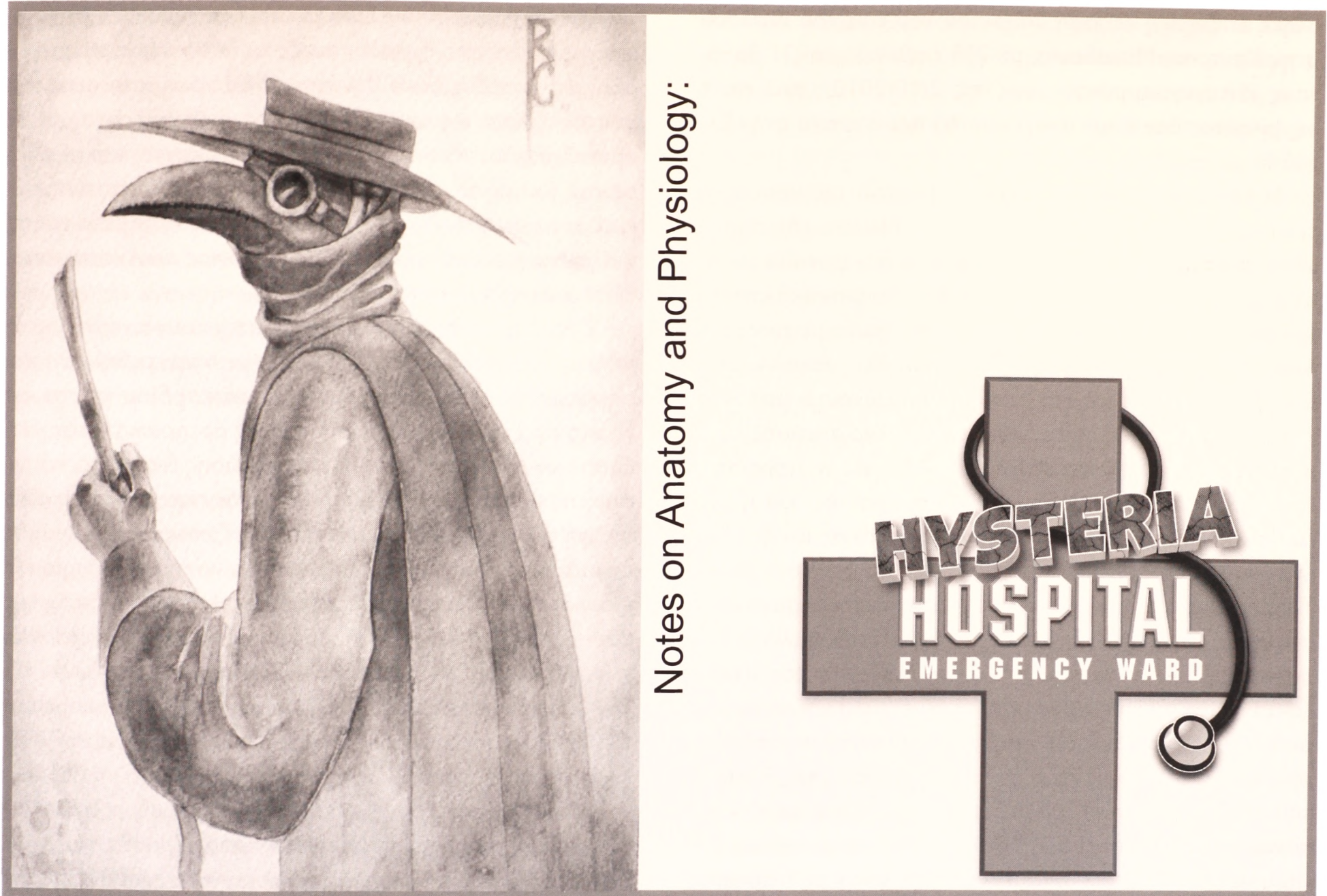


ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΙΔΙΟΜΟΡΦΙΕΣ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΤΑΚΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ



Η «δημόσια υγεία» είναι όρος που έχει κακοπάθει στην Ελλάδα. Συνήθως, με αυτόν εννοούμε το «δημόσιο σύστημα περίθαλψης», αντιδιαστέλλοντας με τις υπηρεσίες περίθαλψης του ιδιωτικού τομέα. Θα ήθελα εδώ να αναφερθώ σε μια διαφορετική έννοια του όρου «δημόσια υγεία»: στους παράγοντες (συνήθως περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς), τις πολιτικές και τις ενέργειες που αφορούν την υγεία ενός πληθυσμού σαν σύνολο, αντιδιαστέλλοντας με την κλινική πράξη (συνήθως διαγνωστική και θεραπευτική), που αφορά την υγεία ενός ατόμου.

