαίδευση την τελείωσα στην πατρίδα μου. Από τους καθηγητές στο Γυμνάσιο ευγνωμονώ τους φιλόλογους που μου έμαθαν γράμματα και τη γλώσσα την ελληνική. Να προσθέσω εδώ ότι είναι από τους τελευταίους, που ο μαθητής αναφέρεται με τόσο σεβασμό στους δασκάλους του. Υπήρξα, συνεχίζει, καλός μαθητής, έτσι έλεγαν, όπως υπήρξα και καλός φοιτητής της Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Και δεν παραβίασα στο ελάχιστο τα χρόνια της φοίτησης.

Από τους καθηγητές μου θυμάμαι κάποιους που ήταν σημαντικοί δάσκαλοι και τους ευγνωμονώ για όσα μου δίδαξαν. Κάποιους άλλους σχεδόν τους λησμόνησα, όχι γιατί μου ήταν αδιάφορα τα μαθήματα τους, αλλά ήταν οι ίδιοι αδιάφοροι δάσκαλοι. Όμως και αυτούς τους ευγνωμονώ και για τα ελάχιστα που μου έμαθαν, επειδή από τότε πίστευα ότι καμιά γνώση δεν περισσεύει.

Από τους συμφοιτητές μου στο σύνολο θυμούμαι καλύτερα τις συμφοιτήτριες και καλύτερα εκείνες που ήταν όμορφες. Τότε το κάλλος μετρούσε περισσότερο από την ευφυΐα. Ομολογώ ότι τα πράγματα δεν άλλαξαν με τα χρόνια, αλλά διαπίστωσα κάτι σημαντικό, ότι η ευφυΐα ομορφαίνει την ομορφιά. Από την ανατολή μέχρι τη δύση και από τη νύχτα ως το πρωί, περνούσαν οι μέρες, γίνονταν μήνες, κυλούσαν τα χρόνια. Στη ζωή τίποτε δεν τρέχει ταχύτερα από το χρόνο, γι' αυτό το παρόν είναι αιώνιο. Και αν θα μπορούσα να πω κάτι προσωπικό, είναι ότι δεν διατηρώ καλές σχέσεις με τη νοσταλγία, εξάλλου όλα τα ξέρει το παρελθόν.

Αγαπούσα την Παθολογία και τύχη αγαθή αξιώθηκα δάσκαλο και σεμνόν και έντιμον και της Ιατρικής άριστον. Μικρός στο ανάστημα, το όνομά του Νέαρχος Κοκκαράκης (Εικ. 2) – ο περίπλους της Ιατρικής μαζί του.

Και αν υπάρχει τύχη καλύτερη από την αγαθή, όπως λέμε ότι στο μέγιστο υπάρχει κάτι το μέγιστο, τότε αυτή τη βρήκα στο πρόσωπο της γυναίκας μου. Την ευχαριστώ, για την αγάπη που συνεχίζει να μου προσφέρει – λες και ανταγωνίζεται τη δική μου- και για τον ήρεμο βίο που μου παρέχει. Χωρίς αυτόν δεν θα μπορούσα να υπηρετήσω την ιατρική και να αφοσιωθώ στον Ιπποκράτη, το Γαληνό και τον Αρεταίο, αλλά και στον Αριστοφάνη και τον Αισχύλο. Και την ευγνωμονώ που τριάντα και πλέον χρόνια φιλοξενεί στο σπίτι μας αυτούς τους Μεγάλους Αρχαίους Έλληνες – και όχι μόνο – αν και ο μόνιμος φιλοξενούμενος είναι ο Ιπποκράτης ο Κώος. Και ακόμη ετούτο: την ευγνωμονώ για το μέγιστο δώρο που πρόσφερε και στους δυο μας, την κόρη μας.

Υπήρξα τριάντα έξι χρόνια νοσοκομειακός γιατρός. Ασχολήθηκα με την κλινική παθολογία, στην οποία έμεινα πιστός εραστής. Με τους συνεργάτες μου (Εικ. 13) υπήρξα αυστηρός, επειδή πίστευα ότι η Ιατρική πέρα από τις γνώσεις, εφόδιο ανεκτίμητο απαιτεί αφοσίωση και πρωτίστως συνέπεια. Και κάποιες φορές υποκύπτω, λησμονώ τη μετριοφροσύνη και υπερηφανεύομαι γιατί κάποιιοι από τους συνεργάτες μου έγιναν σπουδαίοι γιατροί.

Πριν λίγα χρόνια αποχώρησα από την άσκηση του επαγγέλματος – η Ιατρική δεν είναι λειτούργημα, είναι επάγγελμα, αρκεί να το ασκείς έντιμα και ευσυνείδητα - και απολαμ-



Εικ. 13. Ο Αποστολίδης με τους γιατρούς της Κλινικής του.

βάνω το βίο μου ασχολούμενος με τους αγαπημένους Αρχαίους Έλληνες συγγραφείς.

Η Ιατρική, μου πρόσφερε τη δυνατότητα να βοηθήσω τους αρρώστους μου, να ζήσω με αξιοπρέπεια και να γράψω για τους Έλληνες που προανέφερα. Και ας πω και τούτο. Από τύχη έγινα γιατρός. Αν τα χρόνια γύριζαν πίσω, αν είχα να ξαναδιαλέξω, πιστεύω ότι, από μια άλλη τύχη, θα γινόμουν και πάλι γιατρός.

*“Απληστος υπήρξα στη γνώση και ακόρεστος στα βιβλία”.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Περί ιητρού.
2. Σωκράτης, Πρωταγόρας 311d
3. Αριστοτέλης, Πολιτικά 1326 d
4. Μητρόπουλος Κ. Γλωσσάριον Ιπποκρατείου Συλλογής. Αθήνα 1982.
5. Ζηρογιάννης Ν.Π. Το φαινόμενο της παραοικονομίας στο χώρο της υγείας. Στο: Η Ιπποκρατική ηθική στις σύγχρονες εξελίξεις. Τόμος 2<sup>ος</sup>, Πρακτικά Εταιρείας Διάδοσης Ιπποκρατείου Πνεύματος, Επιμέλεια έκδοσης: Π.Ν. Ζηρογιάννης, Ε. Βογιατζάκης, Ι. Κοσμίδης, Αθήνα 2007
6. Παραγγελία, Κεφ. 6.
7. Λυπουρλής Δ. Ιπποκρατική Ιατρική, Θεσσαλονίκη 1972.



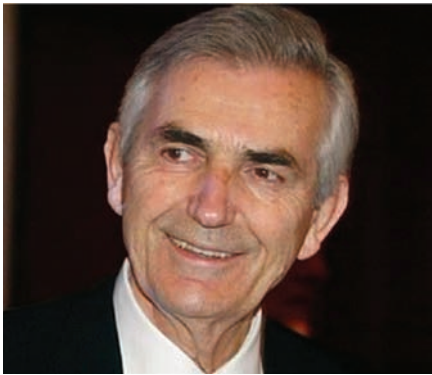
## Καθηγητής Παύλος Κ. Τούτουζας

*Παρουσίαση: Ευάγγελος Δ. Βογιατζάκης*

Αγαπητοί συνάδελφοι, Κυρίες και Κύριοι.

Αποτελεί ιδιαίτερη τιμή για μένα να παρουσιάσω το έργο και την προσωπικότητα του ομότιμου καθηγητού Καρδιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Παύλου Κ. Τούτουζα, στη σημερινή Τελετή Αναγόρευσης Κηρύκων Ιπποκρατείου Πνεύματος της Εταιρείας μας, εμπνευστή, Ιδρυτή και Προέδρου του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, γνωστού ως ΕΛΙΚΑΡ.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ



Ως εισαγωγή στην παρουσίαση του έργου του αγαπητού καθηγητού μας, θα σας αναφέρω τα λόγια ενός συναδέλφου του, του καθηγητού Αντώνη Μανώλη, ο οποίος το 1997, 30<sup>η</sup> Ιανουαρίου, σε αντίστοιχη παρουσίαση, ανέφερε, μεταξύ άλλων:

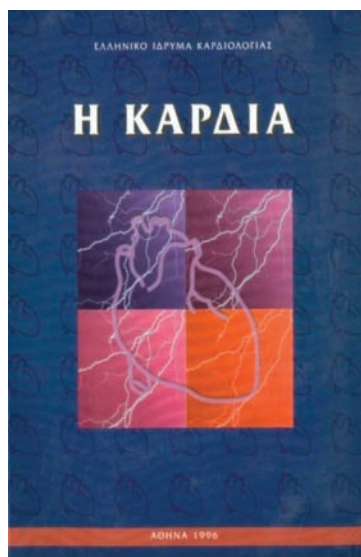
«...Ο κ. Τούτουζας διευθύνει το Καρδιολογικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Αθηνών και ηγείται κλινικής ερευνητικής ομάδος, που έχει καταξιωθεί, όχι μόνον στον Εθνικό και Ευρωπαϊκό καρδιολογικό χώρο, αλλά τα τελευταία χρόνια διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στη διεθνή επιστημονική κοινότητα. Τα αποτελέσματα

της κλινικής έρευνας της ομάδος του έχουν παρουσιασθεί σε κορυφαία διεθνή καρδιολογικά συνέδρια και έχουν δημοσιευθεί σε εξαιρετα διεθνή επιστημονικά περιοδικά υψηλής εμβέλειας.

Οι εργασίες της ομάδος είναι πρωτότυπες και εφευρετικές και αφορούν τόσο την κλινική, όσο και την επεμβατική καρδιολογία, με την ανακάλυψη νέων διαγνωστικών και θεραπευτικών τεχνικών...

