



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ
ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ

Τμήμα Φιλολογίας

Τμήμα Φιλοσοφίας,
Παιδαγωγικής και
Ψυχολογίας

Διαπανεπιστημιακό και Διατμηματικό Πρόγραμμα
Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ηθική Φιλοσοφία»

ΗΘΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Κ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Δρ. ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ Φ. ΞΗΡΟΓΙΑΝΝΗ

Συνεπιβλέποντες Καθηγητές:
Δρ. ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ Ζ. ΛΑΤΣΙΟΥ Δρ. ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ Δ. ΠΡΩΤΟΠΑΠΠΑΔΑΚΗΣ

Ιούνιος 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	3
Abstract.....	4
Θεωρητική προσέγγιση της Υγείας.....	5
Ιστορική Αναδρομή: Ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.....	16
Στοχοθεσία–Δραστηριότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.....	19
Η έννοια του Δικαιώματος και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	22
Κοινωνικές Ανισότητες & Υγεία.....	27
Ηθική και Υγεία: Κριτική Προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.....	28
Ηθική Δεοντολογία και Υγεία.....	30
Ηθική & Δημόσια Υγεία: Μια Περσοναλιστική Προσέγγιση.....	33
Ιατρική Φροντίδα και Θεωρητικές Προσεγγίσεις	41
Βιοτεχνολογία και Σκεπτικισμός.....	46
Παγκόσμιο Δίκτυο Συνεργαζόμενων Κέντρων Βιοηθικής.....	49
Κώδικας Ηθικής στην Ηλεκτρονική Υγεία (e-Health).....	51
Ηθική και Προστασία Προσωπικών Δεδομένων & Πληροφοριών για την Υγεία.....	56
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Ορθή Εργαστηριακή Κλινική Πρακτική.....	62
Πρωτοβουλίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις Ελεγχόμενες Ουσίες.....	64
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Αντιμετώπιση των Ασθενειών.....	76
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Παιδική θνησιμότητα.....	78
Η Συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Προαγωγή της Υγείας.....	80
Προτεραιότητες για την Προαγωγή της Υγείας.....	85
Προγράμματα Πρακτικής Άσκησης κι Εθελοντισμού.....	87
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Βιώσιμη Ανάπτυξη.....	89
Συμπεράσματα.....	92
Βιβλιογραφία.....	93



Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) με την Ηθική. Ειδικότερα, εξετάζεται η σχέση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με ζητήματα που άπτονται των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, καθώς τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στις μέρες μας αποτελούν μια παγκοσμιοποιημένη πολιτική αξία. Κατά συνέπεια, Ανθρώπινα Δικαιώματα και Υγεία είναι έννοιες αλληλένδετες μεταξύ τους, επηρεάζοντας όλους τους τομείς έκφρασης της σύγχρονης ζωής.

Επιπλέον, εξετάζονται και ζητήματα συναφή της Ηθικής και Δεοντολογίας που πρέπει να διέπουν τις διάφορες παραμέτρους οι οποίες σχετίζονται με την Υγεία. Ιδιαίτερη δε έμφαση δίδεται στη συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη βελτίωση των βιοτικών συνθηκών, στις πρωτοβουλίες που αυτός αναπτύσσει για την προαγωγή της Υγείας και τις πρακτικές του Οργανισμού σχετικά με την εξατομικευμένη αλλά και τη δημόσια υγεία. Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στις επιπτώσεις των ενεργειών αυτών τόσο στην ανάπτυξη όσο και στην ευημερία των ανθρώπων.

Abstract

The main purpose of this thesis is to investigate the relationship between World Health Organization (WHO) and Ethics. In particular, World Health Organization's correlation with matters involving Human Rights is under examination since, nowadays, Human Rights are thought to be globalized political value. Accordingly, Human Rights and health concepts are interrelated to each other affecting every aspect of modern life.

Moreover, issues in terms of Ethics and deontology that should govern various health related parameters are also investigated. Extended emphasis is given to World Health Organization's contribution to improving human living conditions, the initiatives and practices that this Organization is developing for health promotion on personalized and public health. Finally, special mention is made to the impact of these actions to people's development and prosperity.

Θεωρητική προσέγγιση της Υγείας



Για κάθε λαό και κάθε πολιτισμό η Υγεία αποτελεί τη σημαντικότερη προϋπόθεση για την επίτευξη του «εὐ ζῆν», του διαχρονικού και πανανθρώπινου αγαθού. Η σημασία λοιπόν που αναμφισβήτητα έχει η Υγεία στη ζωή των ανθρώπων, αν και διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, εντούτοις θεωρούταν ολιστικά από τους περισσότερους ως ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Σουρτζή Π., 1998). Ο όρος «Υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό, παρόλο που είναι πανθομολογούμενη η ανάγκη για μεγαλύτερη διασαφήνιση όσον αφορά τους ήδη υπάρχοντες ορισμούς, σχετικά με τις σημασιολογικές προσεγγίσεις της Υγείας (Üstün B., & Jakob R., 2005). Ο αγγλικός όρος “Health” προέρχεται από την παλαιά αγγλική λέξη ‘hoelth’, που σήμαινε μια κατάσταση του να είναι κανείς υγιής· πλέον χρησιμοποιείται ευρύτερα για να καταδείξει την ευρωστία του σώματος (Dolfman M., 1973). Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization) στα πλαίσια του Καταστατικού ιδρύσεώς του υπό την αιγίδα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.). Στην ιδρυτική του διακήρυξη που υπογράφηκε από τους εκπροσώπους εξήντα δύο (62) χωρών το 1946, όρισε την υγεία σαν “μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας”. Αυτό αποτελεί περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης ή ενός στόχου βέβαια παρά μια απλή σύλληψη της υγείας (Καραδήμας Ε., 2005). Με βάση λοιπόν τα προαναφερθέντα, η υγεία θα μπορούσε να ορισθεί ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβεί τις κρίσεις και τις διαταραχές

της ισορροπίας του, διαμορφώνοντας νέους κανόνες συμπεριφοράς και νέες αξίες (Σαρρής Μ., 2001).