Η οπτική της δημόσιας υγείας

Έχει αναδειχθεί ξανά και ξανά από πληθώρα ερευνών, έχει γραφτεί πολλές φορές, έχει πλέον αναχθεί σε θεμελιώδη αρχή της ιατρικής και των επιστημών υγείας: η αιτιολογία των νοσημάτων είναι πολυπαραγοντική. Η σημερινή μας κατανόηση των πραγμάτων δεν έχει θέση για «την» αιτία ενός νοσήματος, αλλά είναι πιο ακριβές να γίνεται λόγος για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην επέλευσή του.

Ο Τάκης Παναγιωτόπουλος είναι καθηγητής στον Τομέα Υγείας του Παιδιού της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Ας πάρουμε ένα πρόσφατο για τη χώρα μας παράδειγμα, τον λεγόμενο «πυρετό του Δυτικού Νείλου». Όπως είναι γνωστό, πρόκειται για νόσημα που μεταδίδεται με μολυσμένα κουνούπια και στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων έχει ήπια ή καθόλου συμπτώματα. Σε λιγότερο από 1% όσων μολύνονται με τον ιό, και κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα, εμφανίζονται συμπτώματα μηνιγγίτιδας ή/και εγκεφαλίτιδας, που κατά κανόνα περνάνε χωρίς παραπέρα προβλήματα. Κατά το φετινό καλοκαίρι εμφανίστηκε επιδημική έξαρση «πυρετού του Δυτικού Νείλου» στην Κεντρική Μακεδονία, με 255 ασθενείς και 31 θανάτους καταγεγραμμένους έως τις 3/10/2010,¹ ενώ ποτέ μέχρι φέτος δεν είχαν αναγνωριστεί περιστατικά στην Ελλάδα.

Η κλασική προσέγγιση θέλει «η» αιτία της νόσου να είναι η μόλυνση με τον ιό του Δυτικού Νείλου. (Ας σημειωθεί ότι ιστορικά, η αντίληψη του ενός και μοναδικού αιτίου των νοσημάτων έχει τροφοδοτηθεί σημαντικά από το μοντέλο των λοιμωδών νοσημάτων, σύμφωνα με το οποίο θεωρείται ότι «το» μικρόβιο προκαλεί «τη» νόσο.) Ωστόσο, μεγάλο ποσοστό αυτών που μολύνονται με τον ιό του Δυτικού Νείλου δεν εμφανίζουν κανένα απολύτως σύμπτωμα, ούτε καν μικρή αδιαθεσία. Άρα, για να αρρωστήσει κάποιος επενεργούν κι άλλοι παράγοντες, και η μόλυνση με τον ιό καθίσταται ένας –αναγκαίος ίσως, αλλά ένας– από περισσότερους παράγοντες που παίζουν ρόλο. Τυπικά, μια σημαντική επιπλέον κατηγορία παραγόντων αφορά τη γενετική ιδιοσυσστασία του ατόμου, δηλαδή –το παράδειγμά μας– τα γενετικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το αμυντικό σύστημα εν γένει αλλά και σε σχέση με τον συγκεκριμένο ιό. Μπορεί, επιπλέον, να υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες, όπως η κατάσταση της θρέψης του ατόμου (η οποία σχετίζεται ενδεχομένως με την οικονομική του ευμάρεια), η συνύπαρξη κάποιων ασθενειών (που με τη σειρά τους μπορεί να σχετίζονται με διάφορες πλευρές των συνθηκών και του τρόπου ζωής) και άλλες ακόμη παράμετροι. Όλα αυτά αποτελούν, λοιπόν, κρίκους στην «πολυπαραγοντική» αλυσίδα.