... Με την ίδρυση του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας ο κ. Τούτουζας προσφέρει ωφέλιμο έργο ενημέρωσης και εκπαίδευσης όχι μόνον προς τους έλληνες γιατρούς αλλά και προς το κοινωνικό σύνολο, όπως π.χ. πάνω στην ενημέρωση και εκπαίδευση για τους κινδύνους που ενέχει το κάπνισμα και η πλούσια σε λίπη διατροφή. Οι δραστηριότητες

του Ιδρύματος έχουν επεκταθεί σχεδόν σε όλη τη Χώρα. Από προσωπική εμπειρία αλλά και από μαρτυρίες συναδέλφων καρδιολόγων άλλων νοσοκομείων της Πελοποννήσου (Πάτρα, Τρίπολη, κ.ά.), η συμβολή του Ιδρύματος στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση των καρδιολόγων αλλά και άλλων γιατρών, καθώς και στην ενημέρωση του κοινού για υγιεινότερη διατροφή, αλλά και πάνω σε ποικίλα καρδιολογικά θέματα γενικότερου



ενδιαφέροντος είναι πολύτιμη. Αυτό έχει καταστεί δυνατόν με την οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων από τοπικούς συλλόγους σε συνεργασία με το Ίδρυμα, με την κυκλοφορία έντυπου ενημερωτικού εκπαιδευτικού υλικού και γενικά με μια εκπαιδευτική εκστρατεία στην Περιφέρεια που έχει οργανώσει το Ίδρυμα...» Αντώνης Σ. Μανώλης, Καθηγητής & Διευθυντής Καρδιολογίας Παν/μίου Πατρών.

Ο τιμώμενος σήμερα καθηγητής, στο εξαιρετικό πόνημα του, για την «ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ» του, όπως το ονομάζει και το οποίο θα κυκλοφορήσει εντός των ημερών, αναφέρει στην εισαγωγή:

«...Ως διευθυντής της Κλινικής από το 1984 και παράλληλα Καθηγητής από το 1989, με παραγωγή έργου, βρέθηκα στο επίκεντρο της μεγάλης αυτής ομάδας των Ελλήνων καρδιολόγων επί σειρά ετών, με τιμητικές διακρίσεις από όλες τις πλευρές, ακόμη και από λογοτέχνες. Πολλοί και πολλά συνέβαλαν στην πορεία του βίου μου μέχρι σήμερα. Και ασφαλώς η καρδιολογία με όλο τον επιστημονικό της κόσμο. Και οι χορηγοί να προσφέρουν εμπειρίες από τα πολλά ταξίδια στο εξωτερικό, στην Ευρώπη, την Αμερική και αλλαχού. Σπουδαία ήταν και η μνήσή μου στα της Ιστορίας από το συγγραφέα Μάρκο Θεοδωράκη, ώστε τα κείμενα μου να διανθίζονται με συγκριτικές αναφορές αξιών της Ιστορίας. Ο συγγραφέας Μάνος Χωριανόπουλος γράφει στο βιβλίο του υπό τον τίτλο «12 Εξέχουσες Μορφές του Καιρού μας», Αθήνα 2005, έκδοση GRAPHOPRESS Ε.Π.Ε. σελίδα 170, ότι ο καθηγητής Γεώργιος Τσιτούρης έλεγε χαρακτηριστικά για την εξέλιξη της Καρδιολογίας στον τόπο μας: «Εμείς οι παλιοί των 10ετιών του '50 και του '60 φέραμε την καρδιολογία στην Ελλάδα. *Κι εσύ Παύλο, έβγαλες, αργότερα, την ελληνική καρδιολογία στην Ευρώπη και την Αμερική*».



## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ

Ο καθηγητής Παύλος Κ. Τούτουζας γεννήθηκε στη Θήβα το 1935. Το 1959 απεφόιτησε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ξεκίνησε την ειδίκευσή του στην Παθολογία και Καρδιολογία, στην Πανεπιστημιακή Κλινική του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, μέχρι το 1963. Εργάστηκε ως εσωτερικός βοηθός στην Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική (1964-66) και στη συνέχεια μετεκπαιδεύτηκε στο εξωτερικό στο National Heart Institute and Hammersmith Hospital, London, England, μέχρι και το 1969.

Ανακηρύχθηκε διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών (1969) και απέκτησε τον τίτλο του επίκουρου Καθηγητού (1972). Από το 1975 έως το 1984 εργάστηκε ως υποδιευθυντής της Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1984 ανακηρύχθηκε Διευθυντής της ίδιας Κλινικής. Το 1988 έγινε μέλος της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας. Το 1989 ανακηρύχθηκε Καθηγητής Καρδιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Είναι μέλος επιτροπών και ιδρυμάτων της Ελλάδας και του εξωτερικού. Διετέλεσε πρόεδρος της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας (1984-86), γραμματέας (1978-90) και πρόεδρος (1990-92) της Ελληνικής Αντιπερτασικής Εταιρείας. Εκ των ιδρυτικών μελών του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.) (1991) και μέχρι σήμερα Διευθυντής του.



Είναι ιδρυτικό μέλος της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας. Μέλος της "Nominating Committee", επιτροπής η οποία επιλέγει και προτείνει τους υποψηφίους για το Διοικητικό Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρείας.

Έχει διατελέσει μέλος της Συντακτικής Επιτροπής υψηλού κύρους ευρωπαϊκών και αμερικανικών επιστημονικών περιοδικών, ενώ επελέγη ως κριτής εργασιών από διεθνή επιστημονικά περιοδικά μεγάλης εμβέλειας, όπως το Lancet κ.α.

Έχει συγγράψει αξιόλογα επιστημονικά συγγράμματα για φοιτητές και ιατρούς, και με τους συνεργάτες του ή μόνος, έχει δημοσιεύσει μεγάλο αριθμό άρθρων σε ελληνικά περιοδικά και περισσότερα από 400 άρθρα σε ξένα περιοδικά.

Προς ενημέρωση του κοινού, έχει συγγράψει πάρα πολλά άρθρα στον ημερήσιο τύπο και έχει δημοσιεύσει, μέχρι σήμερα, 12 βιβλία. Υπήρξε εκδότης του περιοδικού «Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση», της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας για 12 έτη και του «Καρδιά και Αγγεία», του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., για 14 έτη.

Στο κοινωνικό πεδίο, διετέλεσε Πρόεδρος της Εταιρείας Βιοϊατρικών Μελετών (από τα ιδρυτικά μέλη) (1990-2009) και στη συνέχεια μέλος του Δ.Σ. Από το 2000 μέχρι σήμερα είναι Αντιπρόεδρος του Πνευματικού Κέντρου Ρουμελιωτών. Είναι Μέλος της Εθνικής Εταιρείας Λογοτεχνών.



Έχει τύχει πολλών τιμητικών διακρίσεων. Αναφέρω, το Οφφίκιον Άρχοντος Οικουμενικού Πατριαρχείου, τον Ταξιάρχη του Τάγματος της Τιμής, από τον Πρόεδρο της Δημοκρατίας. Εξελέγη Αντεπιστέλλον μέλος της Σερβικής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών, και Επίτιμο μέλος του Φιλολογικού Συλλόγου «Παρνασσός». Πολλές είναι επίσης οι τιμητικές διακρίσεις από επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς, όπως η τιμητική διάκριση από τον Δήμαρχο Αθηναίων, από τον Μορφωτικό Σύλλογο, τον Δήμο και τον Ιατρικό Σύλλογο Λεβαδείας, τους Δήμους Θηβαίων, Λαμίας, Αλεξανδρούπολης κ.α. Επίτιμος δημότης Χίου και Άρτας κ.ά.

## ΕΡΓΟΓΡΑΦΙΑ

### **Επιστημονικά συγγράμματα για φοιτητές και ιατρούς:**

- Το 1971 *Επίτομος Καρδιολογία* των Γ. Μιχαηλίδη, Δ. Αυγουστάκη, Α. Κοϊδάκη και Π. Τούτουζα.
- Το 1983 *Διαγνωστική Καρδιολογία – Αναίμακτες Τεχνικές* των Δ. Αυγουστάκη και Π. Τούτουζα.
- Το 1984 *Εισαγωγή στην Ηλεκτροκαρδιογραφία* του Π. Τούτουζα.
- Το 1987 *Καρδιολογία* του Π. Τούτουζα – 1η Έκδοση, το 1994 2η Έκδοση και το 1999 3η Έκδοση, σελ. 600.
- Το 1993 *Καρδιακές Παθήσεις* με συντονιστές Π. Τούτουζα και Χ. Μπουντούλα, τρίτομο βιβλίο, σελ. 3.100, 2η Έκδοση το 2001 με συντονιστές Π. Τούτουζα, Χ. Στεφανάδη και Χ. Μπουντούλα, δίτομο βιβλίο.
- Από το 1987 μέχρι το 2003, κάθε χρόνο με συντονιστή τον Π. Τούτουζα, έκδοση ενός τόμου υπό τον τίτλο *Καρδιολογικά Θέματα*, ο οποίος περιείχε διαλέξεις διακεκριμένων ομιλητών της χώρας προς το καρδιολογικό κοινό των Αθηνών, στο πανεπιστημιακό αμφιθέατρο του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου,

- Το 2006 *Εγχειρίδιο Καρδιολογίας*, μεγάλου σχήματος, σελ. 360, του Π. Τούτουζα.
- Το 2008 *Αλκικαρδία*, του Π. Τούτουζα περί των 380 σελ.

**Ερευνητικά άρθρα:** Με συνεργάτες ή μόνος έχει δημοσιεύσει πολλά άρθρα εις την ελληνικήν και άνω των 400 σε ξένα περιοδικά.

**Διευθυντής συντάξεως** των επιστημονικών περιοδικών «Ελληνική Καρδιολογική Επιθεώρηση» της Ελληνικής Καρδιολογικής Εταιρείας επί 12 έτη και του «Καρδιά και Αγγεία», του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ, για 14 έτη.

**Εκδότης** του περιοδικού του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. «στους ρυθμούς της καρδιάς» και του περιοδικού «Καρδιά & Αγγεία».

**Εβδομαδιαία άρθρα σε αθηναϊκές εφημερίδες και βιβλία** Από το 1995 μέχρι το 2007, δημοσίευε κάθε εβδομάδα, άρθρο στην εφημερίδα «Ελεύθερος Τύπος», επισημαίνοντας τα αγαθά της πρόληψης και αντιμετώπισης των καρδιακών παθήσεων. Τα άρθρα αυτά στο τέλος κάθε έτους εξέδιδε σε βιβλίο ο εκδοτικός οίκος ΚΑΚΤΟΣ. Έτσι κυκλοφορήσαν τα εξής βιβλία, στο πλαίσιο του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.:

- 1) Οι Δρόμοι της Καρδιάς, σελίδες (σ.) 172, 1996.
- 2) Οι Δρόμοι της Καρδιάς – Επιστροφή, σ. 163, 1997.
- 3) Περί Καρδίας, σ. 204, 1998.
- 4) Άνθρωποι της Καρδιάς, σ. 195, 1999.
- 5) Εγκάρδια Επαφή, σ. 191, 2000.
- 6) Γνώρισε την καρδιά σου, σ. 230, 2001.
- 7) Χρυσή καρδιά, σ. 283, 2002.
- 8) Γεια σου καρδούλα μου, σ. 199, 2003.
- 9) Σ' αγαπώ καρδιά μου, σ. 175, 2004.
- 10) Έξω καρδιά, σ. 194, 2005.
- 11) Εμείς και η καρδιά μας, σ. 215, 2006.
- 12) Χτυποκάρδια, σ. 221, 2007.

