

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΒΟΡΡΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΝΟΤΟ: ΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑ

ΤΑΣΟΣ Ε. ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ*



Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπήκε στην ορολογία αυτών που ασχολούνται με τον σχεδιασμό και την οργάνωση υπηρεσιών υγείας πριν από 8 χρόνια με την διακήρυξη της Αλμα Ατα, που ψηφίστηκε σε ειδικά οργανωμένη συνδιάσκεψη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της UNICEF από όλα τα κράτη του κόσμου. Από τότε πέρασε σταδιακά στο λεξιλόγιο των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού και των άλλων λειτουργών υγείας. Πρόσφατα δε άρχισε να περνά και στο λεξιλόγιο του κοινού, δηλαδή αυτών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας.

Τι είναι όμως, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας; Ποιοι είναι οι παράγοντες που συντέλεσαν στην ομόφωνη υιοθέτηση και στην διάδοση μιας διακήρυξης που περιέχει μια πραγματικά ριζοσπαστική αντίληψη για την υγεία; Τι επιδιώκει να προσφέρει η Π. Φ. Υ. στον μέσο πολίτη της κάθε χώρας αν του προσφέρει κάτι; Σε ποιο βαθμό τα ωραία λόγια έχουν γίνει και πράξη; Ή μήπως έχουν επικρατήσει απλά και μόνο τα λόγια και ο όρος Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χωρίς να ανταποκρίνονται σε κάτι διαφορετικό απ' ότι υπήρχε πριν; Κι αν είναι έτσι ποια είναι τα εμπόδια που συναντά η ουσιαστική υλοποίηση της διακήρυξης;

Αυτά τα ερωτήματα θα επιχειρήσω να απαντήσω σ' αυτό το άρθρο, ξεκινώντας από μια γενική θεώρηση του θέματος, στην συνέχεια επικεντρώνοντας στον Ευρωπαϊκό χώρο, και τέλος εξειδικεύοντας στην ιδιαίτερη περίπτωση της Ελλάδας (άλλωστε αν εμείς οι Έλληνες δεν πιστεύουμε ότι η Ελλάδα είναι η χώρα των ιδιαιτεροτήτων τότε χάσαμε ένα μεγάλο μέρος της εθνικής μας ταυτότητας!)

Η ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΗΣ ΑΛΜΑ ΑΤΑ

Θα ξεκινήσω την ανάλυση παραθέτοντας ελάχιστα αποσπάσματα από τη διακήρυξη της 'Αλμα Ατα, στα σημεία όπου δίνεται ο ορισμός της Π. Φ. Υ.:

«Η Π. Φ. Υ. είναι ουσιαστική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά παραδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, καθολικά προσιτές σε όλα τα άτομα και οικογένειες στην κοινότητα, με πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που κάθε κοινότητα και κράτος μπορεί να αντέξει... ασχολείται με τα κύρια προβλήματα υγείας στην κοινότητα και παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης... περιλαμβάνει τουλάχιστο –την εκπαίδευση σχετικά με τα τρέχοντα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου – την εξασφάλιση επαρκούς τροφής και κατάλληλης διατροφής – την επαρκή παροχή ασφαλούς ύδατος και εγκαταστάσεων αποχέτευσης – τη μητρική και τη βρεφική υγεία, συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού – τους εμβολιασμούς κατά των σοβαρότερων λοιμωδών νοσημάτων – την πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νόσων – την κατάλληλη θεραπεία κοινών νοσημάτων και ατυχημάτων – την παροχή στοιχειωδών φαρμάκων... περιλαμβάνει πέρα από τον τομέα υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης, και ιδιαίτερα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, τη διατροφή, τη βιομηχανία, την παιδεία, τη στέγαση, τα δημόσια έργα, τις συγκοινωνίες και άλλους τομείς, και απαιτεί τη συντονισμένη προσπάθεια σε όλους αυτούς τους τομείς».

Η Π. Φ. Υ. δηλαδή αποτελεί μια νέα μορφή πολιτικής της υγείας (Πολιτική με την έννοια του policy και όχι των politics) που συνεπάγεται μια διαφορετική οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Αυτή η πολιτική της υγείας, κι αυτή η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας άρα και κατά την άποψη και θέση όλων των κρα-

τών-μελών της, είναι απαραίτητες για να γίνει πραγματικότητα ο φιλόδοξος και δύσκολος στόχος (μερικοί τον λένε μεγαλεπίβολο) «Υγεία για όλους το 2000». Δεν θα σχολιάσω τον στόχο και το κατά πόσο είναι εφικτός, διότι ανοίγει μια άλλη συζήτηση. Θα επιχειρήσω όμως να συνοψίσω τους λόγους που, κατά την άποψή μου, οδήγησαν στην υιοθέτηση της διακήρυξης και να τους συνδέσω άμεσα με τα κύρια στοιχεία που εμπεριέχει η Π. Φ. Υ. και που αποτελούν τη νέα πολιτική της υγείας που εκφράζεται μ' αυτόν τον όρο. Μερικά επιλεγμένα παραδείγματα θα αποσαφηνίσουν την ανάλυση.