Πέρα και πάνω από όλα αυτά, όμως, υπάρχει και η κατηγορία των παραγόντων που επέδρασαν ώστε να εμφανιστεί φέτος επιδημική έξαρση «πυρετού του Δυτικού Νείλου», ενώ ποτέ προηγουμένως δεν είχαν καταγραφεί περιστατικά στην Ελλάδα, παρότι έχει βρεθεί από μελέτες ότι ο ιός κυκλοφορεί στη χώρα μας από πολλά χρόνια.² Κατά πάσαν πιθανότητα, οι παράγοντες αυτοί σχετίζονται με κλιματικές μεταβολές και οικολογικές παραμέτρους που οδηγούν στην αύξηση του πληθυσμού των κουνουπιών, ο οποία με τη σειρά της συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα μετάδοσης του ιού σε ανθρώπους. Να, λοιπόν, και άλλοι κρίκοι στην «πολυπαραγοντική» αλυσίδα.

Η «οπτική της δημόσιας υγείας» εστιάζει στο σύνολο των παραγόντων που επενεργούν για να προκληθεί ένα νό-

σημα, ενώ η «δημόσια υγεία» ως επιστημονικός κλάδος διαθέτει τα μεθοδολογικά εργαλεία για να αξιολογεί τη σχετική βαρύτητα του κάθε παράγοντα και να οργανώνει τρόπους παρέμβασης –αποτελεσματικής παρέμβασης– ώστε να ελαττώνονται οι βλαπτικές επιδράσεις.

Στη χώρα μας, κάτι λιγότερο από τους μισούς θανάτους (περίπου 45% το 2007) οφείλονται στα λεγόμενα καρδιαγγειακά νοσήματα (όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), ενώ ένας στους τέσσερις θανάτους (περίπου 25% το 2007) οφείλονται σε καρκίνο –από κοινού, δηλαδή, αυτές οι δύο κατηγορίες αφορούν επτά στους δέκα θανάτους.³ Τα νοσήματα αυτά χαρακτηρίζονται ως «χρόνια» και αντιδιαστέλλονται με τα «μεταδοτικά», τα οποία συνήθως επέρχονται και εξελίσσονται με τρόπο οξύ –παρότι η πραγματικότητα είναι αρκετά πιο σύνθετη. Για τα λεγόμενα χρόνια νοσήματα το μοντέλο της πολυπαραγοντικής αιτιολογίας των νοσημάτων είναι ακόμη πιο προφανές.

Είναι ευρύτατα γνωστό πλέον ότι έχουν αναγνωριστεί πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση νοσημάτων όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο –υψηλή αρτηριακή πίεση, αύξηση των λιπιδίων στο αίμα, σακχαρώδης διαβήτης, κάπνισμα, παχυσαρκία, έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, διατροφή πλούσια σε ζωικά λίπη, αλάτι, ζάχαρη και πτωχή σε φρούτα και λαχανικά. Επιπλέον, πηγαίνοντας ένα βήμα πιο πίσω στην αιτιολογική αλυσίδα, αποτελεί σταθερό εύρημα πάμπολλων μελετών ότι η εμφάνιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων (καθώς και σχεδόν όλων των νοσημάτων εξάλλου) σχετίζεται με τη χαμηλή κοινωνικο-οικονομική θέση των ατόμων, στοιχείο που συμπυκνώνει πολλές και αξεδιάλυτες επιδράσεις.⁴

Η πολυπλοκότητα, όμως, δεν σταματά εδώ. Τα τελευταία 15-20 χρόνια έχει έλθει στο προσκήνιο ότι τα άτομα που γεννήθηκαν με χαμηλό βάρος γέννησης (που αποτελεί μέτρο της θρέψης τους κατά την ενδομήτρια ζωή) έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθουν νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων μετά από πολλά χρόνια, στην ενήλικη ζωή. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα εάν κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου ζωής ή μετά από αυτόν υπάρξει αντισταθμιστική πρόσληψη βάρους, δηλαδή εάν αναπληρώσουν το «χαμένο βάρος» της εμβρυϊκής περιόδου με ταχεία αύξηση του βάρους τους, ακόμη και σε επίπεδα που θεωρούνται φυσιολογικά για τα άτομα που γεννήθηκαν με κανονικό βάρος γέννησης.⁵ Τα συμπεράσματα αυτά προέκυψαν αρχικά από ιδιαίτερα έξυπνες μελέτες που αξιοποίησαν συντηρημένα αρχεία της περιόδου 1910 έως 1930 με καταγραφές για το βάρος γέννησης των παιδιών σε μικρές πόλεις (χωρών όπως η Βρετανία ή η Φινλανδία) και τον συνδυασμό των πληροφοριών αυτών με δεδομένα από σύγχρονα μητρώα της αιτίας θανάτου των κατοίκων των ίδιων περιοχών, περίπου 50 με 70 χρόνια μετά.