## Α' ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

Στην 85ετή διαδρομή του το Ιπποκράτειο έχει να επιδείξει πολλές πρωτοπορίες σε ευαίσθητους τομείς της περίθαλψης, όπως την ίδρυση, του Α' Περιφερειακού Κέντρου Αιμοδοσίας, τον Μάρτιο του 1952, του πρώτου Κέντρου Αιμορροφιλικών Ασθενών, το έτος 1962, του πρώτου κινητού συνεργείου αιμοληψιών, το έτος 1962, την ίδρυση της Πρώτης Έδρας Καρδιολογίας στη χώρα, το έτος 1960 και την ίδρυση του Πρώτου Καρδιοχειρουργικού Τμήματος στη χώρα, το έτος 1964.

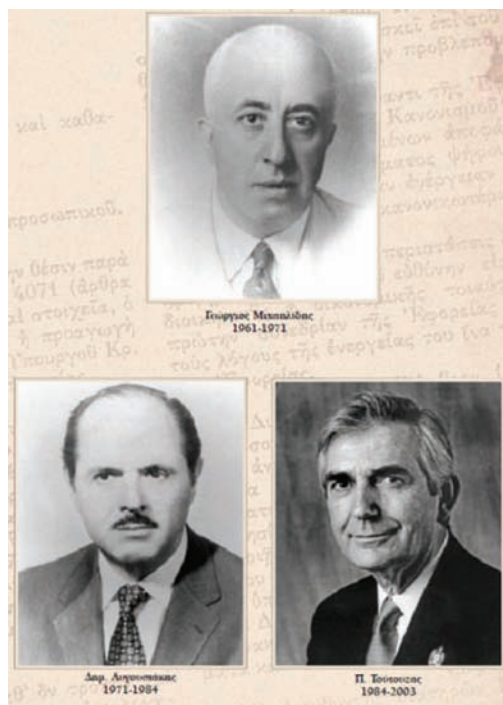
Ειδικότερα, για την καρδιολογία, την οποία ο τιμώμενος υπηρέτησε, καθιερώνεται ως ανεξάρτητη ειδικότητα, το έτος 1954, με το Ν.Δ. 3008 και το έτος 1958 εγκρίθηκε και προκηρύχθηκε έδρα καρδιολογίας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, μαζί με το ομώνυμο εργαστήριο. Πρώτος Καθηγητής και Διευθυντής της Κλινικής εξελέγη το έτος 1961, ο Γεώργιος Μιχαηλίδης, με σπουδές στη Γαλλία, ο οποίος κατείχε την έδρα επί μία δεκαετία.

Τον διαδέχθηκε ο καθηγητής Δημήτρης Αυγουστάκης και τον τελευταίον, ο **Καθη-**



Ο αείμνηστος Καθηγητής Γεώργιος Μιχαηλίδης εν μέσω των Δημητρίου Αυγουστάκη και Αghσιλάου Παπαδοπούλου και άλλων ιατρών του Ιπποκράτειου, το έτος 1949 (Από το υπό έκδοση βιβλίο «ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ» του καθ. Π. Τούτουζα, 2013).

**γητής Πάυλος Τουτουζας.** Ας σημειωθεί ότι η Καρδιολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου ήταν η μοναδική Πανεπιστημιακή Κλινική σε όλη τη χώρα, μέχρι τη δεκαετία του 1990.



(Από το υπό έκδοση βιβλίο «ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ» του καθ. Π. Τούτουζα, 2013)

Η καρδιολογική κλινική, υπό τη διεύθυνση του καθηγητού Τούτουζα, «χάριν της ομαδικής εργασίας», όπως τονίζει ο ίδιος, έτυχε εντυπωσιακής προβολής στην Ευρώπη και γενικότερα στην παγκόσμια καρδιολογία, κατά τις δεκαετίες 1990 και 2000. Επί των ημερών του, καρδιολόγοι από χώρες, όπως η Γαλλία, η Ολλανδία, το Ισραήλ και η Ινδία, επισκέφθηκαν το Ιπποκράτειο και ζήτησαν βοήθεια από το προσωπικό της κλινικής, για την αντιμετώπιση δύσκολων περιστατικών στο Παρίσι, στο Δελχί, στο Τελ Αβίβ. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η αξιολογή αυτή παραγωγή έργου, χάριν της επιστημονικής κληρονομιάς που άφησε ο τιμώμενος, συνεχίζεται και μετά τη συνταξιοδότησή του, το 2003, μέχρι σήμερα, υπό τη διεύθυνση του διαδόχου του καθηγητού Χριστόδουλου Στεφανάδη.

Παράλληλα οργανώθηκε καλύτερα η διδασκαλία φοιτητών και ιατρών. Μεταξύ άλλων, εισάγονται τα «Μαθήματα της Τρίτης», για τους Έλληνες καρδιολόγους, με εβδομαδιαίες διαλέξεις καθ' όλη τη

*"Dear professor Toutouzas, I would like to express my thanks for the help provided by your team for the performance of a retrograde mitral valvuloplasty at Tenon Hospital last week in an extremely difficult case: a 74 year old woman, weighing over 100kg with tight mitral stenosis with calcification and filter of the vena cava.*

*All our team deeply appreciates this collaboration and we will not forget your help in this matter"*

*Prof. Alec Vaharian, Hospital Tenon, Assistance Publique, Hopitaux de Paris, 25 January 1999.*

(Από το υπό έκδοση βιβλίο «ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ» του καθ. Π. Τούτουζα, 2013).

διάρκεια του έτους, καθιερώνεται το 1986, το ετήσιο Διεθνές Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας, στο οποίο προσκαλείται σημαντικός αριθμός ομιλητών παγκοσμίου εμβέλειας, μεταξύ των οποίων και νομπελίστες, ως οι Michael Brown, Louis Ignarro και Ferid Murad.

Προς την κατεύθυνση της εκπαίδευσης των ιατρών και κυρίως του κοινού, ιδρύεται το 1991, το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.) με κύριο σκοπό την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Θα πρέπει εδώ να επισημανθεί ότι, η ερευνητική και κλινική αυτή παραγωγή, είχε ως αποτέλεσμα τη θετική στάση κοινωνικών ομάδων-χορηγών, με τη βοήθεια των οποίων έγιναν σημαντικά έργα. Αναπτύχθηκαν νέα τμήματα στην Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, όπως το Υπερτασικό Ιατρείο, το Λιπιδαιμικό Ιατρείο, το Βιοχημικό Εργαστήριο, το Τμήμα Δοκιμασιών Κοπώσεως κ.ά.

Επίσης στο Ιπποκράτειο, με χορηγίες, η Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική εκσυγχρονίζεται, τόσο από πλευράς εξοπλισμού, όσο και χωροταξίας. Γίνεται αναβάθμιση



Στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Χάιφα, Ισραήλ, το Φεβρουάριο του 1996. Διακρίνεται ο τότε Αν. Καθηγητής Χριστόδουλος Στεφανάδης με τον Καθηγητή Beyar (στο μέσον), και τους επιστημονικούς συνεργάτες της Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (από αριστερά) Κώστα Τούτουζα και Χαράλαμπο Βλαχόπουλο, μετά από επιτυχή επέμβαση τοποθέτησης επικεκαλυμμένου stent, σε δύσκολη περίπτωση ασθενούς με ανεύρυσμα της αριστερής προσθίας

κατιούσας στεφανιαίας αρτηρίας. (Από το υπό έκδοση βιβλίο «ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ» του καθ. Π. Τούτουζα, 2013).



Εγκαίνια της νέας Μονάδος Εντατικής Θεραπείας της Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής το 1995. Όλα τα έξοδα εκάλυφθησαν από χορηγούς. Αριστερά διακρίνεται ο υφυπουργός Υγείας Εμμανουήλ Σκουλάκης. (Από το υπό έκδοση βιβλίο «ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ» του καθ. Π. Τούτουζα, 2013).



της Μονάδος Εντατικής Θεραπείας και, επιπλέον, διορθώνεται και ευπρεπίζεται το Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου.

## ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΤΑΔΙΟΔΡΟΜΙΑ

**«Γονέων και διδασκάλων μέμνησο, μη όκνει κολακεύειν...»**

Η περίοδος του Δημοτικού Σχολείου, για τον Παύλο Τούτουζα, συνέπεσε στα δύσκολα



χρόνια της Κατοχής. Και όταν στην 6<sup>η</sup> Τάξη τους έβαλαν έκθεση, με θέμα «τι θέλω να γίνω όταν μεγαλώσω», ένας μαθητής έγραψε, «εγώ θέλω να γίνω γιατρός».

Σε ηλικία 17 ετών, το 1952, έδωσε εξετάσεις, στην Ιατρική Σχολή Αθηνών και πέρασε επιτυχώς. Οι επιτυχόντες πρώτοι 100 άρχισαν μαθήματα τον Οκτώβριο και οι άλλοι 104 επιλαχόντες το Μάρτιο.

Έλαβε το πτυχίο της Ιατρικής το 1959

Από το 1959 μέχρι το 1964 ασκήθηκε στην Παθολογική και την Καρδιολογική Κλινική του Ιπποκρατείου Νοσοκομείου και έλαβε, μετά από εξετάσεις, δύο άδειες ασκήσης επαγγέλματος, της Παθολογίας και της Καρδιολογίας και αμέσως διορίστηκε Πανεπιστημιακός Βοηθός, στην Καρδιολογική Κλινική.