Η ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι υπηρεσίες υγείας, μαζί με πολλούς τομείς (αν όχι όλους) της οικονομικής και κοινωνικής ζωής πέρασαν στην δεκαετία του '70 μια βαθειά κρίση. Αφορμή για την κρίση, τόσο στη γενικότερη όσο και ειδικότερη που μας αφορά σ' αυτό το άρθρο, ήταν η χρηματοδοτική οικονομική κρίση που ακολούθησε την αύξηση της τιμής του πετρελαίου. Ξαφνικά η μεταπολεμική βιομηχανική ανάπτυξη σταμάτησε, ή τουλάχιστον, επιβραδύνθηκε σημαντικά. Έτσι οι πόροι που χρηματοδοτούσαν την παράλληλη ανάπτυξη του τριτογενή τομέα –και οι υπηρεσίες υγείας, από πλευράς οικονομίας, ανήκουν σ' αυτόν– στέρεψαν. Έπρεπε να βρεθεί μια νέα στρατηγική για την υγεία. Από τη μια θεωρήθηκε ότι η συνεχής αύξηση των δαπάνων υγείας, που καλυπτόταν από το πλεόνασμα της βιομηχανικής παραγωγής, έπρεπε να σταματήσει. Από την άλλη, και μ' αφορμή αυτή τη θέση, διαπιστώθηκε ότι το ποσό που δαπανάται σε διάφορες χώρες δεν βρίσκεται σε στενή συνάρτηση με το επίπεδο υγείας σε κάθε μία απ' αυτές. Για παράδειγμα, η Ελλάδα, παρ' ότι δαπανούσε τότε λιγότερο από το 4% του ΑΕΠ για την υγεία, ενώ άλλες χώρες ξεπερνούσαν το 8% είχε (και έχει) ένα από τα ψηλότερα προσδόκιμο επιβίωσης στον κόσμο. Εδώ τίθεται ένα άλλο καίριο κατά τον γράφοντα ερώτημα, που δεν μπορεί να απαντηθεί στα πλαίσια του άρθρου αυτού: κατά πόσο οι δαπάνες για την υγεία είναι σωστό να χρηματοδοτούνται από το «πλεόνασμα» ή μήπως θα πρέπει να θεωρούνται σα βασικές ανάγκες και να έχουν προτεραιότητα στην κατανομή των πόρων. Ανεξάρτητα από το τελευταίο ερώτημα, η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας των δαπανών για την υγεία οδήγησε σε διάφορες επιστημονικές σχετικές με τις αιτίες των ασθενειών –άρα και την σωστή παρέμβαση για τη μείωσή τους, με την θέση, τις απόψεις και το ρόλο του κοινού σε θέματα υγείας, με την προσφορά της ιατρικής τεχνολογίας, με την οργάνωση των υπηρεσιών και με την ένταξη της υγείας στον γενικό σχεδιασμό της ανάπτυξης.

Πριν αναλύσω αυτά τα 5 σημεία νομίζω πως χρειάζεται μια διευκρίνηση σχετικά με το τι στοχεύει η Π. Φ. Υ. στο Νότο και στον Βορρά. Στο Νότο, όπου τα προβλήματα υγείας είναι οξύτερα και έντονα, ενώ η τεχνολογία και οι πόροι είναι περιορισμένοι, έχει στόχο να βοηθήσει τις χώρες να παρέμβουν αποτελεσματικά και χωρίς μεγάλες δαπάνες στην μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας. Και πραγματικά το κυριότερο μέρος της δραστηριότητας της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας αφορά τις αναπτυσσόμενες χώρες. Στον Βορρά όμως, στόχο έχει την αναπύλη της πρόληψης και την παρέμβαση στη μείωση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας από τα χρόνια νοσήματα της σύγχρονης βιομηχανικής κοινωνίας. Δηλαδή έχει στόχο την αλλαγή της καθιερωμένης νοοτροπίας και λειτουργίας έτσι ώστε η ισορροπία μεταξύ πρόληψης και θεραπείας να γείρει υπέρ της πρώτης. Και αυτό διότι οι Ευρωπαϊκές χώρες, ανεξάρτητα από την ιδεολογία που διαμορφώνει τους κοινωνικούς θεσμούς και τη λειτουργία της οικονομίας, είναι χώρες με κοινωνικές δομές που είναι παγιωμένες, με οικονομικά συστήματα που δεν επιδέχονται ξαφνικές αλλαγές, με αναπτυγμένη επιστημονική και τεχνική υποδομή.

* Επίκουρος καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης.

ΟΙ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επισήμανσεις που έγιναν, με αφορμή την κρίση, αποτελούν τις κύριες συνιστώσες της στρατηγικής της διακήρυξης της Άλμα Άτα. Ας τις πάρουμε με τη σειρά.

α) Πολυδιάστατη προσέγγιση της υγείας

Την πρώτη επισήμανση έκαναν οι ερευνητές που, μελετώντας την «οικολογία» της υγείας και της αρρώστειας, διαπίστωσαν ότι οι αρρώστιες που οδηγούν στον πρώιμο θάνατο στις βιομηχανικά αναπτυγμένες κοινωνίες έχουν την αιτία τους στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον και στον τρόπο ζωής. Ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες, κύριες αιτίες θνησιμότητας σ' αυτές τις κοινωνίες, μπορούν να μειωθούν ουσιαστικά με μέτρα που είναι έξω από το πεδίο ευθύνης του τομέα υγείας: με καλύτερη διατροφή, με περισσότερη άσκηση, με λιγότερο κάπνισμα. Ακόμη και ο πρώιμος θάνατος ή η πρώιμη αναπηρία (κύρια) νέων ανθρώπων από τα ατυχήματα (τα τροχαία τα εργατικά και στο σπίτι) μπορούν να μειωθούν πιο αποτελεσματικά με μέτρα παρέμβασης στους δρόμους, στις συνθήκες εργασίας, στην κατασκευή κατοικιών με τα αναγκαία μέτρα ασφαλείας. Η επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία είναι πιο εμφανής στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου τα λοιμώδη νοσήματα που «θερίζουν» κυριολεκτικά τους πληθυσμούς τους μπορούν να μειωθούν με μέτρα άρδευσης, αποχέτευσης, καλής διατροφής, κλπ. Αυτά όλα τα στοιχεία μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται παρέμβαση στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά (ή θετικά) την υγεία. Αυτή είναι η πολυδιάστατη ή πολυτομεακή προσέγγιση της υγείας.