Το φαινόμενο έχει αποδοθεί σε μηχανισμούς που όχι μόνον έχουν ενδιαφέρον για την κατανόηση της βιολογίας μας, αλλά και μπορεί να προσφέρουν ευκαιρίες για τη λήψη μέτρων πρόληψης. Το έμβρυο έχει την «αναπτυξιακή πλαστικότητα» ώστε εάν εκτεθεί σε ενδομήτριο περιβάλλον που δίνει το μήνυμα ότι η διαθέσιμη τροφή είναι περιορισμένη, τότε προσαρμόζει τα χαρακτηριστικά του μεταβολισμού του ώστε να ταιριάζει καλύτερα σε τέτοιες συνθήκες. Οι ενδομήτριες αυτές προσαρμογές –όπως και αρκετές άλλες– έχουν μόνιμο χαρακτήρα και διατηρούνται σε όλη την υπόλοιπη ζωή. Έτσι, η προσαρμοστική ικανότητα που αποτελούσε πλεονέκτημα για την επιβίωση του ανθρώπου την εποχή που ήταν κυνηγός και τροφοσυλλέκτης, σήμερα, στην εποχή της αφθονίας, αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την πρόκληση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Παρότι έχουν ήδη περάσει πάνω από δέκα χρόνια που όλα αυτά αποτελούν καθιερωμένες γνώσεις, ελάχιστα έχουν γίνει για την ενσωμάτωσή τους στις στάσεις που υιοθετεί η κοινωνία μας. Η «μετάφραση» των επιστημονικών γνώσεων σε ενέργειες και πολιτικές που κατατείνουν στη βελτίωση της υγείας αποτελεί σημαντικό έργο της δημόσιας υγείας.

Μια κρίσιμη ιδιομορφία στην Ελλάδα

Στην πολιτική υγείας που ασκείται στη χώρα μας αγνοείται με τρόπο ακραίο η ανάγκη συστηματικών ενεργειών και παρεμβάσεων στους παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην υγεία. Αντ' αυτού, είμαστε πρώτοι στην (υπερ)κατανάλωση διαγνωστικών υπηρεσιών και φαρμάκων. Η υπερκατανάλωση, όμως, δεν περιορίζεται εκεί. Αποτελεί τον κοινό παρονομαστή πολλών προβλημάτων υγείας που η εξάπλωσή τους στην Ελλάδα βρίσκεται σε επίπεδα ρεκόρ.

Ένα τυπικό παράδειγμα προβλήματος υγείας με υπόβαθρο την υπερβολική κατανάλωση είναι η παιδική παχυσαρκία. Σε κλασική ανασκόπηση στοιχείων από πολλές χώρες που πραγματοποίησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2004, η Ελλάδα βρίσκεται στη δεύτερη θέση ως προς την παιδική παχυσαρκία (μετά τις ΗΠΑ, που είναι γνωστό ότι κατέχουν τα σκήπτρα).⁶ Αυτό από μόνο του είναι μεγάλο πρόβλημα, όμως το ζήτημα δεν σταματά εκεί.

Όπως είναι γνωστό σε όσους είναι γονείς, όλα τα παιδιά στην Ελλάδα έχουν το Βιβλιάριο Υγείας του Παιδιού, το βιβλιαράκι όπου αναγράφονται μετρήσεις βάρους-ύψους, εμβολιασμοί κλπ. Πρόκειται για ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο: μεταξύ άλλων περιλαμβάνει τις λεγόμενες καμπύλες αύξησης (τα διαγράμματα που απεικονίζουν την κατανομή βάρους και ύψους των παιδιών στον πληθυσμό ανάλογα με την ηλικία), οι οποίες δείχνουν με μια ματιά σε ποια θέση τοποθετείται ένα παιδί ως προς το βάρος και ύψος του σε σχέση με 100 παιδιά της ηλικίας του. Ωστόσο, στα βιβλιάρια που από μερικά χρόνια κυκλοφορούν στην Ελλάδα οι καμπύλες αύξησης είναι «παχύσαρκες», δηλαδή