Το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας και της ασθένειας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες. Κατά την προϊστορική περίοδο, οι άνθρωποι πιθανότατα πίστευαν ότι τα αίτια της ασθένειας ήταν διάφορα «κακά πνεύματα», τα οποία εισέβαλαν στο άτομο (Καραδήμας Ε., 2005). Οι πρώτες εμπειριστατωμένες αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια διατυπώνονται από τους αρχαίους Έλληνες και έχουν μυθολογικό υπόβαθρο (Boulogne J., 2001). Ο ορθολογισμός και η φυσιοκρατία που χαρακτήρισαν για πρώτη φορά την ανθρώπινη σκέψη στην αρχαία Ελλάδα οδήγησαν στη διαμόρφωση της ιπποκράτειας ιατρικής, βασισμένης στη φυσική ερμηνεία των φαινομένων (Τούντας Γ., 2000). Ο Ιπποκράτης, ήδη από τον 5ο αιώνα π.Χ., θεωρεί ότι η υγεία είναι το αποτέλεσμα της ισορροπίας μεταξύ τεσσάρων σωματικών χυμών, μια ιδέα δημοφιλής την εποχή εκείνη. Οι χυμοί ήταν το αίμα (που περιγράφεται με τις ιδιότητες του ζεστού και υγρού), το φλέγμα (ψυχρό και υγρό), η κίτρινη χολή (ζεστή και στεγνή) και η μαύρη χολή (ψυχρή και στεγνή). Όταν η «κράση» (ανάμιξη) των χυμών δεν είναι ισορροπημένη, τότε εμφανίζεται η ασθένεια (Καραδήμας Ε., 2005).

Ενώ στη Ελλάδα γεννιόταν η ιατρική τέχνη του Ιπποκράτη, στην Αρχαία Κίνα πίστευαν ότι η ασθένεια εμφανίζεται όταν διαταράσσεται η ισορροπία του ανθρώπου εξαιτίας περιβαλλοντικών αιτιών. Συγκεκριμένα, η κινεζική αντίληψη που εστίαζε όχι μόνον στον άνθρωπο αλλά κι ευρύτερα στο σύμπαν, υποστήριζε την ύπαρξη δυνάμεων αντίρροπων. Ιδιαίτερη δε έμφαση δινόταν στις έννοιες “γιν” και “γιαγκ” που θεωρείτο ότι αποτελούσαν και την αρσενική και θηλυκή αρχή της φύσης. Και τούτο υπήρξε η βάση της παραδοσιακής κινεζικής ιατρικής αλλά και της πρακτικής του βελονισμού (Καραδήμας Ε., 2005). Οι ιδέες του φιλοσόφου και ιατρού Γαληνού (κατά τον 2ο μ.Χ.), που έκανε ανατομικές μελέτες, επηρέασαν την ιατρική πρακτική κατά το Μεσαίωνα, οπότε και κάτω από την ισχυρή επίδραση της Εκκλησίας, η ασθένεια δαιμονοποιήθηκε. Στην Αναγέννηση όμως ο τρόπος σκέψης άλλαξε επηρεασμένος από την έκρηξη των επιστημών και τις νέες δυνατότητες που ανακάλυπτε ο άνθρωπος. Ο Καρτέσιος μάλιστα κατά τη διάρκεια του 17ου αιώνα διακήρυξε ότι το σώμα και ο νους είναι χωριστές οντότητες (προφανώς βασιζόμενος στη θεωρία του δυϊσμού) και πως το σώμα γίνεται αντιληπτό σαν μια μηχανή με εξαιρετικά σύνθετες λειτουργίες (Καραδήμας Ε., 2005).

Οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τα φαινόμενα της υγείας και της αρρώστιας είναι δυνατόν να χωριστούν σε πέντε περιόδους: τη μεταφυσική–μαγική, στη μεταφυσική–θρησκευτική, τη νατουραλιστική (πρώιμη επιστημονική), τη μηχανιστική–θετικιστική (κυρίως επιστημονική) και τη σύγχρονη ολιστική η οποία διαμορφώνεται κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Η περίοδος που διανύουμε έχει τα χαρακτηριστικά της μεταβατικής περιόδου και κυριαρχεί η σταδιακή αμφισβήτηση του παλιού, αλλά και η επιφύλαξη απέναντι στις επικείμενες νέες εξελίξεις (Τούντας Γ., 2000).

Στα τέλη εξάλλου του 19ου αιώνα, οι κατακτήσεις τόσο στον τομέα της βιοϊατρικής όσο και σ' εκείνον της μικροβιολογίας οδήγησαν στην εξασθένηση του θεωρουμένου “κινήματος” της κοινωνικής ιατρικής. Επιπλέον, οι κατακτήσεις αυτές υπήρξαν προπομπός για την αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας όχι μόνον της υγείας αλλά κι εκ του αντιθέτου της ασθενείας. Η συγκεκριμένη ερμηνεία βασιζόταν πρωτίστως στα επιτεύγματα και τις ανακαλύψεις στον τομέα της εργαστηριακής και της κλινικής ιατρικής. Ήταν άλλωστε βασισμένη κατά κύριο λόγο στον καρτεσιανό διαχωρισμό ανάμεσα στη διφυή υπόσταση του ανθρώπου (δηλαδή μεταξύ σώματος και ψυχής, καθώς και ο ίδιος ο Καρτέσιος ήταν επηρεασμένος προφανώς από την αρχή του δυϊσμού). Σύμφωνα λοιπόν με αυτή τη σχεδόν μηχανιστική θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού, ήταν σχεδόν αναπόδραστο το γεγονός να στραφεί η επιστήμη της ιατρικής κατά κύριο λόγο στη θεραπεία των ασθενειών. Κατ' αυτόν τον τρόπο, είχε εστιάσει το ενδιαφέρον της στην ανακάλυψη αλλά και την εφεύρεση νέων τεχνολογικών επιτευγμάτων, τα οποία κι έθετε στην υπηρεσία της. Έχοντας αυτό υπ' όψη, είναι εύλογο ν' αντιληφθεί κανείς ότι κατά την περίοδο εκείνη και το ανθρώπινο σώμα με τη σειρά του θεωρήθηκε ως ένα βαθμό σαν ένα είδος “μηχανής”. Γι' αυτό και η Υγεία ταυτίστηκε με την απουσία της αντιθέτου εννοίας της αρρώστιας, ενώ η ιατρική επιστήμη θεωρήθηκε πλέον ως ο αποκλειστικός σχεδόν θεματοφύλακας και υπερασπιστής του αγαθού της υγείας.