Την εποχή αυτή υπηρετούν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο εξάιρετοι ιατροί και δασκαλοι, όπως, ο φημισμένος Καθηγητής Παθολογίας Αρκάγαθος Γούτας, στην κλινική του οποίου είχαν αναπτυχθεί σπουδαία τμήματα, όπως το Γαστρεντερολογικό, υπό τον υπηγητή Δασκαλάκη, το Νεφρολογικό, υπό τον Γιατζίδη, το Αιματολογικό, υπό τον Τζεβρένη. Εκτός της Παθολογικής, στο Ιπποκράτειο υπήρχαν η Πανεπιστημιακή Χειρουργική Κλινική, υπό τον Αλιβιζάτο, η Καρδιολογική Κλινική υπό τον Μιχαηλίδη, σπουδαίο Μικροβιολογικό Εργαστήριο, υπό τον Κωνσταντίνο Μιχαήλ, η Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, υπό τον Χρυσικό, η Ουρολογική Κλινική, υπό τον Οικονόμου και αργότερα τον Παυλάκη.

Και εδώ θα αφήσω τον ίδιο τον καθηγητή, να μας εισαγάγει στην ιατρική του πορεία: «...Ευτύχησα, κατά το δεύτερο ήμισυ του 20<sup>ου</sup> αιώνας, να σπουδάσω, να εκπαιδευθώ, να ταξιδέψω σε όλες τις ηπείρους και να γνωρίσω πάμπολλους ταγούς της καρδιολογίας. Ευτύχησα οι διδάσκαλοί μου καθηγηταί Γεώργιος Μιχαηλίδης, μέχρι την απόσυρσή του (1971) και Δημήτριος Αυγουστάκης (1984) να με έχουν δίπλα τους. Από αγροτική οικογένεια, χωρίς παρέμβαση συγγενούς, πολιτικού ή φιλικού προσώπου, γίνομαι Πανεπιστημιακός Βοηθός, τουτέστιν Λέκτωρ, πριν ακόμα λήξει η δωδεκάμηνος τότε υποχρεωτική άσκηση στην κλινική, προς λήψιν της ειδικότητας της Καρδιολογίας, μετά την εξειδίκευσή μου στην Παθολογία. Και στη συνέχεια, με την ίδια ευκολία, χωρίς παρεμβάσεις και πριν ζητήσω εκείνο που επιθυμούσα, η εξέλιξή μου γινόταν αυτομάτως. Το 1969 Επιμελητής του Πανεπιστημίου (όχι του Ε.Σ.Υ.). Το 1971 το όνομά μου εμφανίζεται τέταρτο στη σειρά των συγγραφέων του πρώτου συγγράμματος για φοιτητές και ιατρούς υπό τον τίτλο «Επίτομη Καρδιολογία» μετά τα ονόματα των Γεωργίου Μιχαηλίδη, Δημητρίου Αυγουστάκη και Αντωνίου Κοϊδάκη. Το 1972 ανακηρύσσομαι Υφηγητής Καρδιολογίας. Το 1978 προάγομαι εις δεύτερον τη τάξει, μετά τον Καθηγητή Δημήτριο Αυγουστάκη. Το 1984 απεχώρησε ο Καθηγητής Αυγουστάκης και αναλαμβάνω τη Διεύθυνση της μόνης Πανεπιστημιακής Καρδιολογικής Κλινικής σε όλη τη χώρα. Με καθυστέρηση πέντε ετών, το 1989, προκηρύσσεται η θέση. Ήμουν ο μόνος υποψήφιος και γίνεται σχεδόν παμφηφί η εκλογή μου στην έδρα του Καθηγητού Καρδιολογίας, λαμβάνοντας 25 ψήφους και μία λευκή, δεν υπήρξε αρνητική ψήφος. ....»

### **ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ (ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.)**

Ο καθηγητής Παύλος Τούτουζας είναι εμπνευστής, ιδρυτής και πρόεδρος του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, γνωστού ως ΕΛΙΚΑΡ.

Το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας ιδρύεται το 1991, με επιστημονικούς και κοινωνι-

κούς συνεργάτες, με στόχο την πρόληψη των καρδιαγγειακών επεισοδίων και προσφέρει μέχρι σήμερα, σημαντικό και ωφέλιμο έργο ενημέρωσης και εκπαίδευσης, όχι μόνον προς τους έλληνες γιατρούς, αλλά και προς το κοινωνικό σύνολο.

**Οι κύριες Δραστηριότητες του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ μπορούν να συνοψισθούν:**

**Α) Ομιλίες** σε Πνευματικά Κέντρα, σχεδόν όλων των πόλεων της χώρας, σε σχολεία Δημοτικά, Γυμνάσια και Λύκεια, αλλά και στο στρατό, και στην Εκκλησία.



**Β) Ειδικές εκπομπές και συζητήσεις στο ραδιόφωνο και την τηλεόραση.**

**Γ) Περιοδικά. α) «στους ρυθμούς της καρδιάς»,** 16 σελίδων. Στις 13 σελίδες αυτού του περιοδικού γράφουν ειδικοί καρδιολόγοι σε θέματα πρόληψης και αντιμετώπισης καρδιακών παθήσεων, στη 14<sup>η</sup> σελίδα γράφει η Γαλήνη Φούρα, διαπρεπής δημοσιογράφος της αθηναϊκής εφημερίδος ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, στη 15<sup>η</sup> ειδική διαιτολόγος, συνηθέστερα η Κωνσταντίνα Πάλλιου και στη 16<sup>η</sup> σελίδα κάποιος επιφανής «φιλοξενούμενος».

## φιλοξενουμενος ο ... ΑΝΤΩΝΗΣ ΣΑΜΑΡΑΚΗΣ

### Προσδεθείτε και ... καπνίζετε

"Το κάπνισμα βλάπτει σοβαρά την υγεία." Αντιγράφω το πασίγνωστο σλόγκαν-ρεκλάμα των καπνοβιομηχανιών υποψιάζομαι, γιατί ότι περιβάλλεται εντολές απαγόρευσης προσελκύει περισσότερο παραβάτες αφού η παρανομία συχνά μαγνητίζει. Και τώρα τι να πω; Πρέπει να κατεβάσω ιδέες, ας πάρω λοιπόν κουράγιο πίνοντας δυό, τρεις γουλιές από τον αχριστό σκέτο που μόλις έψησα και προπάντων τραβώντας μια ρουφηξιά από την πίπα μου.

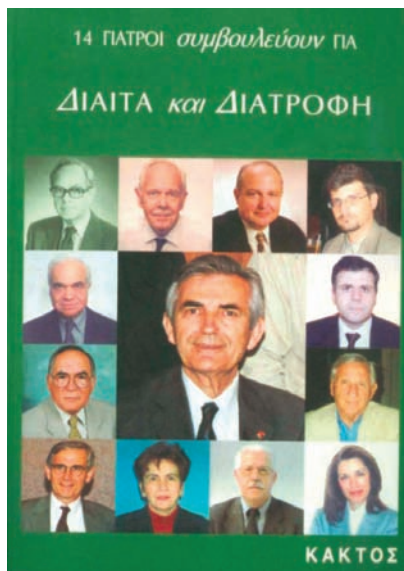
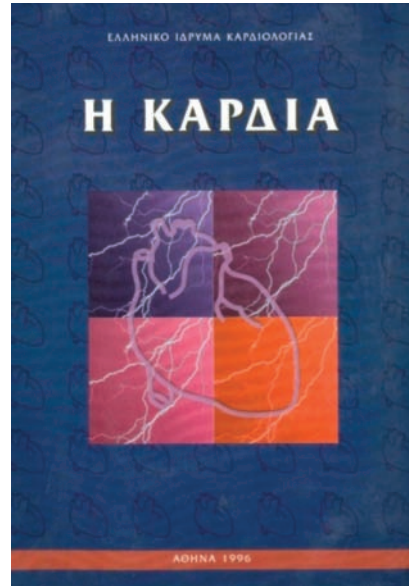


β) «Καρδιά & Αγγεία»: Από το 1996 εκδίδει τη διμηνιαία ιατρική επιθεώρηση «Καρδιά & Αγγεία», η οποία απευθύνεται κυρίως σε καρδιολόγους, αλλά και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.



γ) Επιπλέον το Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας έχει εκδώσει και τα εξής βιβλία για το κοινό:

- **Η Καρδιά σου- πώς θα την προστατέψεις**, για τις σχολικές βιβλιοθήκες, ώστε να χρησιμοποιείται και από τους δασκάλους.
- **Η Καρδιά,**
- **Δίαιτα και διατροφή**, εκδόσεις ΚΑΚΤΟΣ 2004, στο οποίο 14 γιατροί συμβουλεύουν με οδηγίες υγιεινής διατροφής.



**Δ) Συνέδρια.** Το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., επί μακρά σειρά ετών, οργανώνει το **Ετήσιο Διεθνές Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας**. Επιπλέον, από το 1997, το ΕΛ.Ι.ΚΑΡ. οργανώνει το ετήσιο διήμερο «**Διεθνές Συμπόσιο Αθληροσκλήρωσης και Συναφών Παραγόντων Κινδύνου**»,

## Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Με σύζυγό του Ελένη Δ. Πανταζοπούλου, απέκτησαν τρία παιδιά, τον Κώστα, την Κατερίνα, τον Δημήτρη και πέντε εγγόνια, την Ελένη, τη Μόνικα, τον Παύλο, την Κωνσταντίνα και τον Παύλο.



31 Αυγούστου 1970, με την Ελένη, νύφη και γαμπρός απέρχονται μετά τη στέψη. 1971: Με την Ελένη αμέσως μετά τη βάπτιση του πρώτου γιου Κώστα (Από το υπό έκδοση βιβλίο «**ΒΙΟΥ ΠΟΡΕΙΑ**» του καθ. Π. Τούτουζα, 2013).



## Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ

Ιδιαίτερη είναι η σχέση του με την εκκλησία. Από πολύ μικρός, 5-6 ετών, κάθε Κυριακή και εορτή, με τον πατέρα του, ήταν πρώτος στην εκκλησία, όταν ο Ιερέυς άρχιζε με το «Ευλογητός...». Ως ιατρός, βεβαιώνεται ότι η Αγία Τριάς επηρεάζει θετικά, θεραπεύει τους ασθενούντες.



Στο φαλτήρι με τον καλλιφώνο μεγάλο αδελφό του Βαγγέλη, (δεξιά) και αριστερά όρθιος ο γιος του Κώστας.

Για να μην παρερμηνεύσω τις απόψεις του, θα δανεισθώ δικά του λόγια, για τη σχέση του με την πίστη και τη θρησκεία, που σε μεγάλο βαθμό καθόρισε και τη στάση ζωής στην ιατρική πορεία του.