έχουν πολύ υψηλά όρια βάρους (καθώς έχουν προέλθει από μελέτη σε πληθυσμό παιδιών με μεγάλο ποσοστό παχυσαρκίας), κάτι που για πολλά παιδιά τις καθιστά ακατάλληλες να επισημάνουν ενδεχόμενο πρόβλημα υπερβολικού βάρους. Πριν από 3-4 χρόνια, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημοσίευσε καλά μελετημένες «ιδανικές» καμπύλες αύξησης,⁷ στη χώρα μας, όμως, δεν έχουν υιοθετηθεί παρά τις επισημάνσεις που έχουν γίνει. Είναι χαρακτηριστικό ότι με βάση τις καμπύλες βάρους-κατά-ηλικία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα αγόρια 10 ετών, για παράδειγμα, θεωρείται ότι βρίσκονται στο υψηλότερο 3% των παιδιών της ηλικίας τους (πάνω από την 97η εκατοστιαία θέση, όπως λέγεται) όταν το βάρος τους υπερβαίνει τα 44 kg,⁸ ενώ το αντίστοιχο όριο με βάση τις «δικές μας» ελληνικές καμπύλες είναι τα 57 kg⁹ –μια ανοχή κατά 13 ολόκληρα κιλά!

Ειδικό αλλά χαρακτηριστικό για την κατάσταση στην Ελλάδα είναι το ζήτημα της συχνότητας της σίτισης των βρεφών με τεχνητή διατροφή (δηλαδή με γάλα-σκόνη) και όχι με θηλασμό. Και εδώ έχουμε αρνητικό ρεκόρ σε διεθνές επίπεδο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η UNICEF καθώς και εθνικοί οργανισμοί διαφόρων χωρών συνιστούν τον αποκλειστικό θηλασμό των βρεφών κατά τους πρώτους 6 μήνες ζωής,¹⁰ γιατί τα βρέφη που θηλάζουν έχουν πολλαπλά οφέλη σε σχέση με αυτά που τρέφονται με γάλα-σκόνη, οφέλη που συνδέονται με πιο αποτελεσματικό αμυντικό σύστημα, πιο μικρή τάση για παχυσαρκία, πιο ισχυρό δεσμό μητέρας-βρέφους και άλλα ακόμη.¹¹ Σε πρόσφατη ελληνική μελέτη, όμως, βρέθηκε ότι 56% των νεογέννητων στην Ελλάδα λαμβάνουν γάλα-σκόνη ήδη από την πρώτη εβδομάδα ζωής, ενώ το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 78% στην ηλικία των 3 μηνών και στο 98,5% στους 6 μήνες.¹²

Σε όλον τον κόσμο η υποστήριξη του θηλασμού των βρεφών –και η προστασία του από την επέλαση της τεχνητής διατροφής– έχει υψηλή προτεραιότητα. Το ζήτημα δεν είναι, βέβαια, η συμπεριφορά των ατόμων μεμονωμένα, αλλά οι συνθήκες που σε μια κοινωνία οδηγούν στην κυριαρχία της μιας ή της άλλης στάσης στον πληθυσμό σαν σύνολο. Ο «Διεθνής Κώδικας για την εμπορία των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος», που εκδόθηκε το 1981 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας,¹³ είναι σχεδόν άγνωστος στην Ελλάδα. Όχι μόνον αυτό. Τα μαιευτήρια συνεχίζουν σε μεγάλο βαθμό να αποτελούν χώρους προώθησης της τεχνητής διατροφής για τα μωρά: στην ελληνική μελέτη που αναφέρθηκε παραπάνω βρέθηκε ότι με την έξοδο από το μαιευτήριο 35% των μητέρων έλαβαν δωρεάν δείγμα γάλατος, ενώ 65% έλαβαν σχετική γραπτή σύσταση, με την κατάφορη παραβίαση των ρητών προβλέψεων του Κώδικα.

Το τελευταίο παράδειγμα που θα ήθελα να αναφέρω είναι (κι αυτό) ακραίο και τείνει να λάβει δραματικές δια-

στάσεις. Αφορά την ανάπτυξη μικροβιακών στελεχών που είναι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά, φαινόμενο που συνδέεται ευθέως με την υπερβολική κατανάλωση αντιβιοτικών. Αφορά, επίσης, το αλληλένδετο θέμα της εμφάνισης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Η Ελλάδα κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη σε σχέση με τη συχνότητα ανάπτυξης μικροβιακών στελεχών που είναι ανθεκτικά σε ορισμένα αντιβιοτικά,¹⁴ και την πρώτη θέση σε σχέση με την κατανάλωση αντιβιοτικών.¹⁵ Το θέμα έχει επισημανθεί επανειλημμένα,¹⁶ αλλά τα πράγματα συνεχίζουν το δρόμο τους.