Ωστόσο, μια θεραπευτική και κατά βάση νοσοκομειακή ιατρική δεν μπορούσε να αντιληφθεί τον ανθρώπινο οργανισμό με ολιστική προσέγγιση, γιατί δεν ήταν δυνατόν να τον συλλάβει ως μία έννοια ενιαία, η οποία μάλιστα αλληλοκαθορίζεται βασιζόμενη αποκλειστικά και μόνον στην ψυχή και το σώμα. Δε γινόταν άλλωστε η ιατρική επιστήμη να αντιληφθεί όχι μόνον τους κοινωνικούς αλλά και τους ευρύτερους περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως επίσης τους παράγοντες που

σχετίζονται με την ανθρώπινη συμπεριφορά και οι οποίοι παίζουν κι αποφασιστικό ρόλο για την εμφάνιση και την έκβαση μιας αρρώστιας. Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η κυριαρχία ενός βιο-ιατρικού μοντέλου σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20ού αιώνα (Τούντας Γ., 2000).

Σύμφωνα λοιπόν με το βιο-ιατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει τον ανθρώπινο οργανισμό. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως όχι μόνον σύμφωνα με τους επιδημιολογικούς δείκτες αλλά και με βάση τις όποιες βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες χρησιμοποιούνται με σκοπό την ανίχνευση των όποιων παθολογικών παρεκτροπών πέραν του “φυσιολογικού”. Η έννοια βεβαίως του “φυσιολογικού” προσδιορίζεται με τη σειρά της είτε σε αντιδιαστολή με τη νόσο είτε σε σχέση με τις αποκλίσεις από τη μέση τιμή διαφόρων βιολογικών παραμέτρων. Αντίθετα, η έννοια της “αρρώστιας / ασθενείας” αποτελεί είτε παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους, είτε παρουσία εκ των προτέρων καθορισμένων παθολογικών αλλοιώσεων. Ο προσδιορισμός εξάλλου της έννοιας της «αρρώστιας / ασθενείας» γίνεται σύμφωνα με τα ακόλουθα τρία (3) κριτήρια που θεωρούνται και ως κλασσικά από την πλευρά της ιατρικής επιστήμης:

- α). τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου,
- β). τον εντοπισμό μιας βλάβης (συνήθως σε επίπεδο οργάνου) και
- γ). το σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μία αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα.

Η ιατρογενής προσέγγιση της αρρώστιας εξελίχθηκε σε αντιστοιχία με την πορεία που ακολούθησε ο προβληματισμός για την υγεία καθ’ όλη τη διάρκεια της δυτικής σκέψης. Σύμφωνα λοιπόν με τις φιλοσοφικές κι επιστημονικές αρχές του επονομαζόμενου δυτικού πολιτισμού, η έννοια της υγείας θεωρήθηκε ταυτόσημη σχεδόν με την απρόσκοπτη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού ο οποίος, όπως ήδη έχει προαναφερθεί, αντιμετωπίστηκε με ορθολογική προσέγγιση ως μηχανή. Και σύμφωνα πάντοτε με αυτήν την προσέγγιση, και η οποιαδήποτε ασθένεια αντιμετωπίστηκε κατά κάποιον τρόπο ως εν δυνάμει μηχανική βλάβη που πρέπει να επιδιορθωθεί. Ασφαλώς κι αυτή η προσέγγιση αφορά κυρίως στην σωματική υγεία του ανθρώπινου οργανισμού, αδιαφορώντας για την ψυχική υγεία και την κοινωνική προσέγγιση της ανθρώπινης ζωής. Εντούτοις, είναι κοινά αποδεκτό ότι δύσκολα μπορεί να προσδιοριστεί η σωματική λειτουργία (του οποιουδήποτε ζώντος

οργανισμού) αποκομμένη από το ευρύτερο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει κι αναπτύσσεται. Εκτός των άλλων, υπάρχουν επίσης και διάφοροι παράγοντες που δύσκολα θα μπορούσαν ποσοτικά να προσδιοριστούν. Και ο λόγος είναι ότι η υγεία θεωρείται –και είναι– μία πολυδιάστατη έννοια. Θα αποτελούσε σμίκρυνση του νοήματος του όρου, αν ο ορισμός της υγείας εξαντλούνταν μόνο σε ό,τι μπορεί να προσδιοριστεί βιοϊατρικά και να μετρηθεί, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει τα είδη των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους και μεταξύ τους. Γι' αυτό λοιπόν και είναι πρόπον η υγεία του κάθε ατόμου ξεχωριστά να εξετάζεται υπό το πρίσμα τόσο του υλικού, όσο του φυσικού αλλά και του κοινωνικού περιβάλλοντός του.

Σχετικά λοιπόν με τον ορισμό της υγείας, είναι απαραίτητο να εξετάζονται οι παράγοντες εκείνοι που έχουν άμεση σχέση τόσο με την αρρώστια όσο και με το θάνατο. Ακόμη, πρέπει να εξετάζονται και όσα επιδρούν θετικά στην υγεία. Συγκεκριμένα, παράγοντες όπως είναι η ψυχική και η κοινωνική ευεξία του ατόμου, η φυσική κατάσταση του οργανισμού, οι δεξιότητες αλλά και οι οποιοσδήποτε δυνατότητες αναπτύσσει κάποιος. Πρέπει επίσης να δίδεται ιδιαίτερη προσοχή και και στον τρόπο με τον οποίο αυτοί οι παράγοντες δημιουργούν μία σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ τους, σαν να επρόκειτο για ένα σύστημα ενιαίο κι αδιαίρετο. Ένα σύστημα δηλαδή το οποίο μπορεί μεν να συναποτελείται από ορισμένα επιμέρους και διαφορετικά μεταξύ τους στοιχεία, αλλά όλα αυτά από κοινού είναι σε θέση να συνθέσουν το πιο σημαντικό ειδοποιό στοιχείο του εν λόγω “συστήματος”. Και τούτο δεν είναι άλλο από το αγαθό της υγείας, δίχως φυσικά να γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στην ατομική υγεία ή την υγεία ενός ολόκληρου πληθυσμού συνολικά. Οι αντιλήψεις αυτές απορρέουν βεβαίως από τη Γενική Θεωρία των Συστημάτων. Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι κατά λογική αναγκαιότητα το οποιοδήποτε σύστημα είναι ενταγμένο εντός ενός άλλου συστήματος, με αποτέλεσμα κανένα από τα συστήματα να μην παραμένει απομονωμένο. Βάσει αυτής αναπτύχθηκε και η θεωρία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, όπως επίσης η προναφερθείσα ολιστική προσέγγιση της υγείας (Τούντας Γ., 2000).