β) Λαϊκή συμμετοχή (η συμμετοχή της κοινότητας)

Η δεύτερη διαπίστωση είναι ότι παρόμοια μέτρα, που άπτονται πολλών και διαφορετικών τομέων δεν μπορούν να ληφθούν χωρίς την ενεργό σύμπραξη του κοινού. Αν είναι να πάρει κανείς μέτρα που αφορούν π.χ. τη διατροφή, άρα και την γεωργία, χρειάζεται να κατανοήσουν την αναγκαιότητα τους οι αγρότες. Ακόμη η βελτίωση της αποχέτευσης μπορεί να γίνει πιο αποτελεσματικά με την κινητοποίηση της τοπικής κοινότητας –μετά από κατάλληλη ενημέρωση– παρά με την λήψη διοικητικών μέτρων σε κεντρικό επίπεδο. Συνεπώς η δεύτερη συνιστώσα είναι η συμμετοχή της κοινότητας, η λαϊκή συμμετοχή στον προσδιορισμό των αναγκών υγείας, στον σχεδιασμό της παρέμβασης και στην υλοποίηση των μέτρων που αποφασίζονται.

γ) Κατάλληλη τεχνολογία

Η τρίτη επισήμανση και μια από τις πιο έντονες «αμφισβητήσεις» αφορά την αποτελεσματικότητα της περιπλοκής, άρα και δαπανηρής σε κόστος κεφαλαίου και σε τρέχουσες δαπάνες, τεχνολογίας στην ιατρική περίθαλψη. Η αμφισβήτηση της τεχνολογίας δεν επικεντρώνει στο μεμονωμένο περιστατικό, στον μεμονωμένο άρρωστο (παρ' ότι μπαίνει και εκεί) αλλά στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού σαν σύνολο, και στην ύπαρξη κατάλληλων συνθηκών για την αξιοποίησή της. Παράδειγμα, και σκόπιμα επιλέγω ένα ακραίο, μεταμοσχεύσεις καρδιάς: Μπορεί (;) η μεταμόσχευση καρδιάς να προσφέρει στην παράταση της ζωής ενός καρδιοπαθούς για μερικούς μήνες, αλλά με τεράστια έξοδα, και με ποια άραγε ποιότητα ζωής του ανθρώπου αυτού; Πόσο όμως μπορεί να προσφέρει αυτή η τεχνολογία στην παράταση της ζωής των χιλιάδων ατόμων που παθαίνουν ξαφνικά και απροειδοποίητα έμφραγμα; Σε επίπεδο πλη-

θυσμού η προσφορά της είναι μηδαμινή. Αν δε συγκρίνει κανείς το κόστος της σε σχέση με το κόστος απλών παρεμβάσεων που μπορούν να μειώσουν την νοσηρότητα και θνησιμότητα πολλών ατόμων, όπως π.χ. ο έλεγχος της υπέρτασης με σκοπό την μείωση των εγκεφαλικών επεισοδίων, τότε η προσφορά της μεταμόσχευσης καρδιάς μπορεί να είναι και αρνητική: γιατί στερεί τους πολλούς από μια αποτελεσματική θεραπεία, προς χάριν μιας πειραματικής θεραπείας ελάχιστων ανθρώπων. Στον χώρο του Τρίτου Κόσμου βέβαια τα παραδείγματα είναι πιο εμφανή: τι προσφέρει ένας αξονικός τομογράφος ή ένα μηχάνημα συντονισμού του πυρήνα που στοιχίζουν εκατομμύρια; Μερικά απλά ακτινολογικά μηχανήματα θα προσέφεραν πιο σωστή διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση σε χιλιάδες άτομα που έχουν φυματίωση ή ένα απλό κάταγμα. Έτσι άλλη μια συνιστώσα της Π. Φ. Υ. είναι η χρήση κατάλληλης τεχνολογίας και με τον όρο κατάλληλη νοείται η πλέον απεριττή (σκόπιμα αποφεύγω την λέξη «λιτή») και αποτελεσματική στις συγκεκριμένες συνθήκες τεχνολογίας.

δ) Νέος προσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας

Η τέταρτη επισήμανση απορρέει από τα παραπάνω αλλά αφορά μια γενικότερη θεώρηση των υπηρεσιών υγείας. Εδώ θα ξεκινήσω από τις αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες, ακολουθώντας το παράδειγμα των χωρών της μητρόπολης, όταν άρχισαν να αναπτύσσουν τις υπηρεσίες τους έδωσαν έμφαση στην ανέγερση εντυπωσιακών νοσοκομειακών συγκροτημάτων. Πόσο όμως προσφέρει ένα τέτοιο συγκρότημα στην υγεία των εκατομμυρίων που ζούν σε γκέττο διάφορων μορφών ή σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές; Μήπως προσφέρει μόνο στην μειοψηφία –δηλαδή στην άρχουσα αστική τάξη– που ζει δίπλα του και προσφεύγει σ' αυτό, άσχετα αν είναι απαραίτητο ή όχι; Μήπως σε τελική ανάλυση δεν είναι τίποτε άλλο από μια διτρίνα που έγινε για λόγους εθνικού γοήτρου και προβολής στο εσωτερικό και στο εξωτερικό; Και μάλιστα μια διτρίνα που απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό από το συνολικό ποσό που διαθέτουν οι φτωχές αυτές χώρες για περίθαλψη! Αλλά ακόμη και στις χώρες της μητρόπολης ποια είναι η προσφορά του νοσοκομείου; Αναμφίβολα προσφέρει στην διάγνωση και θεραπεία των βαριά πασχόντων, μόνο που μόλις περάσει η οξεία φάση της αρρώστειας τους, τους δίδεται εξιτήριο –είτε για να επανέλθουν στον τρόπο ζωής και στις συνθήκες που οδήγησαν στην εμφάνιση της αρρώστειας, (όπως με τα ψυχικά νοσήματα και τα ατυχήματα) είτε για να μείνουν αβοήθητοι– στην αντιμετώπιση της αναπηρίας τους (από το εγκεφαλικό, από το κάταγμα, από την καρδιακή ανεπάρκεια) χωρίς καμιά προσφορά υπηρεσιών αποκατάστασης. Βέβαια και σ' αυτές τις χώρες πηγαίνουν στο νοσοκομείο περιστατικά που δεν χρειάζονται την υποδομή του.