Η κατάσταση είναι εξαιρετικά σοβαρή: τα νοσοκομεία στην Ελλάδα –και κυρίως οι ειδικές μονάδες όπου νοσηλεύονται επιβαρυνόμενοι ασθενείς– τείνουν να καταστούν χώροι όπου οι άρρωστοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να πάθουν σοβαρή λοίμωξη (επιπλέον του αρχικού τους προβλήματος), με μοιραία πολλές φορές κατάληξη. Το τελευταίο διάστημα, μάλιστα, η κατάσταση στην Ελλάδα έχει γίνει αντικείμενο διεθνούς ενδιαφέροντος καθώς ήδη «εξάγουμε» σε άλλες χώρες νοσοκομειακές λοιμώξεις από μικρόβια ανθεκτικά στα αντιβιοτικά.¹⁷

Πώς τα καταφέραμε έτσι στη χώρα μας; Πώς οδηγήσαμε ως κοινωνία να παίρνουμε τόσα φάρμακα, να καταναλώνουμε τα πιο πολλά αντιβιοτικά, να καπνίζουμε τα πιο πολλά τσιγάρα, να μπουκνώνουμε τα παιδιά μας με τόσες θερμίδες, όταν είναι τεκμηριωμένο πέρα από κάθε αμφιβολία ότι όλα αυτά υπονομεύουν πολύ σοβαρά την υγεία μας (για να μην αναφερθώ στη συζήτηση αυτή στις προφανείς οικονομικές επιπτώσεις); Το θέμα είναι σύνθετο και δεν επιδέχεται εύκολους αφορισμούς. Ασφαλώς, σχετίζεται με το «μοντέλο ανάπτυξης» των τελευταίων 20-30 ετών, με την ασυδοσία πολλών ιδιωτικών εταιρειών, τη διαπλοκή εταιρειών-γιατρών-υπηρεσιών, την έλλειψη θεσμών σχεδιασμού και εφαρμογής ορθολογικών πολιτικών, την ανεπάρκεια των μηχανισμών ελέγχου, τις στάσεις που έχουν καλλιεργηθεί, την κουλτούρα κατανάλωσης που έχει αναπτυχθεί.

Αυτά ισχύουν λίγο-πολύ για πολλούς τομείς της κοινωνικής και οικονομικής ζωής στη χώρα μας. Στα θέματα δημόσιας υγείας, όμως, υπάρχει και μια πρόσθετη ειδική παράμετρος, που κατά τη γνώμη μου αποτελεί, επίσης, κοινό παρονομαστή σε πολλά από τα προβλήματα υγείας: η ακραία ανεπάρκεια των θεσμών δημόσιας υγείας.

Η ανεπάρκεια των θεσμών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα

Από πού να αρχίσει κάνεις! Ξεκινώ από ένα θέμα που μπορεί να μην είναι το πιο κεντρικό, είναι όμως πολύ χαρακτηριστικό της όλης κατάστασης. Η Ελλάδα έχει την ευρωπαϊκή πρωτοτυπία να μην διαθέτει πρακτικά την ιατρική ειδικότητα της δημόσιας υγείας, δηλαδή την ειδικότητα των γιατρών που έχουν εκπαιδευτεί και εξειδικεύονται στις μεθόδους εκτίμησης των προβλημάτων υγείας ενός πλη-

θυσμού, στις τεχνικές καθορισμού και εφαρμογής πολιτικών και παρεμβάσεων σε πληθυσμιακό επίπεδο για τη βελτίωση της υγείας και στους τρόπους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων. Παρά ταύτα, στα χαρτιά ιατρική ειδικότητα δημόσιας υγείας υπάρχει (με νόμο του 2005, που αντικατέστησε άλλον του 1987, ο οποίος προέβλεπε την καθιέρωση της ειδικότητας «κοινωνικής ιατρικής» με ανάλογο περιεχόμενο). Ωστόσο, ποτέ (επαναλαμβάνω: ποτέ) μέχρι σήμερα δεν έχουν συσταθεί θέσεις για την απόκτηση αυτής της ειδικότητας από νέους γιατρούς –23 ολόκληρα χρόνια χωρίς εφαρμογή του αυτονόητου! Η έλλειψη αυτή έχει συνέπειες άμεσες και χειροπιαστές: επηρεάζει καταλυτικά τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένου επιστημονικού δυναμικού στη χώρα και ως εκ τούτου την ποιότητα των (ούτως ή άλλως ισχνών) υπηρεσιών και δραστηριοτήτων πρόληψης.