Το γεγονός βέβαια ότι η επιστημονική σκέψη απελευθερώνεται κατ' αυτόν τον τρόπο από τις μηχανιστικές αντιλήψεις για το ανθρώπινο σώμα και από τη θεωρία του δυϊσμού μεταξύ του σώματος και της ψυχής, επιτρέπει μέσω αυτής της

θεωρητικής προσέγγισης την επιστροφή μιας ολιστικής αντίληψης για την υγεία. Η αντίληψη αυτή αποκαθιστά την ενότητα μεταξύ του σώματος και της ψυχής, ενώ παράλληλα εστιάζει το ενδιαφέρον της στη μελέτη των ψυχοσωματικών διαταραχών που αυξάνονται με ραγδαίο ρυθμό τα τελευταία χρόνια. Επίσης, η έννοια της δυναμικής ισορροπίας τίθεται με τη σειρά της στο επίκεντρο του ορισμού για την υγεία. Ως εκ τούτου λοιπόν η υγεία θεωρείται ως εκείνη η δυναμική ισορροπία ανάμεσα στο εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον. Αυτή η ισορροπία άλλωστε δίδει τη δυνατότητα στο άτομο να μπορεί αυτό να ζει δημιουργικά και σύμφωνα τόσο με τις πεποιθήσεις όσο και τις επιδιώξεις του. Αυτή η δυναμική ισορροπία ανάμεσα στο φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον και υπό το πρίσμα ενός οικολογικού πλαισίου, δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να μπορεί αυτό όχι μόνον ν' ανταποκριθεί στις περιβαλλοντικές προκλήσεις που τυχόν αντιμετωπίζει, αλλά και να προσαρμοσθεί στις όποιες περιβαλλοντικές αλλαγές που θα κληθεί ν' αντιμετωπίσει. Κατ' αυτόν τον τρόπο θα είναι σε θέση να διασφαλίσει και την αρμονική σχέση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του. Και είναι ευνόητο πως η διατάραξη αυτής της αρμονικής σχέσης αποτελεί και τη βασική αιτία πρόκλησης της ασθένειας η οποία με τη σειρά της μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα, όπως αναφέρονται ακολούθως:

- i). Κυτταρικό,
- ii). Οργανικό,
- iii). Συμπεριφερολογικό,
- iv). Κοινωνικό (Παπαδάτου Δ., & Αναγνωστόπουλος Φ., 1995).

Αν και ένας πλήρης ορισμός της “υγείας” είναι πιθανώς αδύνατος, εντούτοις μπορούμε να υποδείξουμε κάποιους παράγοντες, που φαίνονται να σχετίζονται με αυτόν τον ορισμό. Η κατάσταση της πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή με όρους μιας δυναμικής ισορροπίας μεταξύ των ατομικών (π.χ. φυσιολογία, συμπεριφορά, ψυχολογικοί παράγοντες, στρες) και των περιβαλλοντικών συστημάτων (π.χ. πολιτισμός, οικονομία, συνθήκες κ.λπ.). Η ισορροπία χαρακτηρίζεται ως δυναμική, γιατί η υγεία δεν είναι μια σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου. Ακόμα και μετά από μια σημαντική μεταβολή της, συχνά υπάρχουν στοιχεία (όπως οι ικανότητες του ατόμου, η κοινωνική υποστήριξη, η ιατρική βοήθεια) που επαρκούν ώστε να επαναφέρουν την κατάσταση της ισορροπίας. Όμως, αυτό δεν είναι πάντα εφικτό. Κατά συνέπεια, ο

βαθμός υγείας ενός ατόμου (ή ακόμη κι ενός ολόκληρου πληθυσμού) μπορεί να προσδιοριστεί για μια και μόνον συγκεκριμένη στιγμή κι όχι επί μονίμου βάσεως. Η υγεία δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής.

Για τον προσδιορισμό της υγείας είναι ιδιαίτερος σημαντική η κατανόηση της αλληλεξάρτησης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που δρουν κάθε στιγμή και σε συνεχή «αλληλεπίδραση». Η υγεία δεν είναι μόνο ένα ατομικό ζήτημα, αλλά και ένα πολιτισμικό ζητούμενο (Σαρρής Μ., 2001). Υπ' αυτή την έννοια, η υγεία σχετίζεται με την έννοια του βαθμού «πληρότητας», όπως αυτή την κατανοεί και την προσδιορίζει το άτομο ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις δυνατότητές του, καθώς και ανάλογα με τις υπάρχουσες κοινωνικές αξίες (Καραδήμας Ε., 2005).

Με βάση λοιπόν τα προαναφερθέντα, διαφαίνεται ότι η έννοια της «υγείας» μπορεί να αποκτήσει ποικίλες σημασίες. Μπορεί δηλαδή να ορισθεί ως απουσία συμπτωμάτων ή νόσου, κάτι το οποίο παραπέμπει σε κατά κάποιον τρόπο αρνητικό ορισμό· μπορεί ακόμη να ορισθεί κι ως σωματική ικανότητα, πράγμα που σχετίζεται με λειτουργικό ορισμό. Επίσης, μπορεί να ορισθεί ως ικανότητα άσκησης ρόλων, γεγονός που παραπέμπει σε συναισθηματική λειτουργικότητα ή, όπως ορίζει κι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως μια θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας, παραπέμποντας έτσι με τον τρόπο αυτόν σε θετικό ορισμό. Στο πλαίσιο αυτό, οι διαφορετικές προσεγγίσεις συνθέτουν μια ολική εικόνα του φαινομένου που το συσχετίζουν όχι μόνο με τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές, αλλά και με τις κοινωνικές και ατομικές αναπαραστάσεις τους, καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Σαρρής Μ., 2001).

Η υγεία και η αρρώστια φυσικά εκφράζονται και στις σχέσεις μεταξύ του ατόμου και της κοινωνίας στην οποία ανήκει. Η αρρώστια διαταράσσει όχι μόνο τη βιολογική ισορροπία ενός ατόμου, αλλά και στην κοινωνική του λειτουργία (Kovacs J., 1998). Η κοινωνική επίδραση στη διαμόρφωση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας έγκειται κυρίως στον εκάστοτε προσδιορισμό του ορίου μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού. Ωστόσο, δεν μπορεί να παραγνωριστεί το γεγονός ότι έννοιες όπως το «φυσιολογικό» επηρεάζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα. Στο Δυτικό πολιτισμό, όπου κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι έννοιες της εργασίας και της παραγωγικότητας, το φυσιολογικό και το παθολογικό προσδιορίστηκαν σε

σημαντικό βαθμό από την ικανότητα ή μη για εργασία. Μάλιστα, επειδή παλαιότερα η εργασία θεωρείτο σχεδόν αποκλειστικά ως χειρωνακτική, η παθολογία ταυτίστηκε με τη σωματική και τη μυϊκή αδυναμία. Η πλειονότητα εξάλλου των πνευματικών ή ακόμη και των ψυχικών διαταραχών θεωρήθηκαν αποκλειστικά και μόνον ως παθολογικές κατά τον 20ό αιώνα. Και τούτο διότι η εργασία έγινε λιγότερο χειρωνακτική και περισσότερο νοητική στο λεγόμενο δυτικό κόσμο.