Η λύση που προτείνεται στις καταστάσεις αυτές είναι σύμφωνα με τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, ο επαναπροσδιορισμός του τρόπου οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε η Π. Φ. Υ. να είναι το επίκεντρο του η «αιχμή του δόρατος» που α) είναι προσπελάσιμη σε όλους (ενώ το νοσοκομείο είναι προσπελάσιμο μόνο στα περιστατικά που παραπέμπονται σ' αυτό από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, και β) που παρέχει πρόληψη, θεραπεία, και αποκατάσταση. Αυτό το τρίπτυχο, που είναι η πεμπτουσία της νέας αντίληψης δημιουργεί την αναγκαιότητα μιας νέας εσωτερικής οργάνωσης των υπηρεσιών όπου τις υπηρεσίες τις παρέχει όχι ο μεμονωμένος γιατρός –θεραπευτής, αλλά η ομάδα των υγειονομικών, ενδεχόμενα με συντονιστή τον γιατρό.

Βέβαια η αναστροφή της έμφασης από το νοσοκομείο στην Π. Φ. Υ. απαιτεί την συναίνεση και συνεργασία όλων όσων εργάζονται στις υπηρεσίες υγείας (των ειδικών) αλλά και του κοινού συνεπώς πάλι μπαίνει η ανάγκη λαϊκής συμμετοχής.

ε) Εθνικός σχεδιασμός για την υγεία.

Επίσης η έννοια της πρόληψης, όπως προσδιορίζεται στην διακήρυξη της Άλμα Άτα, δηλαδή όπως πραγματικά είναι, τόσο στο στενό πεδίο ευθύνης των υπηρεσιών υγείας, όσο και στο ευρύ πεδίο της πολυδιάστατης προσέγγισης, απαιτεί σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την εκπόνηση και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού, ανίχνευσης (screening) ασθενειών στα αρχικά στάδια, αλλά και για την υγεία με σκοπό την αλλαγή της λειτουργίας άλλων τομέων όπως είναι η βιομηχανία, η γεωργία, το εμπόριο. Άλλωστε δεν έχει νόημα η αλλαγή των υπηρεσιών υγείας όταν ο κόσμος πεθαίνει από ελονοσία (που αυξάνεται από τα εγγειοβελτιωτικά έργα που γίνονται για το πότισμα των πεδιάδων, μ' αποτέλεσμα να αυξηθούν τα λιμνάζοντα νερά που τρέφουν τα κουνούπια), ή απλά από πείνα; Τι νόημα έχει η αλλαγή αυτή, παίρνοντας ένα παράδειγμα πιο κοντά μας, όταν το περιβάλλον συνεχίζει να ρυπαίνεται από τις εκλύσεις των βιομηχανικών μονάδων που δημιουργούνται χάριν της ανάπτυξης ή όταν τα εργατικά ατυχήματα και οι επαγγελματικές ασθένειες συνεχίζουν αμείωτα να στέλνουν κόσμο στο νοσοκομείο – ή και πέρα απ' αυτό; Έτσι η τελευταία, αλλά σίγουρα όχι η ελάχιστη συνιστώσα της Π. Φ. Υ. είναι ο εθνικός σχεδιασμός για την υγεία – ένας σχεδιασμός που δεν θεωρεί την οικονομική ανάπτυξη σαν αυτοσκοπό, σαν βωμό στον οποίο θυσιάζονται όλες οι άλλες αξίες, αλλά την εντάσσει σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο κοινωνικής ανάπτυξης που εμπεριέχει τις έννοιες της υγείας, της ποιότητας της ζωής και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ Π. Φ. Υ. ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Ήδη από την γενική θεώρηση της Π. Φ. Υ. και των κύριων στοιχείων της φάνηκε πόσο σημαντική είναι για τις χώρες της Ευρώπης. Ας εστιάσουμε λοιπόν σ' αυτές για να δούμε αν και πόσο τις εφαρμόζουν.

Κατ' αρχήν η πολυδιάστατη προσέγγιση των προβλημάτων υγείας δεν αποτελεί παρά μόνο σε περιορισμένη έκταση, αντικείμενο της Π. Φ. Υ. Ο λόγος είναι απλός: Η πολιτική της βιομηχανικής ανάπτυξης, του περιβάλλοντος, της διατροφής, των δημοσίων έργων, αλλά και της υγείας καθορίζονται σε κεντρικό επίπεδο. Είναι οφθαλμοφανές ότι δεν είναι δυνατό να διανοηθούμε την πολιτική προστασίας του περιβάλλοντος, είτε από την όξινη βροχή, είτε από το «νέφος» να χαράζεται σε τοπικό επίπεδο. Έτσι αυτό το στοιχείο της Π. Φ. Υ. περιορίζεται σε μια έκκληση της Π.Ο.Υ. προς τις κυβερνήσεις να λαμβάνουν υπόψη τους τις συνέπειες στην υγεία όταν χαράζουν την πολιτική τους στους άλλους τομείς. Εδώ υπενθυμίζω το οξύμωρο σχήμα ότι οι εκκλήσεις αυτές ψηφίζονται από τις ίδιες τις κυβερνήσεις, άρα απευθύνονται, μέσω Π. Ο. Υ. από αυτές, σ' αυτές! Αλλά κάπως έτσι δεν είναι και οι αποφάσεις του ΟΗΕ για την ειρήνη;

Το δεύτερο σημείο είναι η λαϊκή συμμετοχή. Όσον αφορά την πολυδιάστατη προσέγγιση αποδυναμώνεται από τον παραπάνω παράγοντα. Αλλά και όσον αφορά τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και πάλι αποδυναμώνεται για δύο λόγους: Ο πρώτος είναι ότι τα ιατρικά προβλήματα θεωρούνται αντικείμενο αποκλειστικό των ειδικών (Τι να πει ένας που δεν είναι γιατρός ή υγειονομικός όταν έχει ήδη αποφανθεί ο ειδικός, που μάλιστα χρησιμοποιεί μια δυσνόητη ορολογία και επικαλείται περίπλοκες στατιστικές;) Ο δεύτερος λόγος είναι ότι (όπως θα φανεί παρακάτω) η Π.Φ.Υ. δεν έχει ακόμη επεκταθεί αρκετά στην πρόληψη όπου το κοινό μπορεί και πρέπει να έχει βαρύνουσα γνώμη και περιορίζεται στην εξωνοσοκομειακή διάγνωση και θεραπεία ασθενειών όπου η συμμετοχή του κοινού είναι εξ αντικειμένου περιορισμένη. Αλλά ακόμη και στις χώρες όπου έχει αναπτυχθεί η πρόληψη στα πλαίσια της