Ο σχεδιασμός και η οργάνωση πολιτικών και ενεργειών δημόσιας υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτα στη χώρα μας. Η δημόσια διοίκηση, κατά κανόνα αδύναμη να κατανοήσει τα προβλήματα, είναι ετερόφωτη και περιτριγυρισμένη από «συμβούλους» –αξιότιμους καθηγητές και «προγραμματάκηδες» με κύριο ενδιαφέρον να ποτιστεί η δική τους αυλή. Ό,τι γίνεται γίνεται επειδή «σπρώχνει» το θέμα κάποιος με τη σωστή πρόσβαση στον σωστό κύκλο εξουσίας και όχι επειδή κρίνεται ότι αποτελεί προτεραιότητα με βάση διατυπωμένα κριτήρια και καθορισμένες διαδικασίες. Ορισμένοι κεντρικοί φορείς ταγμένοι να προάγουν διάφορες πλευρές της δημόσιας υγείας, ανασφαλείς επιστημονικά και διάτρητοι διοικητικά, προτάσσουν την υπέρβαση του πελατειακού κράτους και την τήρηση ισορροπιών ανάμεσα σε μεγάλες και μικρές ομάδες εξουσίας. Έχουμε πια φτάσει σε οριακό σημείο.

Η ανάπτυξη υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε περιφερειακό επίπεδο –δύσκολο και σύνθετο έργο από μόνο του– επίσης εκκρεμεί. Παρά τις αλλεπάλληλες νομοθετικές προβλέψεις κατά την τελευταία 20ετία, όλα έχουν μείνει στα χαρτιά. Οι υπάρχουσες υπηρεσίες, κυρίως σε επίπεδο νομού, όχι μόνο πάσχουν από σοβαρότατη και χρόνια υποστελέχωση, αλλά και καλούνται να αναπτύξουν δραστηριότητες που βρίσκονται μερικές δεκαετίες πίσω. Καλούνται να επιτελούν σχεδόν αποκλειστικά έργο ελεγκτικό και γραφειοκρατικό, χωρίς δυνατότητες –με μεμονωμένες φωτεινές εξαιρέσεις– να ανταποκρίνονται στις σύγχρονες ανάγκες και απαιτήσεις. Κατά την εκτίμησή μου, ένα από τα κρίσιμα μέτωπα για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας στη χώρα μας είναι η περιφερειακή και τοπική οργάνωση σύγχρονων θεσμών δημόσιας υγείας. Η εφαρμογή των προβλέψεων του «Καλλικράτη» αποτελεί πρόκληση –αλλά έχουμε ως χώρα το δυναμικό να ανταποκριθούμε;

*

Εδώ και πολλά χρόνια γνωρίζουμε πέρα από κάθε αμφιβολία, ότι η υγεία επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγο-