Η σχέση ακόμη της οικονομίας με την υγεία είναι στενή. Η φτώχεια γεννά την αρρώστια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Αναφέρεται ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό, οφείλονται σε οικονομικούς λόγους. Η αύξηση του εισοδήματος κατ' επέκταση βελτιώνει και τη υγεία του ατόμου, αφού εξασφαλίζεται όχι μόνον καλύτερη κατοικία, αλλά και ασφαλέστερο όπως επίσης υγιεινότερο περιβάλλον για το άτομο. Κατά συνέπεια, η αύξηση του εισοδήματος έχει ως επακόλουθο και την εξασφάλιση τόσο της επαρκούς διατροφής, όσο κι άλλων πολλών κοινωνικών αλλά και υλικών παραγόντων στους οποίους επιδρά η υγεία. Και οι παράγοντες αυτοί είναι βεβαίως η πρόληψη, η περίθαλψη καθώς κι άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Πράγμα όμως που ισχύει κι αντιστρόφως, καθώς η υγεία αυτή καθ' εαυτή είναι δυνατόν να επηρεάσει το δείκτη εισοδήματος. Και τούτο είναι εμφανές καθώς ένας υγιής πληθυσμός είναι δυνατόν να καταστεί περισσότερο παραγωγικός, και αυτό με τη σειρά του συμβάλει βεβαίως στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας (Τούντας Γ., 2000).

Ασφαλώς και κάθε πολιτισμός επιλέγει ανάμεσα στις δυνατότητες που του παρέχει η εποχή και το περιβάλλον του: τις αξίες, τους κανόνες όπως επίσης το είδος των γνώσεων που χρειάζεται για να κατανοήσει, να ερμηνεύσει και να θεραπεύσει την αρρώστια, αλλά και για να διαφυλάξει και να προάξει την υγεία του πληθυσμού. Ανάλογα όμως και με τις διάφορες πολιτισμικές επιδράσεις στις οποίες υπόκειται κάθε λαός, μπορεί να θεωρήσει ως βλάβη ή ως ευεργεσία την ίδια ασθένεια, είτε ακόμη ως τιμωρία / ποινή ή ως επιβράβευση, αλλά και ως αμαρτία ή ως έκφραση αρετής. Χαρακτηριστικές είναι οι επιδράσεις αυτές σε πολιτισμούς όπως ήταν ο κλασικός Ελληνικός, ο Κινεζικός και αργότερα ο Δυτικός (Σαρρής Μ., 2001). Ο Πλάτων αναφέρει ότι η ποιότητα του πολιτισμού προκαλεί και την ασθένεια. Και τούτο διότι, η φυσική ζωή απέτρεπε την ανάγκη του ανθρώπου για ιατρική φροντίδα.

Αντιθέτως, οι βασικές αιτίες της νοσηρότητας κατά τον Πλάτωνα θεωρούνταν τόσο η μαλθακότητα όσο και η υπερβολική αλλά κι εξεζητημένη διατροφή. Την άποψη αυτή υιοθέτησε και ο Πλούταρχος κι αρκετοί άλλοι ηθικολόγοι κατά τη Ρωμαϊκή περίοδο (1ος αιώνας μ.Χ.). Μεταξύ άλλων, είχε εκφρασθεί η άποψη ότι κατά την Ομηρική εποχή η υγεία των ανθρώπων βρισκόταν σε καλύτερο επίπεδο, εξαιτίας των υγιεινών συνηθειών, απαλλαγμένοι από τη νωθρότητα και την πολυτέλεια του υλικού πολιτισμού (Τούντας Γ., 2000). Η διεύρυνση της έννοιας της «υγείας» με την προσθήκη της ψυχολογικής και της κοινωνικής διάστασης ήταν μια σημαντική πρόοδος. Όμως, δεν είχε άμεση πρακτική αξία. Εννοιολογικά, η διεύρυνση αυτή περιέπλεξε παρά διευκόλυνε. Στην πραγματικότητα, η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής υγείας αντιστοιχεί περισσότερο στην ευτυχία παρά στην υγεία. Ωστόσο, η ευτυχία είναι αυστηρά υποκειμενική εμπειρία (Saracci R., 1997).

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πολλές φιλοσοφικές συζητήσεις σχετικά με την έννοια της υγείας. Μεταξύ άλλων, υπάρχει και η άποψη εκ μέρους των νατουραλιστών, η οποία προσπαθεί να καθορίσει την υγεία και την ασθένεια χρησιμοποιώντας αντικειμενικούς, επιστημονικούς όρους που έχουν ρίζες στη βιολογία (Boorse C., 1977). Σύμφωνα με την άποψη αυτή είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί η εξελικτική βιολογία για μια επιστημονική περιγραφή της βιολογικής λειτουργίας (Law I., & Widdows H., 2007). Υποστηρίζει ακόμη ότι η ασθένεια είναι «η ανικανότητα να εκτελέσεις τις φυσιολογικές λειτουργίες με μια σχετική αποδοτικότητα» και η υγεία είναι απλά η απουσία ασθένειας (Schramme T., 2007).



René Dubos (1901-1982)

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τους λόγους για τους οποίους οι άνθρωποι προσέρχονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η υγεία ορίζεται και ως ισορροπία που περιγράφει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του περιβάλλοντός του, χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους για υγειονομική περίθαλψη. Άλλωστε ο René Dubos (1901-1982), ένας Γαλλο-Αμερικανός μικροβιολόγος και περιβαλλοντολόγος -και ο οποίος κατατάσσεται ανάμεσα στους πρωτοπόρους της βιολογίας με την έρευνά του στον τομέα των αντιβιοτικών- πρότεινε ότι *«η υγεία είναι μια σχετική κατάσταση χωρίς προβλήματα, απαλλαγμένη από τα βάσανα»* (Hamonet C., & Magalhaes T., 2001). Επιπλέον, η κανονιστική δομή της έννοιας της υγείας εισαγάγει μια φαινομενολογική θεώρηση.