Π.Φ.Υ. ο βαθμός που η λαϊκή συμμετοχή έχει ενεργοποιηθεί στην εκπόνηση και υλοποίηση των προγραμμάτων ποικίλλει α) ανάλογα με το βαθμό στον οποίο οι ειδικοί (της πρόληψης αυτή τη φορά) δέχονται ότι δεν κατέχουν το μονοπώλιο της γνώσης και β) ανάλογα με το βαθμό στον οποίο οι πολιτικές δομές δίνουν στους πολίτες τη δυνατότητα ν' ασχοληθούν άμεσα με τα κοινά. Η πιο συνηθισμένη πρακτική είναι η υλοποίηση της συμμετοχής μέσα από ενδιάμεσους φορείς, συνδικαλιστικούς, συνεταιρισμών ή της τοπικής αυτοδιοίκησης, που θεωρούνται ότι εκφράζουν την άποψη των μελών τους.

Το τρίτο σημείο, την κατάλληλη τεχνολογία, θα το συζητήσω μετά από την αναφορά στον επαναπροσδιορισμό της έμφασης και της κατεύθυνσης που έχουν οι υπηρεσίες υγείας.

Σ' αυτό το θέμα, (της κατεύθυνσης που έχουν οι υπηρεσίες υγείας) στον Ευρωπαϊκό χώρο σημαντικός παράγοντας είναι ότι έχουν μια ανεπτυγμένη νοσοκομειακή υποδομή που την χρειάζονται, διότι τα κύρια νοσήματα που αντιμετωπίζουν είναι τα χρόνια νοσήματα φθοράς. Μέχρι η πρόληψη να μειώσει (αν και όταν το καταφέρει) τη συχνότητα εμφάνισής τους υπάρχει συνεχής ανάγκη παροχής θεραπείας σε όσους πάσχουν απ' αυτά. Έτσι η αναγκαιότητα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας (νοσοκομειακής) περίθαλψης δεν αμφισβητείται. Το θέμα είναι τι γίνεται με την οργάνωση και με τη λειτουργία των υπηρεσιών που παρέχουν βοήθεια πριν (πρόληψη και μετά αποκατάσταση) την ενδονοσοκομειακή νοσηλεία – και βέβαια η δυνατότητα προσπέλασης στο νοσοκομείο. Αυτά είναι τα σημεία όπου οι χώρες της Ευρώπης υλοποιούν την διακήρυξη της Άλμα Άτα με διάφορους τρόπους και σε διαφορετική έκταση η κάθε μία. Αλλού αλλάζει η εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, τόσο η προπτυχιακή με την εισαγωγή αντίστοιχων μαθημάτων στο πρόγραμμα σπουδών, όσο και η μεταπτυχιακή με την εισαγωγή αντίστοιχων μαθημάτων στο πρόγραμμα σπουδών, όσο και η καθιέρωση ή με την αναβάθμιση της ειδικότητας του γενικού γιατρού, κι αλλού δημιουργούνται Κέντρα Υγείας που αναλαμβάνουν, μέσα από συλλογική δουλειά και συνεργασία όλων των κλάδων των υγειονομικών, την ανάπτυξη της πρόληψης και της αποκατάστασης. Εδώ αξίζει μια παρένθεση για να σημειώσω ότι η ιδέα του Κέντρου Υγείας δεν είναι νέα. Πρώτη φορά εμφανίστηκε το 1925 στην Αγγλία στην έκθεση Dawson για τις υπηρεσίες υγείας. Δεν υλοποιήθηκε όμως διότι επεκράτησε το γνωστό μοντέλο του γενικού γιατρού σαν μεμονωμένου θεραπευτή, με αποτέλεσμα η χώρα αυτή, παρά τα σημαντικά πλεονεκτήματα που είχε στην οργάνωση των υπηρεσιών της να μην έχει αναπτυγμένες υπηρεσίες πρόληψης, ενώ η αποκατάσταση και η κοινωνική φροντίδα να παρέχονται ξεχωριστά εντελώς από την εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη. Έτσι η σύλληψη των Κέντρων Υγείας έμεινε στο «συρτάρι» και χρειάστηκε η κρίση και η αμφισβήτηση που ανέφερα στην αρχή για να ξαναβγούν στο προσκήνιο. Βέβαια και οι Ευρωπαϊκές χώρες έχουν ακόμη σημαντικό δρόμο να διανύσουν μέχρι να μπορεί κανείς να πει ότι έχουν εφαρμόσει με επιτυχία τα αναγκαία προγράμματα πρόληψης: αφού ακόμα οι εμβολιασμοί δεν καλύπτουν όλα τα παιδιά, αφού ακόμα δεν εφαρμόζονται αρκετά προγράμματα ανίχνευσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, της υπέρτασης κ.λπ., αφού ακόμα η αγωγή υγείας είναι υποβαθμισμένη, αφού ακόμα ο κόσμος καπνίζει.

Η κατάλληλη τεχνολογία θα πρέπει να ειπωθεί στο πλαίσιο αυτό και σε συνάρτηση με το γεγονός ότι πολλές από τις βιομηχανίες που παράγουν ιατρικά μηχανήματα και φάρμακα έχουν την έδρα τους σ' αυτές τις χώρες. Έτσι η ανάπτυξη της κατάλληλης τεχνολογίας περιορίζεται στην ανάπτυξη νέας, προσαρμοσμένης στις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας (Ιατρικής) Περίθαλψης όπως π.χ. τα απλά μηχανήματα μέτρησης του σάκχαρου του αίματος. Παράλληλα συνεχίζεται η ανάπτυξη της τεχνολογίας για τη νοσοκομειακή περίθαλψη, συχνά μάλιστα

χωρίς έλεγχο και αξιολόγηση.