*«...Αν συμπεριφερόμαστε καλά, αν πράγματι πορευόμαστε εις οδόν ειρήνης με τη συνδρομή της πίστewς, αν είμαστε προσηλωμένοι εμείς οι γιατροί στην επιστήμη μας, χωρίς θυμό, χωρίς κακία και άλλες αμαρτίες, όπως η πλεονεξία, που είναι ειδωλολατρία, αν καλλιεργούμε για να πολλαπλασιάσουμε το άνωθεν δοθέν ημίν επιστημονικό τάλαντο, να το κάνουμε δύο ή και πέντε της παραβολής, αλλά μέσα στο πνεύμα της αγάπης και της πίστewς, τότε θα έχουμε την πρόοδο της επιστήμης, με μπαλόνια για στεντς, χωρίς άγχος και ταχυπαλμίες, χωρίς σπασμούς και εντερικά, χωρίς AIDS και πολέμους. Στον αγώνα μας της πρόληψης και της θεραπείας με τη συνδρομή της αυθεντικής πίστewς ιατρών και πολιτών, τα νοσοκομεία ασφαλώς θα ήσαν πολύ λιγότερα, αφού πληθαίνουν από την αμαρτία. ...»*

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι επιστημονικές ικανότητες του καθηγητού κ. Τούτουζα, η βαθειά ιατρική και ιστορική κατάρτιση του, σε συνδυασμό με τα υψηλής αποτελεσματικότητας διοικητικά και οργανωτικά του προσόντα, τον οδήγησαν σε μία λαμπρή σταδιοδρομία και του προσέδωσαν ευρύτατη εκτίμηση και αναγνώριση στη χώρα μας και στο εξωτερικό, που ο απόηχος τους είναι ισχυρός μέχρι σήμερα.

Όλες αυτές οι δραστηριότητες έδωσαν την ευκαιρία προσωπικής γνωριμίας με επιφανείς της επιστήμης στην Ευρώπη και Αμερική, Αυστραλία και Αφρική και καθοδήγησαν πολλούς νέους ιατρούς στην σταδιοδρομία τους και τον προσανατολισμό τους σε ευρύτερες σπουδές στο εξωτερικό, οι οποίοι επανερχόμενοι, βελτίωσαν το επίπεδο της ελληνικής ιατρικής.

Ο καθηγητής κ. Τούτουζας, ξεχώρισε με το δημιουργικό και ρηξικέλευθο έργο του, την πίστη του στις άφθαρτες ανθρωπιστικές αξίες και τα αισθήματα υψηλής ευθύνης και αφοσίωσης. Εκτός από τη μεγάλη διάθεση προσφοράς στον πάσχοντα συνάνθρωπο, ατομικά, ως ιατρός, αλλά και για τη βελτίωση του όλου τρόπου παροχής φροντίδας υγείας στους πολίτες της πατρίδας μας, μέσα από τον αγώνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας, διαθέτει και τα ιδιαίτερα εκείνα στοιχεία της προσωπικότητας, που τον ανέδειξαν σε διαχρονικό πρότυπο για τους λειτουργούς της υγείας. Οι αρχές και το ήθος του αποτελούν για όλους μας πολύτιμες παρακαταθήκες και αποτελεί σύγχρονο Κήρυκα του Ιπποκρατείου Πνεύματος.

# Έλληνες και Ιατρική

Παύλος Κ. Τούτουζας

Στην Ιατρική οι Έλληνες είχαν το πάνω χέρι από την εποχή του Ομήρου μέχρι την πτώση της Κωνσταντινούπολης στους Σταυροφόρους, ήγουν από το 1200 π.Χ. μέχρι το 1204 μ.Χ., συνολικά πάνω από 2.000 χρόνια. Μετά τους Σταυροφόρους την Ιατρική ανέλαβαν οι Ευρωπαίοι και οι Ρώσοι.

Στην *Ιλιάδα* η καρδιά ονομάζεται με τις λέξεις θυμός 62 φορές, ήτορ 25 φορές, κραδίη 17, κήρ (κήρ-κήρος) 16, φρένες (φρην-φρενός) 7, καρδίη 2, μένος 1, άγχος 1 φορά, εννοώντας τις περισσότερες φορές την ψυχική αντίδραση, το άγχος.

Προσβάλλεις το Μενέλαο, οργίζονται οι Αχαιοί, πάνε στα ύψη οι κατεχολαμίνες, ιδού ο Τρωικός Πόλεμος... Και στο στρες, οξύ άγχος στην ελληνική, ανεβαίνουν πολύ οι κατεχολαμίνες. Αγωνία της Αχερουσίας και εκεί... Αιφνίδια μαυρίλα, όταν παίξεις στο καζίνο ό,τι έχεις σε μία μέρα και την άλλη από Νιάρχος να κυκλοφορείς ζητιάνος, να σου πέσουν έξω τα καράβια... Σε απώλεια του πλούτου της ψυχής, συντρόφου της ζωής, έχεις κατάθλιψη, απόγνωση, θυμό, απελπισία...

Η πρόοδος της Ιατρικής επί Ομήρου ήταν παράλληλη με τη φιλοσοφία, και πριν αρχίσει η τέχνη, ας πούμε του πολέμου, τίθενται τα θεμέλια της επιστήμης, η οποία εξελίσσεται μέχρι σήμερα. Η παρουσία του ιατρού θεραπεύει πρώτιστα τον άνθρωπο από τον ιό της ασθένειας. «Ιητρός ανήρ πολλών αντάξιος άλλων», λέει ο Όμηρος, «...ιούς τ'εκτάμειν επί τ'ήπια φάρμακα πάσσειν», ο ιατρός είναι άνδρας ανώτερος από πολλούς άλλους... και εκτέμνει πληγές και τις επαλείφει με μαλακά φάρμακα (*Ιλιάς*, 1514, 515).

Στο ελληνικό Αιγαίο γεννήθηκε ο Ασκληπιός. Ήταν γιος του θεού Απόλλωνα και της Κορωνίδος και ανετράφη από τον κένταυρο Χείρωνα.

Ο Ασκληπιός είχε κόρες την **Ιασώ**, την **Υγεία** και την **Πανάκεια** και γιους, γνωστούς μας από την *Ιλιάδα*, τον παθολόγο **Ποδαλείριο** και τον χειρουργό **Μαχάωνα**. Από τον Ασκληπιό και τα Ασκληπιεία έχουμε τους Ασκληπιάδες, ως ο Ηρακλείδης, όστις εγέννησε τον Ιπποκράτη, ο Ιπποκράτης εγέννησε τον Δράκοντα και τον Θεσσαλό, έκανε γιατρό και τον Πολύβιο το γαμπρό του. Κατ' αυτό τον τρόπο εγίνοντο οι ιατροί Ασκληπιάδες.

Τα Ασκληπιεία εμφανίζονται τον 6<sup>ο</sup> αι. π.Χ. (*Krug 131-132*). Πρώτο ήταν αυτό της Επιδαύρου, το οποίο απέκτησε φήμη και πλούτη κατά τη διάρκεια του 5<sup>ου</sup> αι. και ανοικοδομήθηκε με μεγαλοπρέπεια τον 4<sup>ο</sup> και τον 3<sup>ο</sup> αιώνα. Στα Ασκληπιεία ενεργεί κυρίως η προσευχή και η μαντεία. Βαθμηδόν και κατ' ολίγον κάθε πόλη και κωμόπολη έχει δικό της Ασκληπιείο, όπου επίσταται το ιερατείο. Εγείρονται συνήθως μακριά από πυκνοκατοικημένες περιοχές και, ει δυνατόν, με δένδρα, άλση, δάση, τρεχούμενα νερά. Τα



μεγαλύτερα Ασκληπιεία είναι εκείνα της Επιδαύρου και της Κω, της Περγάμου και της Τρίκκης (Τρικάλων). Για να πάει βέβαια κανείς εκεί πρέπει να έχει πορτοφόλι. Εκεί δεν πήγαιναν οι εγκυμονούσες, τοκετοί δεν έγιναν ποτέ στα Ασκληπιεία, όπως ακριβώς δεν πήγαιναν και βαρέως πάσχοντες, γι' αυτό δεν είχαν θανάτους. Στην Επίδαυρο, που ήταν το καλύτερο Ασκληπιείο, άμα τη εμφανίσει του ο επισκέπτης γινόταν δεκτός από τον Πυρφόρο, τον Μέγα Ιερέα, ο οποίος έδιδε τις σχετικές οδηγίες προς ιερομνήμονες, υδροθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές και άλλους ασχολούμενους περί την Ιατρική με βότανα, μαλάξεις, ηρεμιστικά. Ο επισκέπτης στην αρχή οδηγείτο εις το Άβατον προς εγκοίμησιν, όπου ερχόταν ο Ύπνος και ο Όνειρος και το πρωί με την αφύπνιση ο ιερεύς έκανε ανάλυση των συμβάντων κατά τον ύπνο (*Dachez R.: Histoire de la Medecine, σελ. 92, εκδ. Tallandier, Paris 2008*). Ακολουθούσαν λουτρά θερμά ή και ψυχρά, σωματικές ασκήσεις στο Γυμνάσιο, στην Παλαιστρα, στο Στάδιο και για την πνευματική ανάταση θα επισκεπτόταν τη Βιβλιοθήκη, το Ωδείο. Τέλος, μετά από τόσες ημέρες παραμονής σε πανδοχείο της περιοχής, θα πήγαινε και στο Αμφιθέατρο, να παρακολουθήσει παράσταση του Αισχύλου, του Σοφοκλή, του Ευριπίδη, του Αριστοφάνη. Με όλα αυτά η πίεση έπεφτε από το 19 στο 12, υποχωρούσαν οι αρρυθμίες, χαλαρωμένος και ανανεωμένος με καθαρό μυαλό επέστρεφε στο σπίτι.

Η ιδέα ενός δημόσιου νοσοκομείου είναι ξένη στην αρχαιότητα. Όποιος χρειαζόταν ιατρό πήγαινε στο ιατρείο του ή του παράγγελλε να έρθει σπίτι.