Η έννοια της υγείας αποκτά λοιπόν μια λογική προτεραιότητα έναντι της ασθένειας και η ασθένεια μοιάζει να είναι περισσότερο μια εμπειρία. Τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της έννοιας της υγείας ορίζονται έτσι με τη βοήθεια της βιοστατιστικής και αποκτούν μια κανονιστική διάσταση (Mordacci R., 1995). Σύμφωνα εξάλλου με μία άλλη εκδοχή, *«το άτομο είναι απόλυτα υγιές εάν έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει υπόψη τις εκάστοτε περιστάσεις και να επιτυγχάνει όλους τους στόχους ζωτικής σημασίας»* (Nordenfelt L., 2007). Ο συγκεκριμένος όμως ορισμός τονίζει και το γεγονός ότι η υγεία είναι μια εμπειρία της επιτυχημένης ή αποτυχημένης προσπάθειας ενός ατόμου να ενεργήσει με έναν επιθυμητό τρόπο (Schramme T., 2007). Εκτιμώντας ότι πολλές αντίθετες απόψεις παρέχουν μόνο μια αρνητική περιγραφή της υγείας με τον καθορισμό της ως απουσία ασθένειας, η θεωρία του Nordenfelt είναι ολιστική καθώς εμπεριέχει και το βίωμα του ατόμου (Täljedal I.-B., 2004).

Μια άλλη θεωρητική προσέγγιση από τον φιλόσοφο και ιατρό Georges Canguilhem (1904-1995) βασίζεται και στην αναλογική δομή της γλώσσας. Σύμφωνα λοιπόν με την προσέγγιση αυτή η υγεία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια αναλογία *«της πληρότητας»* που είναι η κοινή ιδανική αναφορά όλων των εννοιολογικών προσεγγίσεων. Και η συγκεκριμένη αναλογική δόμηση της γλώσσας επιτρέπει με τη σειρά της και την αναγνώριση των διαφορετικών επιπέδων της έννοιας: επομένως επιτρέπει και την αναγνώριση των διαφορετικών κανονιστικών δομών, όπως αυτές έχουν ήδη προηγουμένως εκφρασθεί: βιολογική, διανοητική, κοινωνική και ηθική (Kovacs J., 1998).

Άρα, γίνεται αντιληπτό πως υπάρχει μια σύγκλιση στη θεώρηση ότι η υγεία είναι η δυνατότητα να αντιμετωπιστούν οι απαιτήσεις της ζωής ή η δυνατότητα να επιτελεστούν οι βασικές λειτουργίες (Täljedal I.-B., 2004). Η ολιστική αυτή αντίληψη όμως δεν διαφοροποιείται μόνο ως προς τα φιλοσοφικά και οντολογικά της πιστεύω για τη φύση του ανθρώπινου οργανισμού, αλλά έχει και άμεσες πρακτικές επιπτώσεις ως προς το χαρακτήρα και τους προσανατολισμούς της ιατρικής επιστήμης (Nordenfelt L., 2007).

Από τη στιγμή λοιπόν που η ασθένεια θεωρείται ως μία διαταραχή του ανθρώπου, δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται μόνον σωματικά ή ψυχικά. Για τον λόγο αυτό άλλωστε πρέπει να περιλαμβάνει εκείνες τις πρακτικές που αντιμετωπίζουν και τις τρεις (3) διαστάσεις (σωματική, ψυχική, κοινωνική) και κυρίως τον τρόπο που αυτές αλληλεπιδρούν μεταξύ τους (Khushf G., 2007). Η υγεία λοιπόν ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού φαίνεται ότι εξαρτάται κατά 20% από βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Επομένως, η γνώση σχετικά με τον τρόπο που δρουν αυτοί οι παράγοντες καθώς και η αντίληψη για τον τρόπο που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, θα βοηθήσει και στην κατανόηση αλλά και την ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της ασθένειας (Τούντας Γ., 2000).

Ιστορική Αναδρομή: Ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας



Όταν διπλωμάτες από όλο τον κόσμο συγκεντρώθηκαν στο San Francisco των Η.Π.Α το 1945 για την δημιουργία των Ηνωμένων Εθνών, ένα από τα ζητήματα που έθεσαν προς συζήτηση ήταν και η διαμόρφωση ενός **Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας**. Η ίδρυση του προαναφερθέντος Οργανισμού δεν άργησε να έλθει, κι έτσι στις 7 Απριλίου του 1948 ξεκίνησε επίσημα η λειτουργία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η συγκεκριμένη μάλιστα ημερομηνία έκτοτε γιορτάζεται και ως η Παγκόσμια Ημέρα της Υγείας. Οι προτεραιότητες δε που τέθηκαν από τους ιδρυτές του Οργανισμού αυτού, ήταν το πώς θα αντιμετωπίζονταν οι σοβαρές ασθένειες εκείνης της εποχής (όπως για παράδειγμα η ελονοσία, η φυματίωση κ.ά.) που οδηγούσαν στον θάνατο μέχρι τότε δεκάδες χιλιάδες, κυρίως παιδιά αλλά και γυναίκες. Εν συνεχεία, στόχος των μελών του έγινε και η έρευνα προκειμένου να αντιμετωπισθούν κι άλλες επικίνδυνες ασθένειες οι οποίες έως και το 1948 δεν ήταν γνωστές στον κόσμο (όπως για παράδειγμα το AIDS).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είχε κατά το παρελθόν τρεις (3) συγκεκριμένους κι αρμόδιους φορείς:

- i). το Γραφείο Υγείας που αποτελούνταν από μόνιμους υπαλλήλους του,
- ii). ένα εκτελεστικό τμήμα του Γενικού Συμβουλευτικού Συμβουλίου ή Διάσκεψης που αποτελούνταν από εμπειρογνώμονες ιατρούς και
- iii). μια επιτροπή Υγείας, που είχε ως σκοπό όχι μόνον την έρευνα, αλλά και την επιστασία της υγείας και τις εργασίες του Συμβουλίου.