Μένει ο εθνικός σχεδιασμός για την υγεία. Η ευθύνη για τους τομείς που επηρεάζουν έμμεσα αλλά σαφώς την υγεία ανήκει, όπως ήδη προανάφερα, στην κεντρική κυβερνητική εξουσία. Η ύπαρξη εθνικού σχεδιασμού για την υγεία εξαρτάται κατ' αρχήν από την ύπαρξη, ή όχι, πολιτικής γενικού εθνικού σχεδιασμού και κυβερνητικής παρέμβασης. Επίσης, εξαρτάται από το βαθμό που έχει γίνει συνείδηση, τόσο στους κυβερνητικούς φορείς όσο και στον κόσμο, ότι η πολιτική στον ένα ή στον άλλο τομέα αφορά και την υγεία. Έτσι ενώ είναι γνωστό ότι το βούτυρο βλάπτει τον οργανισμό, οι κυβερνήσεις των χωρών που παράγουν γαλακτοκομικά δεν μειώνουν την παραγωγή του. Ενώ είναι γνωστός ο τεράστιος δυνητικός κίνδυνος για την υγεία από την παραγωγή πυρηνικής ενέργειας, μόνο το πρόσφατο πυρηνικό ατύχημα στο Τσέρνομπυλ κινητοποίησε την κοινή γνώμη και δυστυχώς όχι σε όλες τις χώρες. Π.χ. στη Γαλλία, όπου το 63% της ενέργειας είναι από πυρηνικούς αντιδραστήρες η κοινή γνώμη δεν έχει αντιδράσει! Όμως σε άλλους τομείς, όπως π.χ. η ασφάλεια των δρόμων και η ασφαλή οδήγηση, έχουν γίνει τεράστια βήματα. Ανεξάρτητα από τον εθνικό σχεδιασμό για την υγεία έχουν πάρει την απόφαση ότι είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας: Αυτό ισχύει τόσο για τις χώρες που έχουν ένα πολιτικό σύστημα που βοηθά τον σχεδιασμό, όπως οι χώρες της Ανατολικής Ευρώπης οπότε είναι εφικτός, χωρίς να σημαίνει ότι είναι και εύκολος στην υλοποίηση, όσο και για τις χώρες που ένα πολιτικό σύστημα που δεν βοηθά, όπως π.χ. η Ολλανδία, οπότε βρίσκουν άλλους τρόπους σαν τη νέα μέθοδο των σεναρίων μελλοντολογίας.

Η Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Πριν κλείσουμε το άρθρο αυτό ας δούμε τι γίνεται στην Ελλάδα. Ας θυμηθούμε πρώτα με λίγα λόγια ποια ήταν η κατάσταση των υπηρεσιών υγείας μέχρι πριν από μερικά χρόνια: Ένα σύστημα υγείας που αναπτύχθηκε χωρίς σχεδιασμό όπου κυριαρχούσε η ιδιωτική πρωτοβουλία, όπου η κρατική παρέμβαση γινόταν αισθητή μόνο στις περιπτώσεις που δεν ήθελε ή δεν μπορούσε να καλύψει η ιδιωτική πρωτοβουλία, αφήνοντας κενά που δημιουργούσαν πολιτικά ή υγειονομικά προβλήματα. Τόσο ο κόσμος, όσο και τα πολιτικά κόμματα στο σύνολό τους αποδεχόντουσαν την ανάγκη αλλαγής του συστήματος, με διαφορές, αναπόφευκτες βέβαια, ως προς το σχήμα που πρέπει να υιοθετηθεί. Στο πλαίσιο αυτό η Π.Φ.Υ., σε όλα της τα σημεία ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτη. Μόνο «εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη» υπήρχε.

Το Ε.Σ.Υ., όπως ψηφίστηκε από τη Βουλή και όπως υλοποιείται θέτει τα θεμέλια για μια ουσιαστική αναμόρφωση των υπηρεσιών υγείας. Όντας όμως ένας νόμος για το Σύστημα Υγείας, και όχι για τη συνολική πολιτική της υγείας, αφήνει απ' έξω άλλες πτυχές της Π.Φ.Υ., όπως είναι η πολυδιάστατη προσέγγιση των προβλημάτων υγείας. Πιστεύω ότι η επιλογή αυτή είναι αναγκαία και κατανοητή. Έπρεπε να ξεκινήσει η αναμόρφωση της υγείας από την οργάνωση του δημόσιου τομέα της υγείας σε νέες βάσεις, όπως είναι ο πλήρης διαχωρισμός του από τον ιδιωτικό τομέα (π.χ. με την αποτελεσματική απασχόληση των γιατρών) έτσι ώστε ο αναμορφωμένος δημόσιος τομέας να αποτελέσει το θεμέλιο στο οποίο μπορεί να στηριχθεί η υπόλοιπη ανάπτυξη που προτείνει η διακήρυξη της Άλμα Άτα. Αλλά ας πάρουμε τα πράγματα με τη σειρά, πρώτον για να γίνει σαφές αυτό που λέω και δεύτερον για να συνδεθεί καλύτερα με την παραπάνω «διάταξη» των συνιστωσών της Π.Φ.Υ.

Παρ' ότι η πολυδιάστατη προσέγγιση δεν αποτελεί αντικείμενο του νόμου για το Ε.Σ.Υ., η παρέμβαση σε άλλους τομείς

που επηρεάζουν την υγεία έχει αρχίσει να απασχολεί το κοινό, τους κοινωνικούς και συνδικαλιστικούς φορείς και τους υπεύθυνους. Για παράδειγμα, η ρύπανση της ατμόσφαιρας της Αθήνας έχει θέσει το καίριο ερώτημα ως προς τις επιπτώσεις του νέφους στην υγεία, και η πολιτική περιβάλλοντος και βιομηχανικής ανάπτυξης έχει αλλάξει κατεύθυνση — τόσο στην Αθήνα όσο, και νομίζω αυτό είναι το σημαντικό, σε άλλες περιοχές. Άλλα παραδείγματα είναι η ψήφιση του νόμου για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων αλλά και η εφαρμογή του Κώδικα Οδικής Ασφάλειας στο θέμα της ζώνης στο αυτοκίνητο. Βέβαια υπάρχουν κι άλλοι τομείς όπου δεν έχουν ληφθεί τα αναγκαία μέτρα. Όπως το θέμα των υποχρεωτικού κράνους για τους μοτοσυκλετιστές. Όπως το θέμα μιας συνολικής πολιτικής (στην γεωργία, το εμπόριο και τη βιομηχανία) που να αποθαρρύνει το κάπνισμα.