ντες του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Ωστόσο, οι πολιτικές υγείας που ακολουθούνται συνεχίζουν να είναι επικεντρωμένες σχεδόν αποκλειστικά στη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη φαρμακευτική αγωγή. Ελάχιστα γίνονται για την παρέμβαση στους γενεσιουργούς παράγοντες της αρρώστιας. Στη χώρα μας, τα όποια λίγα προληπτικά μέτρα περιορίζονται συνήθως σε διοικητικές ρυθμίσεις ή τηλεοπτικά σποτ (τυπικό παράδειγμα η αντιμετώπιση του καπνίσματος). Τέτοια μέτρα ασφαλώς έχουν θέση αλλά, για να αποδίδουν καλύτερα, θα πρέπει να αποτελούν μέρος ενός συνόλου από πολιτικές και παρεμβάσεις σε πολλά επίπεδα. Όπως λέει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για να τονίσει τη σημασία των παρεμβάσεων στις συνθήκες ζωής και στη διαμόρφωση κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος που ευνοεί την υγεία, «οι ατομικές επιλογές που προάγουν την υγεία θα πρέπει να γίνουν οι εύκολες επιλογές». Η προσέγγιση αυτή απαιτεί γνώση των επιστημονικών δεδομένων, μελέτη και κατανόηση των εθνικών ιδιομορφιών, επινοητικότητα, συστηματικό σχεδιασμό και θεσμούς που λειτουργούν αποτελεσματικά τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Στην Ελλάδα τα προβλήματα είναι ιδιαιτέρως σύνθετα, γιατί βρισκόμαστε μπροστά σε καταστάσεις που χρονίζουν για δεκαετίες και έχουν φθάσει σε ακραίο σημείο, όπως προσπάθησα να δείξω εδώ. Για να αντιμετωπιστούν τα πράγματα δεν αρκεί να τίθενται «συνήθεις προγραμματισμοί», αλλά χρειάζονται βαθιές τομές για εξυγίανση και εξορθολογισμό στο όλο πλέγμα των τρόπων, των φορέων και των υπηρεσιών που αφορούν τη δημόσια υγεία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- 1 ΚΕΕΛΠΝΟ. Ημερήσια έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης της λοίμωξης από ιό του Δυτικού Νείλου στην Ελλάδα, 4/10/2010. Στο: www.keel.org.gr/keelpno/2010/id990/daily_report_20101004.pdf
- 2 Papa A., et al., Ongoing outbreak of West Nile virus infections in humans in Greece, July–August 2010. *Euro Surveillance* 2010; 15(34): pii=19644. Στο: www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19644
- 3 ΕΣΥΕ. Στατιστική Επετηρίδα 2008. Στο: www.dlib.statistics.gr/Book/GRESYE_01_0002_00060.pdf
- 4 WHO. The atlas of heart disease and stroke. 2004. Στο: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- 5 Barker DJP. The developmental origins of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society London B*. 2004; 359: 1359-

66. Στο: <http://rstb.royalsocietypublishing.org/content/359/1449/1359.full.pdf>
- 6 WHO. The atlas of heart disease and stroke. 2004. Στο: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/
- 7 WHO. The WHO child growth standards. 2006. Στο: <http://www.who.int/childgrowth/en/>
- 8 WHO. Weight for age for boys. 2007. Στο: http://www.who.int/growthref/wfa_boys_%205_10years_per.pdf
- 9 Χιώτης Δ, κ.ά., «Ανάστημα και σωματικό βάρος ελληνοπαίδων ηλικίας 0-18 ετών (2000-2001): σύγκριση με δεδομένα μελέτης 1978-1979». *Δελτίο Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*. 2003; 50(2). Στο: http://www.iatrikionline.gr/deltio_50b/03%20anastima.htm
- 10 WHO. The World Health Organization's Infant Feeding Recommendation. 2001. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/index.html
- 11 WHO. The Optimal Duration of Breastfeeding: a systematic review. 2001. Στο: www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html
- 12 Γάκη Ε., κ.ά., *Έκθεση. Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού*, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2009. Στο: www.nsph.gr/files/011_Ygeias_Paidiou/Ereunes/Ekthesi_Ethnikhs_Meleths_Thilasmou.pdf
- 13 WHO. International code of marketing of breast-milk substitutes. Resolution passed by the 34th World Health Assembly 34.22. Geneva: WHO, 1981. Στο: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
- 14 European antimicrobial resistance surveillance system (EARSS) annual report 2008. Στο: www.rivm.nl/earss/Images/EARSS%202008_final_tcm61-65020.pdf
- 15 Coenen S et al. European surveillance of antimicrobial consumption (ESAC): outpatient macrolide, lincosamide and streptogramin (MLS) use in Europe. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2006; 58: 418–422. Στο: jac.oxfordjournals.org/content/58/2/418.full.pdf και van de Sande-Bruinsma N et al. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. *Emerging Infectious Diseases* 2008; 14: 1722-30. Στο: <http://www.cdc.gov/eid/content/14/11/pdfs/1722.pdf>
- 16 Vatopoulos A., «High rates of metallo-beta-lactamase-producing *Klebsiella pneumoniae* in Greece - a review of the current evidence», *Euro Surveillance* 2008; 13(4):pii=8023. Στο: www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V13N04/art8023.pdf
- 17 Barbier F et al. Genesis of a KPC-producing *Klebsiella pneumoniae* after in vivo transfer from an imported Greek strain. *Euro Surveillance* 2010; 15(1):pii=19457. Στο: <http://www.eurosurveillance.org/images/dynamic/EE/V15N01/art19457.pdf> και Update: Detection of a Verona integron-encoded metallo-beta-lactamase in *Klebsiella pneumoniae* United States, 2010. *MMWR* 2010; 59(37): 1212. Στο: <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm5937.pdf>