Τον 6<sup>ο</sup> – 5<sup>ο</sup> π.Χ. αι. εμφανίζονται οι **σχολές της Κνίδου και της Κω**. Στη σχολή της Κνίδου έκαναν επεμβάσεις, π.χ. αφαίρεση ρινικού πολύποδα, έδιναν φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά ήσαν πολλά και επιτυχημένα κατά την εμπειρία ενός εκάστου των γιατρών, έφθαναν και τα 100. Επίσης ήσαν πολλές οι συνταγές και οι μέθοδοι θεραπείας γυναικολογικών προβλημάτων. Χρησιμοποιούσαν ακόμη και σκάλα μετά τον τοκετό, για να πάρει κατάλληλη θέση η γυναίκα, προκειμένου να επιταχυνθεί η απελευθέρωση του πλακούντα με μετακίνηση της μήτρας.

Η σχολή της Κω ήταν σχεδόν αντίθετη σε αυτούς τους πρακτικούς τρόπους θεραπείας της Κνίδου, όπου ήταν τόσο μεγάλη ποικιλία στα φάρμακα και στις μηχανικές – χειρουργικές μεθόδους.

Οι **περιηγητές ιατροί** ήσαν «νόμιμοι», απόφοιτοι Ασκληπιείων ή Σχολών. Οι Ασκληπιάδες, γιοι ιατρών Ασκληπιιάδων, οι οποίοι εγκαταλείπουν τα Ασκληπιεία του θεού Απόλλωνα και προσπαθούν να ασκήσουν την ιατρική χωρίς μαγείες και τα συναφή. Οι γιατροί αυτοί είναι νόμιμοι στην πόλη, ήσαν οι ελεύθεροι περιηγητές ιατροί, οι οποίοι, σε πόλεις όπως η Αθήνα, εξέταζαν στο ιατρείο τους ελεύθερους πολίτες με όλους τους τρόπους ευγενείας.

Όμως πέραν των περιηγητών ιατρών υπήρχαν και οι **λαϊκοί**, μάλλον παράνομοι, άνευ διαπιστευτηρίων. Για το λόγο αυτόν οι λαϊκοί γιατροί ήσαν αβέβαιοι στην πόλη, προσωρινοί.

Ο **Ιπποκράτης** (460-377 π.Χ.) είναι ο πρώτος Έλληνας που ταξινόμησε διάφορα θέματα στην Ιατρική: α) **Γενικής φύσεως** (Όρκος, Νόμος, Περί Αρχαίας Ιατρικής κ.α.), β) **Ανατομίας και Φυσιολογίας**, γ) **Παθολογίας** (Περί Αέρων, Υδάτων, Τόπων κ.α.), δ) **Ειδικά θέματα** (Περί Επιδημιών, Περί Παθών, Περί Νόσων κ.α.), ε) **Πρόγνωση**, στ) **Θεραπευτική**, ζ) **Χειρουργική**, η) **Μαιευτική και Γυναικολογία**, θ) **Οφθαλμολογία** (Περί Όψεως) και ι) **Παιδιατρική** (Περί Οδοντοφυΐας).

Μετά το 300 π.Χ. υπάρχει κάμψη του Ελληνισμού, την οποία είχε προξενήσει κατά βάση ο Πελοποννησιακός Πόλεμος, παρά την πρωτοφανή αλλά βραχύβια παρουσία των Μακεδόνων, του Μεγάλου Αλεξάνδρου.

Από τον 3<sup>ο</sup> π.Χ. αι. επικρατούν οι Ρωμαίοι και τα Ασκληπιεία παραμένουν μεν, αλλά σε πορεία κάμψης. Πρακτικά η Ιατρική ασκείται πάλι από Έλληνες και η Ρωμαϊκή διοίκηση σχεδόν την βλέπει με αδιαφορία. Ωστόσο στην Ρωμαϊκή Περίοδο εμφανίζεται η Αλεξάνδρεια σε ρόλο μιας δεύτερης Αθήνας με ακτινοβολία στις τέχνες και τα γράμματα. Πολλές οι φυλές αναμειγνύονται στην Αλεξάνδρεια και ορισμένοι εξ αυτών κατηγορούνται για την καταστροφή της περίφημης Βιβλιοθήκης. Εκεί υπήρχε και καλλιέργεια της Ιατρικής από τον Ερίστρατο, τον Ηρόφιλο κ.α. με κύριους στόχους την ανατομία και φυσιολογία του οργανισμού. Δεν υπήρχαν βέβαια θάλαμοι νοσηλείας των πασχόντων, αλλά στην ομώνυμη Ιατρική Σχολή εγίνοντο νεκροψίες τεθνεώτων. Λατίνοι όμως ο Κέλσος κατηγορούν τους Αλεξανδρινούς γιατρούς ότι έκαναν πειράματα και επί υγιών ανθρώπων, οι οποίοι είχαν τιμωρηθεί με φυλάκιση και δήμευση, κατά τον Πτολεμαίο, είχαν χάσει τη ψυχή τους.

## ΒΥΖΑΝΤΙΟ - ΓΕΝΝΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ουκ έني άρσεν ή θήλυ, βάρβαρος, σκύθης, δούλος, ελεύθερος, αλλά τα πάντα και εν πάσιν Χριστός. Έτσι στο Βυζάντιο η γυναίκα ελευθερώνεται. Ο δούλος ομοίως και το Κολοσσαίο δεν μπορεί να έχει Ναούς του Θεού, δηλαδή ανθρώπους που κοινωνήσαν των Αρχάντων Μυστηρίων και έχουν μέσα τους τον Χριστό. Δεν μπορεί λοιπόν στο Κολοσσαίο τα λιοντάρια να σχίζουν αυτούς τους ανθρώπους, τους δούλους, τα άγρια θηρία να τους κατασπαράζουν για να διασκεδάζουν οι ελεύθεροι πολίτες. Ένας ελεύθερος στην Κόρινθο αντιστοιχούσε με 10 δούλους και με πολύ περισσότερους στην Ρώμη. Λέγεται ότι ένα συγκλητικός είχε 400 δούλους, οι οποίοι δεν είχαν κανένα δικαίωμα. Δεν είχαν όνομα, επωλούντο, ζούσαν ή εφονεύοντο κατά τη διάθεση του αφέντη. Καμία παρέμβαση της δικαιοσύνης. Στο Βυζάντιο καταργείται η δουλεία, διακηρύσσεται η φωνή διαμαρτυρίας κατά του άφρονος πλουσίου και του συνιστάται να μην γκρεμίζει τις αποθήκες του για να φτιάξει μεγαλύτερες, επειδή έχει πολλά αγαθά. Και η φωνή αυτή από τον Άμβωνα της εκκλησίας του συνιστά αγάπη και αλληλεγγύη στο συνάνθρωπο, τη γυναίκα που ήταν πριν, επί αιώνες, ένα πράγμα – res και την έδιωχνε ο καθένας από το σπίτι όποτε ήθελε, χωρίς να παρεμβαίνει κανείς ανώτερος, δεν υπήρχε δικαιοσύνη. Αγάπη και αλληλεγγύη για το δούλο. Δεν ήταν σωστό διακηρύσσει το Βυζάντιο αυτό που γινόταν σ' όλους τους αιώνες πριν να μην εξετάζονται οι δούλοι από Ασκληπιάδες, να μην γεννήσει ποτέ γυναίκα σε Ασκληπιείο. Αυτή η αλληλεγγύη στο Βυζάντιο γεννάει το Νοσοκομείο.

Τον 4<sup>ο</sup> αιώνα τα νοσοκομεία στο Βυζάντιο άρχισαν να γίνονται από χριστιανούς επισκόπους, ως ο άγιος Βασίλειος, ο ιερός Χρυσόστομος και άλλους, οι οποίοι είχαν ελληνική παιδεία, συνδύαζαν στοιχεία του αρχαίου ελληνικού πολιτισμού, νόμους της πολιτείας και εντολές του Χριστού. Όλοι μαζί στην πολιτεία, κυβέρνηση, εκκλησία, πλούσιοι, αριστοκράτες, επαγγελματίες ιατροί, συμμετείχαν από κοινού στη διαμόρφωση και διατήρηση των νοσοκομείων, των πλέον εντυπωσιακών ιδρυμάτων της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας (Miller, σελ. 12, 13).

Η γέννηση του Νοσοκομείου, ως κοινωνική φιλανθρωπία και αλληλεγγύη, από τότε

μέχρι σήμερα οδήγησε σε μεγάλη πρόοδο της Ιατρικής, ως της Καρδιολογίας. Αυτά συνέβησαν μόνον στις χριστιανικές χώρες. Χρειάστηκαν αιώνες για να διαδοθούν τα νοσοκομεία σε άλλες χώρες, πέραν των χριστιανικών, χωρίς όμως οι τελευταίες να συμβάλουν αισθητά στην εξέλιξη της Καρδιολογίας.