Σχετικά με τη συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη αποφάσεων, η χώρα μας έχει προχωρήσει ουσιαστικά. Θεσμοί όπως το ΚΕΣΥ, τα ΠΕΣΥ (που είναι γνωστό ακόμη δεν έχουν ενεργοποιηθεί), τα νέα Διοικητικά Συμβούλια των Νοσοκομείων, οι επιτροπές υγείας των Νομαρχιακών Συμβουλίων και οι τοπικές επιτροπές υγείας που έχουν αρχίσει να συγκροτούνται σε μερικά Κέντρα Υγείας δίνουν τη δυνατότητα στον κόσμο — μέσα από τους ενδιαμέσους κοινωνικούς φορείς — να εκφέρει γνώμη και για τις υπηρεσίες υγείας και να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων. Βέβαια στην πράξη αυτό ακόμη μπορεί να μην έχει γίνει αντιληπτό στον μέσο πολίτη, αλλά αφενός χρειάζεται χρόνος και εμπειρία για να εδραιωθούν και να καταξιωθούν οι θεσμοί αυτοί και αφετέρου χρειάζεται να ξεπεράσουμε την αντίληψη ότι με την άμεση προσωπική παρέμβαση στα κέντρα εξουσίας θα πετύχουμε αυτό που πιστεύουμε ή αυτό που θέλουμε.

Όσον αφορά την κατάλληλη τεχνολογία η χώρα μας είναι αναγκασμένη να την εισάγει. Για το τι όμως εισάγει, για το πως αξιοποιείται και για την εγχώρια παραγωγή της οι βάσεις μπήκαν με τον Ε.Ο.Φ. και με το Ν. 1579/85 που καθιερώνει νέους θεσμούς σ' αυτόν τον τομέα, αλλά είναι νωρίς για να εκτιμήσει κανείς τα αποτελέσματα.

Σχετικά με το νέο προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας, το Ε.Σ.Υ. άρχισε να υλοποιεί ένα από τα βασικότερα σημεία της διακήρυξης της Άλμα Άτα: σαν επίκεντρο των υπηρεσιών αναπτύσσονται τα Κέντρα Υγείας μέσα στην κοινότητα που θα παρέχουν πρόληψη - θεραπεία - αποκατάσταση, ενώ τα νοσοκομεία ιεραρχούνται σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια παρέχοντας τις αναγκαίες υπηρεσίες υποστήριξης. Αναμφίβολα σε πρώτη φάση, ουσιαστικά το μόνο που κάνουν τα Κ.Υ. είναι να παρέχουν ένα οργανωμένο πλαίσιο για την παροχή θεραπείας. Όμως η εκπαίδευση των νέων γενικών γιατρών, η στελέχωση με προσωπικό από όλο το φάσμα των άλλων επαγγελματιών υγείας, η ανάπτυξη υπηρεσιών ιατρικής της εργασίας, οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ. και η συμμετοχή της κοινότητας στον προγραμματισμό του έργου τους θα οδηγήσουν στην ενεργοποίηση των δραστηριοτήτων πρόληψης και αποκατάστασης. Φτάνει να μη δούμε τα Κέντρα Υγείας σα μικρά νοσοκομεία. Τα Κ.Υ. όμως, σ' αυτή τη φάση υπάρχουν μόνο στις αγροτικές περιοχές. Δεν πρέπει να αργήσει η δημιουργία τους στις αστικές περιοχές για να αναπτυχθούν κι εκεί η πρόληψη και η αποκατάσταση. Ναι μεν τα προβλήματα μετάβασης από το ένα σχήμα στο άλλο στις αστικές περιοχές είναι πιο μεγάλα, αλλά δεν θα πρέπει αυτά τα προβλήματα να παρεμποδίσουν τη δημιουργία τους ή να καθυστερήσουν τις σχετικές συζητήσεις που έχουν ξεκινήσει (π.χ. στο ΙΚΑ).

Τέλος σχετικά με τον εθνικό σχεδιασμό για την υγεία, νομίζω πως χωρίς να επαναλάβω πράγματα που ήδη ανέφερα, η Ελλάδα ξεκίνησε με τον εθνικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και άρχισε να λαμβάνει υπόψη της την υγεία στο σχεδιασμό άλλων τομέων αλλά σε επιμέρους περιπτώσεις και μάλλον

σπασμωδικά. Θα μας πάρει, πιστεύω, αρκετό χρονικό διάστημα για να φτάσουμε στο σημείο που θα μπορούμε να λέμε ότι έχουμε εθνικό σχεδιασμό για την υγεία που αγγίζει όλους τους τομείς και που διαμορφώθηκε μετά από μια συνολική εκτίμηση των αναγκών που έχουμε και των πόρων που διαθέτουμε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Συνοψίζοντας τα παραπάνω νομίζω πως είναι σαφές ότι η Π.Φ.Υ. προσφέρει μια διέξοδο στην κρίση των υπηρεσιών υγείας, προσφέρει μια αποτελεσματική λύση στα προβλήματα υγείας των σύγχρονων κοινωνιών, τόσο του Βορά όσο και του Νότου, και τα προσφέρει όλα αυτά χωρίς την ανάγκη περαιτέρω αύξησης των πόρων που διατίθενται για την υγεία. Η δε προσφορά της αυτή βασίζεται σε αξίες που δεν αμφισβητούνται από κανένα: στην υγεία, στην κοινωνική δικαιοσύνη, στη σύνδεση της υγείας με την (πολυπόθητη) ανάπτυξη, στην ευημερία όλων. Αξίες πανανθρώπινες που ποθούν να τις χαρούν όλοι οι λαοί, άρα αξίες που είναι ελκυστικές για κάθε κυβέρνηση, ανεξάρτητα από πολιτική ιδεολογία και πρακτική: κάτι σαν τη δημοκρατία και την ελευθερία. Νομίζω ότι αυτό απαντά στο ερώτημα γιατί όλα τα κράτη του κόσμου, ανεξάρτητα από κοινωνική δομή, οικονομικά συμφέροντα και πολιτικές πεποιθήσεις αποδέχτηκαν την Π.Φ.Υ. –τουλάχιστον φραστικά.