Τέλος, ο συγκεκριμένος φορέας ασχολήθηκε κυρίως με την εξαφάνιση διαφόρων ασθενειών που αποτελούσαν μαστιγες εκείνες της εποχής (λέπρα, ελονοσία και κίτρινος / αφθώδης πυρετός). Ακόμη και κατά τη διάρκεια του «Ψυχρού Πολέμου», ο Οργανισμός Υγείας εργάστηκε επίσης με επιτυχία και με την κυβέρνηση της Σοβιετικής Ένωσης με στόχο την πρόληψη επιδημιών (ιδιαίτερως του τύφου). Για το

λόγο αυτόν άλλωστε, εκτός των άλλων, συνδιοργάνωσε από κοινού με τους ηγέτες του πρώην Ανατολικού Μπλοκ (ΕΣΣΔ και οι χώρες που είχαν συνυπογράψει το Σύμφωνο της Βαρσοβίας) μια μεγάλη εκπαιδευτική εκστρατεία σχετικά με τη συγκεκριμένη ασθένεια.

Το έγκυρο εξάλλου επιστημονικό περιοδικό British Medical Journal εξήρε τη σημασία και το κύρος που έχει διαχρονικά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (British Medical Journal, 1948), αναφερόμενο στο έργο του Οργανισμού, επί τη ευκαιρία συμπλήρωσης πενήντα (50) ετών από την ίδρυσή του. Για το λόγο αυτό μάλιστα αναδημοσίευσε το κείμενο που αναφερόταν στην ίδρυση του Οργανισμού το 1948 (British Medical Journal, 1998). Χαρακτηριστικά ανέφερε ότι η αντίληψη και ο σχεδιασμός δράσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι τέτοιου είδους και ποιότητας, που θα πρέπει να προσφεύγει κάποτε και στη γόνιμη φαντασία. Και μάλιστα να αναζητά τη δημιουργική φαντασία εκείνων που κατευθύνουν και ορίζουν τις δραστηριότητές του Οργανισμού, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι το έργο του δεν παρεμποδίζεται από τους συνήθεις μηχανισμούς που προκύπτουν εξαιτίας της γραφειοκρατίας. Κι ασφαλώς έχοντας πάντοτε υπόψη τη διατήρηση μιας ευέλικτης οργάνωσης ώστε να μπορεί ο εκάστοτε Γενικός Διευθυντής του Οργανισμού να παραμένει σε στενή συνεργασία με το προσωπικό που συνολικά απαρτίζει τις υπηρεσίες του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (BMJ, 1998).

Αναλυτικά οι βασικές χρονολογίες-σταθμοί στην εξέλιξη και συνεισφορά του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην ανθρωπότητα υπήρξαν οι ακόλουθες:

- Το 1948 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισάγει ένα νέο σύστημα καταχώρησης και κατάταξης ασθενειών, ανάλογα με τον βαθμό επικινδυνότητάς τους, το οποίο είναι γνωστό ως ICD (“International Classification of Disease”). Το σύστημα αυτό αποτελεί πλέον ένα παγκόσμιο πρότυπο (standard) που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα τόσο για κλινικούς όσο και για επιδημιολογικούς σκοπούς.
- Το 1958 ο Dr. Jonas Salk από την Αμερική κατασκευάζει το πρώτο επιτυχημένο εμβόλιο για την αντιμετώπιση της πολιομυελίτιδας.
- Από το 1952-1964 διαμορφώθηκε ένα πολύ επιτυχημένο πρόγραμμα για την αντιμετώπιση μιας πολύ δύσκολης ασθένειας που μέχρι το 1950 είχε οδηγήσει στον θάνατο πενήντα (50) εκατομμύρια ανθρώπους από όλο τον πλανήτη, την επονομαζόμενη ως τροπική μόρωση (Yaws). Ο σκοπός του προγράμματος αυτού υπήρξε η χορήγηση πενικιλίνης μέσω ενέσιμης μορφής. Η πολύ σημαντική συμβολή

του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και του προγράμματος του ήταν η εξέταση πάνω από τριακόσια (300) εκατομμύρια ανθρώπους από σαράντα έξι (46) χώρες από όλο τον κόσμο, με αποτελέσματα μείωσης του φαινομένου μέχρι και 95%.

- Το 1974 ξεκινάει και μια νέα πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αφορούσε την παραγωγή αλλά και εισαγωγή όσο το δυνατόν περισσότερων εμβολίων προκειμένου για την θεραπεία των παιδιών όλου του κόσμου.
- Το 1977 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εισήγαγε την «πολιτική χρήσης ναρκωτικών για συγκεκριμένες περιπτώσεις ασθενών» αλλά και την «εθνική πολιτική ναρκωτικών» μέσω των οποίων εκατόν πενήντα έξι (156) χώρες σήμερα έχουν διαμορφώσει μια λίστα με “αναγκαία ναρκωτικά”.
- Το 1978 διεξάγεται το πρώτο “Διεθνές Συνέδριο για την Πρώιμη Φροντίδα Υγείας” στην Alma-Ata στο Καζακστάν, όπου και τίθεται ο ιστορικός στόχος «Υγεία για Όλους», μια αντίληψη που συνεχίζει να εμπνέει όλα τα μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας μέχρι και σήμερα.
- Το 1979 αρχίζουν να φαίνονται τα πρώτα ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ραδιενεργούς ακτινοβολίας, που οδήγησε στον θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους από όλο τον κόσμο και κυρίως από τις τριτοκοσμικές χώρες, όπου οι συνθήκες διαβίωσης υπήρξαν έτσι και αλλιώς προβληματικές.
- Το 1983 γίνεται ταυτοποίηση του ιού HIV από το Ινστιτούτο του Παστέρ στην Γαλλία.
- Το 1988 τα θεραπευμένα παιδιά από την πολιομυελίτιδα έφτασαν τις τριακόσια πενήντα χιλιάδες (350.000) τον χρόνο, χάρη στην βοήθεια είκοσι (20) εκατομμυρίων εθελοντών γιατρών αλλά και άλλων απλών ανθρώπων από όλο τον κόσμο. Αποτέλεσμα όλης αυτής της συντονισμένης προσπάθειας υπήρξε το γεγονός ότι περισσότερα από πέντε (5) εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως μπορούν σήμερα να περπατούν και τα οποία μπορεί υπό διαφορετικές συνθήκες να είχαν μείνει παράλυτα.
- Το 2003 το σύνδρομο SARS αναγνωρίζεται και ταυτοποιείται.
- Το 2005 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεσπίζει κάποιους Παγκόσμιους Κανόνες Υγείας.