Γράφει ο Αμερικανός T. Miller (*Η Γέννησις του Νοσοκομείου στη Βυζαντινή Αυτοκρατορεία*, σελ. 37): «Φιλανθρωπικά ιδρύματα με το όνομα Ξενώνες ή Νοσοκομεία προσέφεραν στους υπηκόους της Ανατολικής Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας νοσοκομειακές υπηρεσίες – κλίνες, τροφή, νοσηλεία και πρόσβαση σε επαγγελματίες ιατρούς – από την αρχή του 5<sup>ου</sup> αιώνας μέχρι και την παραμονή της τουρκικής κατακτήσεως. Από τον 7<sup>ο</sup> αιώνα και μετά, ορισμένα από αυτά έφθασαν σε πολύ υψηλό επίπεδο, όπως φαίνεται από το *Τυπικόν* του Ξενώνα – Νοσοκομείου της Μονής του Παντοκράτορος. Η βυζαντινή κοινωνία στηρίχθηκε στις δικές της πλούσιες παραδόσεις της κλασικής Ελληνικής Ιατρικής. Τα πρώτα νοσοκομεία οργάνωσαν μετά βεβαιότητας χριστιανοί επίσκοποι, οι οποίοι για να τα κάνουν αποτελεσματικά κέντρα ιατρικής περίθαλψης, εστράφησαν προθύμως στην εμπειρία των μαθητών του Γαληνού και του Ιπποκράτους. Η κυβέρνηση, η Εκκλησία, η αριστοκρατία και οι της επαγγελματικής ιατρικής ουδέποτε edίστασαν να γίνουν πάτρωνες νοσοκομείων για τους κατοίκους της αυτοκρατορίας. Συχνά τα βυζαντινά νοσοκομεία, λέει ο Miller, έχουν λειτουργίες ανάλογες των νοσοκομείων του 20<sup>ου</sup> αιώνας. Έτσι επέτυχαν να κυριαρχούν επί του ιατρικού επαγγέλματος με επιφανείς ιατρούς και εντυπωσιακά κατορθώματα. Στους σπουδαστές παρείχαν θεωρητική διδασκαλία, κλινική άσκηση στο θάλαμο επί του ασθενούς, έκαναν και παρατηρήσεις σε νεκροψία θανόντων. Η πόλη, ο τόπος συνδεόταν με το νοσοκομείο, ώστε καλή πόλη σήμαινε και καλό νοσοκομείο. Με την πάροδο του χρόνου εβελτιώνοντο η οργάνωση και λειτουργία. Ο Ξενών – Νοσοκομείο της Μονής Παντοκράτορος διέθετε πενήντα κλίνες για τέσσερις κλινικές: την Παθολογική, τη Χειρουργική, την Οφθαλμολογική, τη Γυναικολογική και τον τομέα του Εξωτερικού Ιατρείου, κάθε κλινική είχε περίπου 12 κλίνες. Υπήρχε και τμήμα Ουρολογίας. Επιπλέον, για πολύ εξασθενημένους ή ανίκανους λόγω πόνων ασθενείς, είχε έτοιμα έξι ειδικά κρεβάτια με διατετρημένα στρώματα, ώστε το πάσχον πρόσωπο να μην σηκώνεται για να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα. Κάθε τομέας διέθετε μία επιπλέον κλίνη (*παρακράββατον*), πέραν του ορισθέντος αριθμού, για περίπτωση εισαγωγής άνω των πενήντα ασθενών, πρόβλεψις η οποία φανερώνει ότι ο Ξενών δεν προόριζε την κάθε κλίνη για περισσότερους του ενός ασθενείς, όπως συνέβαινε σε νοσοκομεία της Λατινικής Δύσεως.

Το *Τυπικόν* καθόριζε και τα φαγητά που έπρεπε να χορηγούνται στους ασθενείς. Ο ασθενής έπρεπε να παίρνει ανά ημέρα ένα *τραχύ νόμισμα* (το νόμισμα = 1/48 του καθιερωμένου χρυσού νομίσματος) για την αγορά πρόσθετης τροφής που επιθυμούσε, ενδεχομένως και λίγου οίνου. Οι σύγχρονοι διαιτολόγοι δέχονται πως ήταν μία καλοζυγισμένη διαίτα, επαρκής για την πρόληψη των αβιταμινώσεων που έπλητταν τους ασθενείς των νοσοκομείων της Λατινικής Δύσεως. Η τροφή ήταν στηριζόταν κυρίως στα δημητριακά, όσπρια, λαχανικά και φρούτα και ενίοτε υπήρχε κρέας ή ψάρι.

Σε κάθε κλινική υπήρχαν δύο θεραπευτές έμπειροι *ιατροί* με τρεις τακτικούς βοηθούς ιατρούς (*υπουργοί έμβαθμοι*), δύο έκτακτους βοηθούς ιατρών (*υπουργοί περισσοί*) και δύο βοηθητικά άτομα (*υπηρέται*). Οι δύο άνδρες γιατροί του γυναικολογικού τομέως είχαν τη βοήθεια μίας ιατρού (*ιάτραйна*), τεσσάρων γυναικών τακτικών βοηθών ιατρών

(υπούργισσαι έμβαθμοι), δύο γυναικών βοηθών ιατρών εκτάκτων (υπούργισσαι περισσαί) και δύο γυναικών για βοηθητικές εργασίες (υπηρέτριαι). Επιπλέον το νοσοκομείο διέθετε τέσσερις ιατρούς – δύο ειδικευμένους στη χειρουργική και δύο στην εσωτερική παθολογία – ως προσωπικό μιας κλινικής εξωτερικών ασθενών (υπέρ των έξωθεν αρρώστων). Αυτοί οι ιατροί επικουρούντο από τέσσερις τακτικούς και τέσσερις εκτάκτους βοηθούς ιατρών.

Πρόεδρος του νοσοκομείου ήταν ο νοσοκόμος. Με βοηθό τον μειζότερο, αξιωματούχος και αυτός, φρόντιζαν για την τροφή, τα καύσιμα και τα φάρμακα του νοσοκομείου, έκαναν έλεγχο για να χρησιμοποιούνται αυτά σωστά προς όφελος των πασχόντων, τόσο των νοσηλευομένων στο θάλαμο όσο και των προσερχομένων στο εξωτερικό ιατρείο.

Όστε στον Ξενώνα, πρώτη φορά στην ιστορία, υπάρχουν γυναίκες ιάτρινες και ιατρομαίες. Υπάρχει γυναικολογική κλινική, καινοτομία αυτή για res, «πράγματα», αντικείμενα, όπως οι Ρωμαίοι θεωρούσαν τις γυναίκες. Μάλιστα υπήρχε ο Ξενών του Λιβός, που δεχόταν αποκλειστικά γυναίκες ως ασθενείς, σύμφωνα με το τυπικόν του. Οι Ξενώνες θα αποκτήσουν μεγάλη φήμη. Η Δύση, μετά από 1.000 και πλέον έτη ουδετερότητας και απραξίας, τώρα θα δεχθεί την οργανωμένη ελληνική ιατρική. Θα ιδρυθεί το πρώτο νοσοκομείο στη Δύση τον 9<sup>ο</sup> αιώνα, το 860 μ.Χ. στο Σαλέρνο.

Το 948 μ.Χ. στην Κωνσταντινούπολη θα γίνει εγχείρηση διαχωρισμού συμφυών παιδων, σιαμαίων αδελφών (Μάτσαγγας Α., Μαρκέτος Σ.: *Χειρουργική επέμβαση επί συμφυών παιδων στο Βυζάντιο τον Ι-αίωνα. Materia Medica Greca 1985; 13: 415-422, Μάτσαγγας Α., Μαρκέτος Σ.: Πτυχές του νοσηλευτικού συστήματος των Βυζαντινών. Materia Medica Greca 1990; 18:194-198*). Χρησιμοποιούνται χειρουργικά εργαλεία ως και στην αρχαιότητα, αλλά βελτιωμένα και σ' αυτά προστίθενται νέα. Είναι ποικίλες οι χειρουργικές επεμβάσεις και ορισμένες εξ αυτών απαιτούν «γνώση, τόλμη και δεξιοτεχνία». Γίνεται απολίνωση αρτηριών, εγχείρηση αρτηριακών ανευρυσμάτων, ακόμη και στον εγκέφαλο, εγχείρηση φλεβικών κισμών, κρανιοανάτρηση, μαστεκτομή, αμυγδαλεκτομή, κήλη, αφαίρεση αιμορροϊδων, επεμβάσεις μαιευτικές και οφθαλμολογικές. Επίσης η πρόοδος αφορούσε και σε επεμβάσεις χωρίς χειρουργικές τομές, π.χ. με εργαλεία, καθετήρες, προς αφαίρεση λίθων από το ουροποιητικό σύστημα.

Τα φύλλα μηκύνου χτυπημένα στο γουδί και με λίγο κρασί πίνονταν ως αναλγητικό ή αναισθητικό σε εγχείρηση, η σκύλλα ήταν καλό καρδιοτονωτικό, η κολχικίνη, εισαχθείσα τον 7<sup>ο</sup> αιώνα μ.Χ. κατά της αρθρίτιδος, είναι φάρμακο που χρησιμοποιείται τις ημέρες μας στη θεραπεία της ουρικής αρθρίτιδος και περικαρδίτιδος. Για την αντιμετώπιση των παθήσεων υπάρχει πλήθος φαρμάκων εξωτερικής εφαρμογής ή λήψης από το στόμα: εκχυλίσματα, αφεψήματα, αρώματα, αιθέρια έλαια, σκονάκια (κόνεις), διαλύματα, δισκία, τροχίσκοι, κοκκία, υπόθετα για το έντερο ή τον κόλπο, αλοιφές, επιθέματα, τσιρότα (κηρωτές), έμπλαστρα, καταπλάσματα. Στην ημερησία διάταξη ήσαν οι υποκλυσμοί, αφαιμάξεις με φλεβοτομία ή βεντούζες, λουτρά ποικίλα. Τα φάρμακα, ως αναφέρει ο Γεράσιμος Ρηγάτος, έχουν μέτρα και σταθμά ώστε οι ποσότητες του καθενός να είναι σταθερές. Χορηγείται υπολογισμένη δόση για κάθε ασθενή. Στους Ξενώνες του Βυζαντίου θα αναπτυχθούν νέοι τομείς ερεύνης, όπως η ιατρική χημεία και η πειραματική φαρμακολογία. Υπήρχε πλούσιο Μυρεψείον (φαρμακείο) και ο **Νικόλαος Μυρεψός** τον 13<sup>ο</sup> αι. μ.Χ. έγραψε σύγγραμμα υπό τον τίτλο «Δυναμερόν», που περιείχε 2.356 συνταγές φαρμάκων και απετέλεσε τη βάση για τις ευρωπαϊκές φαρμακοποιίες μέχρι τον 17<sup>ο</sup> αιώνα.

Για τη συμβολή των Αράβων στην Ιατρική δεν μπορεί να γίνει σοβαρή συζήτηση. Η γνώμη μας ενισχύεται από ιστορικούς ως η καθηγήτρια Ελένη Γλύκατζη -Αρβελέρ, η οποία υποστηρίζει ότι είναι διαστρέβλωση της αλήθειας από τους Ευρωπαίους ότι έμαθαν την ελληνική γραμματεία όχι από τους διανοούμενους του Βυζαντίου αλλά μέσω των Αράβων της Ισπανίας (*Γιατί το Βυζάντιο*, εκδ. *Ελληνικά Γράμματα*, σελ. 255, Αθήνα 2009). Οι Άραβες, απόντες εντυπωσιακά στις τέχνες και τα γράμματα πριν τον 7<sup>ο</sup> αιώνα, μετά τον 8<sup>ο</sup> αιώνα αιφνιδιάζουν με την εμφάνιση γιατρών όπως ο Ραζής ή Abu Bark (850 – 923), ο Αλή Αββάς (930 – 994), ο Αβικένας ή Abu Ali Sina (980–1037), και οι τρεις στη Βαγδάτη. Οι Άραβες ιατροί ήσαν ηχώ των βυζαντινών νοσοκομείων που λειτουργούσαν στην Αλεξάνδρεια, την Αντιόχεια ή τη Βαγδάτη πριν τις κατακτήσουν. Μετά τον 12<sup>ο</sup> αι βαθιά σιωπή επικρατεί σ' όλες τις Αραβικές χώρες ως προς την Ιατρική.