Το πρόβλημα βέβαια είναι στη φράση «τουλάχιστον φραστικά». Διότι ένα κράτος όπου επικρατούν αυταρχικές δομές και μέθοδοι διδασκαλίας δεν μπορεί να εντάξει την παιδεία στην πολυδιάστατη προσέγγιση της υγείας, όπως δεν μπορεί να κάνει το αντίστοιχο για τη βιομηχανία ένα κράτος όπου τα οικονομικά συμφέροντα επιβάλλουν τη λογική της ευκαιριακής βιομηχανικής ανάπτυξης με κριτήριο το εύκολο κέρδος. Διότι ένα κράτος που δεν αφήνει τον πολίτη να συμμετέχει στα κοινά (δε λέω για τα πολιτικά –αυτά εξυπακούονται) σαφώς δε θα τον αφήσει να συμμετέχει στον ευρύτερο σχεδιασμό για την υγεία ή στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Διότι ένα κράτος όπου οι εταιρείες που παράγουν την «υψηλή» τεχνολογία ή τα φάρμακα έχουν επιρροή (που αποκτάται με οποιοδήποτε τρόπο και ο νόων νοείτω) δε θα δεχθεί, δεν μπορεί να δεχθεί, να δώσει προτεραιότητα στην κατάλληλη τεχνολογία ή να εφαρμόσει μια πολιτική ουσιωδών φαρμάκων. Διότι ένα κράτος όπου κυριαρχεί το lobby των γιατρών και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών σ' ένα εμπορευματοποιημένο σύστημα υγείας δε θα τα καταφέρει ούτε να αλλάξει την ισορροπία στις υπηρεσίες υγείας από την περίθαλψη και μάλιστα τη νοσοκομειακή υπέρ της πρωτοβάθμιας δηλαδή της πρόληψης, ούτε να αναβαθμίσει το ρόλο των άλλων λειτουργιών υγείας στα πλαίσια της λειτουργίας της ομάδας. Διότι ένα κράτος όπου η πολιτική στηρίζεται στην ιδεολογία του φιλελευθερισμού τύπου laissez-faire, δηλαδή στην ελαχιστοποίηση της κεντρικής παρέμβασης στην οικονομία, δεν είναι σε θέση να εφαρμόσει διαφορετική πολιτική στην υγεία υιοθετώντας τον εθνικό σχεδιασμό για την υγεία.

Οι δυσκολίες που συνάντησε, συναντά και θα συναντά η ουσιαστική και πιστή εφαρμογή της διακήρυξης της Π.Φ.Υ. είναι τεράστιες. Επειδή αυτό απαιτεί μια ανατροπή πολλών καθιερωμένων τρόπων λειτουργίας και σκέψης. Επειδή η υιοθέτηση της νέας στρατηγικής για την υγεία απαιτεί πολιτική βούληση και, συνήθως, πολιτικό θάρρος. Επειδή η νέα θεώρηση των περι την υγεία θεμάτων που περιέρχεται στην Π.Φ.Υ. συνεπάγεται μια πραγματικά ριζοσπαστική, προοδευτική και φιλολαϊκή πολιτική όχι μόνο στην υγεία μα και σε όλους τους τομείς της δημόσιας ζωής ενός τόπου. Έτσι σα λογικό αποτέλεσμα εμφανίζεται η διάσταση μεταξύ λόγου και έργου, η αντίφαση πραγ-

ματικότητας με παιδιά που πεθαίνουν σε ποσοστό 200/1000 στον πρώτο χρόνο ζωής τους από έλλειψη ιατρικής φροντίδας, από γαστρεντερίτιδα, από λοιμώξεις (που αλλού έχουν εξαλειφθεί με τους εμβολιασμούς), από πείνα...

Νομίζω πως η Ελλάδα, παρά τις ιδιαιτερότητές της και τις δυσκολίες της δεν αποτελεί εξαίρεση του γενικού κανόνα: Η Π.Φ.Υ. υλοποιείται σταδιακά. Αλλού προχωρά, αλλού όχι. Αλλού προχωρά με γρήγορα βήματα, αλλού πιο σιγά απ' ότι προσδοκούσε και προσδοκά ο κόσμος, διότι οι δυσκολίες είναι ή θεωρούνται ότι είναι πιο μεγάλες απ' ότι είχε προβλεφθεί. Σίγουρα όμως στη χώρα μας, ο τομέας της υγείας έχει μπει σε μια πορεία που δεν αντιστρέφεται, όπως άλλωστε και στα περισσότερα μέρη του κόσμου η Π.Φ.Υ. έχει μπει σε μια αντίστοιχη πορεία.

Βέβαια η πορεία (είτε εδώ είτε αλλού) δεν είναι ευθεία. Και εμπόδια θα υπάρχουν και το χειρότερο, παγίδες. Μόνο η εγρήγορση και ενεργός συμμετοχή όλων όσων ενδιαφέρονται για τη βελτίωση της υγείας –άρα για μια πιο δίκαιη και φιλολαϊκή πολιτική σε όλους τους τομείς– θα αποτρέψει την αποτελμάτωση. Ελπίζω πως μ' αυτό μου το άρθρο, επιχειρώντας να απαντήσω στα ερωτήματα που έβαλα στην αρχή, συμβάλλω κι εγώ σ' αυτή την κινητοποίηση για μια συλλογική πορεία. Αν τα κατάφερα ή όχι το αφήνω στην κρίση του αναγνώστη.