Το Βυζαντινό Νοσοκομείο γίνεται το καύχημα της κοινωνίας, συνώνυμο με την αλληλεγγύη και τη φιλανθρωπία, την αγάπη. Σήμερα, χώρες με άσχημα νοσοκομεία θεωρούνται καθυστερημένες. Στην Ευρώπη επαιρούνται πολύ για το υψηλό επίπεδο ζωής και εννοείται ότι έχουν καλή λειτουργία των νοσοκομείων.

Όστε αυτή η θεαματική αλλαγή οφείλεται πρακτικά στην απελευθέρωση των δούλων και της γυναίκας. Επί Βυζαντίου **γεννιέται το σχολείο, μαθαίνουν γράμματα και οι φτωχοί**, η **στοιχειώδης εκπαίδευση** ήταν τριετής, η **μέση εκπαίδευση** διαρκούσε 4-5 χρόνια. Για πρώτη φορά στην ιστορία εμφανίζεται η **ανώτατη εκπαίδευση με τη μορφή Πανεπιστημίου**. Ο Θεοδόσιος ο Β' το 425 εγείρει το **Πανδιδακτήριο** (Πανεπιστήμιο) της Κωνσταντινούπολης, το πρώτο Πανεπιστήμιο της ιστορίας.

Στο Βόσπορο **οργανώνεται η κοινωνία** της αυτοκρατορίας και όλης της Ευρώπης με **Νεαρές και Κώδικες**, βάσει του Ορθοδόξου Τριαδικού Δόγματος και της ελευθερίας του ανθρώπου. Έτσι σε λίγους αιώνες όλη η Ευρώπη, από Αγγλία μέχρι Ρωσία στα βάθη της Ασίας, παρουσιάζει βαθμηδόν πολιτισμό, ο οποίος τελικώς θα είναι ανώτερος από εκείνον σε όλες τις άλλες χώρες.

Σε όλα τα θαυμαστά του Βυζαντίου ο **ελληνισμός** είναι μοχλός, καλλιεργείται η **ελληνική γλώσσα** και, βέβαια, το **πνεύμα του Ορθοδόξου χριστιανισμού**, πνεύμα προόδου και πολιτισμού. Επί Ηρακλείου καθιερώνεται ο αρχαίος ελληνικός όρος «βασιλεύς».

Στη **στρατιωτική οργάνωση** το Βυζάντιο παίρνει πάλι άριστα. Ο Βόσπορος έχει **εξαιρετη οργάνωση στρατού, ανεκάλυψε και το υγρόν πυρ**. **Στο Βυζάντιο η ζωή ήταν καλή, καλύτερη από τις άλλες χώρες**. Στην Κωνσταντινούπολη, στη Θεσσαλονίκη, στην επαρχία μέχρι τα βάθη των συνόρων της Αυτοκρατορίας υπήρχε διοίκηση καλή.

Η **διπλωματία και η εξωτερική πολιτική** του Βυζαντίου ήσαν καθ' όλα εξαιρετικές. Το **χρυσό 24 καρατίων νόμισμα του Βυζαντίου** ήταν σταθερό τουλάχιστον επί οκτακόσια χρόνια και κυκλοφορούσε σε όλο τον τότε γνωστό κόσμο. Άγνωστος ο πληθωρισμός.

Μνημειώδης είναι η **βυζαντινή τέχνη**. Η ζωγραφική άσκησε τη γοητεία τους στους γειτονικούς λαούς, στους Βενετούς και στη Ραβέννα, στο Κίεβο και στη Γεωργία, στη μητρόπολη της Σικελίας (1130 μ.Χ.) όπου οι ψηφιδωτές μορφές με απέριπτο κάλλος και ένθεη γαλήνη ανήκουν στη φάση του κλασικισμού των Κομνηνών (*Delvaye Ch.: Βυζαντινή Τέχνη, μετάφραση Μ.Β. Παπαδάκη, 1991, σελ. 381-391*). Ακόμα και στην Κόρντοβα της Ισπανίας ο χαλίφης El Hakan Β' χρησιμοποίησε για το νέο του τζαμί τεχνίτες σταλμένους από το Ρωμανό Β' (10<sup>ος</sup> αι.) της Βασιλευσύσης. Τον 15<sup>ο</sup> αιώνα η Δύση καυχάται για τον Ελ Γκρέκο τον ζωγράφο Δομήνικο Θεοτοκόπουλο.

Ξενώνες, ως εκείνος της Μονής Παντοκράτορος και άλλοι θα γίνουν αναμνήσεις, όταν θα έλθει ο Μωάμεθ ο Πορθητής. Παρακολουθούν και αυτά τη λεηλασία, τη βαρβαρότητα των κατακτητών, τον εκλατινισμό, το γενιτσαρισμό, τη φυγή των λογίων και πλουσίων. Το 1453 στην ουσία οι Ναοί της Ορθόδοξου Εκκλησίας, όσοι μένουν ανοικτοί, λειτουργούν από τους λίγους «αγραμμάτους» και πιστούς. Εκεί θα συνεχίζεται η Ορθόδοξη Λατρεία και θα υπάρχει η φτωχή ελληνική φωνή. Εκεί οι εξ ανάγκης και οι εκ πεποιθήσεως ανιδιοτελείς θα στηρίζουν τον πλησίον με πίστη στο Θεό και στο εθνικό συμφέρον. Στην Εκκλησία, ιδιαιτέρως στις Μονές με παρελθόν σε νοσοκομειακή δραστηριότητα, ασκείται ενίοτε η Ιατρική στον πάσχοντα όχι μόνον εμπειρικά, αλλά και επαγγελματικά, με όλες βεβαίως τις στερήσεις. Ανάμεσα σ' αυτές τις νοσηλευτικές μονάδες υπό τον τουρκικό ζυγό αναφέρονται συχνά η **Νοσηλευτική της Μονής Αγίας Φιλοθέης** στην Αθήνα. Λειτουργούσε μέχρι το 1859, η οποία, πέραν του Νοσοκομείου, διέθετε Ορφανοτροφείο και Παρθενώνα-εκπαιδευτήριο για τις γυναίκες.

Νοσηλευτική Μονάδα λειτουργούσε επίσης στη **Μονή Προύσσης Ευρυτανίας**, στην οποία κατ' επανάληψη νοσηλεύτηκε ο Γεώργιος Καραϊσκάκης. Άλλη **Νοσηλευτική Μονάδα ήταν η Μονή του Οσίου Λουκά Βοιωτίας**, όπου έγινε η ανακάλυψη και θεραπεία της υπερκοιλιακής παροξυσμικής ταχυκαρδίας.

## ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Πρώτο χτίστηκε το **Στρατιωτικόν Νοσοκομείον το 1836**, απέναντι από το σπίτι του στρατηγού Μακρυγιάννη. Στη συνέχεια είχαμε το **Δημοτικόν Νοσοκομείον** (1842) στην οδό Ακαδημίας, το **Τζάννειον Γενικόν Νοσοκομείον Πειραιώς** (1864), τον **Ευαγγελισμόν** (1884), το **Αρεταίειον** (1895), το **Αιγινήτειον** (1901), το **Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»** (1901), το **Νέον Δημοτικόν Νοσοκομείον η Ελπίς** (1904), το **Νοσοκομείον Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «Α. Συγγρός»**, το **Ιπποκράτειον** που χτίστηκε για γυμνάσιο το 1880 και μετετράπη σε νοσοκομείο **το 1912**, το **Μαιευτήριον Μαρίας Ηλιάδη-Έλενας** (1926), το **Νοσοκομείον Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού** (1930), γνωστό και ως **Κοργιλλένειον-Μπενάκειον**, το **Λαϊκόν Νοσοκομείον Αθηνών** (1933), το **Νοσοκομείο Παίδων «Παναγιώτη και Αγλαίας Κυριακού»** (1936), το **Νοσοκομείον «Αλεξάνδρα»**, το **Δημόσιον Μαιευτήριον Αθηνών** (1954), το **Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά Μεταξά** (1967).

Σήμερα έχουμε νοσοκομεία που λειτουργούν καλά και αποτελεσματικά, όπως και τα άλλα Ευρωπαϊκά στη Δύση με όλες τις βασικές ειδικότητες. Έτσι στην Καρδιολογία οι πάσχοντες βρίσκουν λύσεις, ως και στο εξωτερικό για την υπέρταση ή υψηλή χοληστεριναιμία με αποτελεσματικά φάρμακα, το ίδιο εάν έχουν καρδιακή ανεπάρκεια με φάρμακα, αλλά και τεχνητό βηματοδότη ή/και εμφυτευμένο απινιδωτή. Σε στεφανιαία νόσο και τις βαλβιδοπάθειες η παρακολούθηση και αντιμετώπισή τους είναι σύγχρονη. Γίνονται τοποθετήσεις stent σε πρωτογενή αγγειοπλαστική τις πρώτες ώρες του οξέος εμφράγματος η ίδια θεραπεία σε χρόνια στεφανιαία νόσο ή εγχειρήσεις μπαϊπάς, ενώ σε σοβαρές βαλβιδοπάθειες, με το ίδιο ποσοστό επιτυχίας των δυτικών χωρών διενεργείται π.χ. τοποθέτηση αορτικής τεχνητής βαλβίδας με καθετηριασμό από επεμβατικό καρδιολόγο ή αντικατάσταση της πάσχουσας βαλβίδας με τεχνητή βαλβίδα από τον χειρουργό. Επιπλέον η Ελλάδα στο Ετήσιο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Καρδιολογίας είναι παρούσα με πλήθος ερευνητικών ανακοινώσεων και συγκαταλέγεται μεταξύ των πρώτων 5-6

χωρών, ενώ η επιστημονική επάρκεια των Ελλήνων Ιατρών αντικειμενικά είναι εφάμιλλη, αν όχι καλύτερη εκείνης των πλέον προηγμένων χωρών του δυτικού κόσμου, επίτευγμα εθνικής σημασίας, που θα πρέπει να διατηρήσουμε με κάθε τρόπο.