Στοχοθεσία – Δραστηριότητες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας



Συνεδρίαση Χωρών Μελών του Π.Ο.Υ

Είναι γνωστό ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και οι δραστηριότητες των μελών του επηρεάζουν άμεσα την ζωή χιλιάδων ανθρώπων του πλανήτη κάθε μέρα, μιας και αυτή έχει αλλάξει ριζικά. Κανένας άνθρωπος πλέον σήμερα δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει μια υγιεινή διατροφή για τον ίδιο και για τα παιδιά του καθώς τα αποθέματα σε νερό όλο και λιγοστεύουν, το φαγητό γίνεται ολοένα και πιο συνθετικό με χημικά και με άλλες επιβλαβείς ουσίες, η ασφάλεια ζωής διακυβεύεται ολοένα και περισσότερο λόγω των συχνών αναταραχών μεταξύ φιλοπόλεμων λαών που υποκινούνται από οικονομικά και από άλλου είδους συμφέροντα, ενώ η πρόληψη και η αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών και άλλων επιδημιών γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, όπου η ενημέρωση είναι πιο περιορισμένη. Καμία χώρα από μόνη της όσο οικονομικά ισχυρή και αν είναι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την συνεχώς αυξανόμενη λίστα με τις «προκλήσεις» σε επίπεδο υγείας και ιατρικής που παρουσιάζονται παγκοσμίως σήμερα.

Μεταδιδόμενες ασθένειες (όπως επί παραδείγματι η ασθένεια SARS) είναι δυνατόν να επηρεάσουν ολόκληρο τον πληθυσμό του πλανήτη μέσα σε μερικές εβδομάδες, με ταχύτητα σχεδόν ισοδύναμη με αυτήν που ταξιδεύει ένα αεροπλάνο. Εξάλλου, οι κρίσεις σε επίπεδο υγείας σε μακρινές και σχεδόν τριτοκοσμικές χώρες θα πρέπει να είναι μέλημα όλων των ανθρώπων παγκοσμίως εφόσον αυτές ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για την φτώχεια και για τις παγκόσμιες συγκρούσεις. Αυτό, βέβαια, δεν παύει να ενισχύεται –όσο οξύμωρο κι αν φαίνεται- και από την παγκοσμιοποίηση που αυξάνει διαρκώς το χάσμα μεταξύ των ανθρώπων και κυρίως ανάμεσα σε αυτούς που έχουν πρόσβαση στο σύστημα Υγείας και σε αυτούς που δεν έχουν. Για όλους λοιπόν αυτούς τους λόγους, ο τότε διευθύνων σύμβουλος του Παγκόσμιου Οργανισμού

Υγείας Dr. Lee Jong-Wook υποστήριξε ότι όλες οι χώρες θα πρέπει να συνεργαστούν προκειμένου να βρουν λύσεις σε όλες τις προαναφερθείσες προκλήσεις.



Ο Dr. Lee Jong-Wook (1945-2006) διετέλεσε διευθύνων σύμβουλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κατά την περίοδο 2003-2006.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαδραματίζει λοιπόν σημαντικότατο ρόλο, θέτοντας τέσσερις (4) βασικές προτεραιότητες:

Η πρώτη αφορά την ενίσχυση της παγκόσμιας υγείας, εξαλείφοντας, αν είναι δυνατόν, κινδύνους που ανακύπτουν στο επίπεδο της υγείας και αντιμετωπίζοντάς τους το συντομότερο δυνατόν, προς όφελος βεβαίως της ανθρωπότητας. Αυτό επιτυγχάνεται κατά τον ο Dr. Lee Jong-Wook μέσω της κατασκευής ενός παγκόσμιου δικτύου (global network) που βοηθά όχι μόνον στην ανεύρεση και τη γρηγορότερη αντιμετώπιση αλλά και στον περιορισμό ενός πιθανού ξεσπάσματος μιας επικίνδυνης για την ανθρωπότητα ασθένειας. Αυτή η ανάγκη φαίνεται να είναι ακόμα πιο επιτακτική σε περιόδους ειρήνης, ιδίως όταν οι ζωές των ανθρώπων κινδυνεύουν από μια φυσική καταστροφή.

Η δεύτερη προτεραιότητα περιλαμβάνει την μείωση κατανάλωσης τσιγάρων και την προώθηση υγιεινής διατροφής προκειμένου για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών (όπως είναι ο καρκίνος, ο διαβήτης, τα εγκεφαλικά επεισόδια και οι πάσης φύσεως ασθένειες της καρδιάς).

Η τρίτη αναφέρεται στην διαμόρφωση μιας σειράς προσπαθειών προκειμένου για την επίτευξη των «Αναπτυξιακών Στόχων της Χιλιετίας» μέσω προγραμμάτων υποστήριξης των χωρών ενάντια στην εξάπλωση σεξουαλικά μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως είναι για παράδειγμα το AIDS, καθώς και άλλων θανατηφόρων ασθενειών όπως είναι η ελονοσία και η φυματίωση. Ακόμα, στα πλαίσια αυτού του

σκοπού περιλαμβάνεται και η βελτίωση των συνθηκών ζωής και διατροφής τόσο των γυναικών όσο και των παιδιών τους καθώς και η αύξηση της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται προς τις δύο αυτές ευαίσθητες ομάδες ανθρώπων.

Τέλος, η τέταρτη και τελευταία προτεραιότητα του Οργανισμού αφορά στην αναζήτηση βελτιώσεων στο σύστημα υγείας καθώς και στην πιο δίκαιη πρόσβαση όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως της οικονομικής και εκπαιδευτικής τους κατάστασης αλλά και καταγωγής τους, στο σύστημα υγείας και στις θεραπείες που αυτό προσφέρει, ώστε να αποφευχθούν φαινόμενα σαν τα σημερινά, όπου ο μέσος όρος ζωής στην Ιαπωνία έχει φτάσει τα ογδόντα πέντε (85) χρόνια σε πλήρη αντίθεση με την Σιέρα Λεόνε, όπου ο μέσος όρος ζωής των κατοίκων αυτής της χώρας είναι απογοητευτικά χαμηλός και συχνά δεν ξεπερνά τα τριάντα έξι (36) χρόνια (WHO, 2000).

Η δικαιοσύνη άλλωστε στην κατανομή του χρηματοδοτικού βάρους των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους τρεις βασικούς στόχους οι οποίοι προσδιορίζουν το πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Ο στόχος αυτός, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αύξηση της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, συνθέτουν τον πυρήνα της μεθόδου αναζήτησης. Αυτή τη μέθοδο άλλωστε έχει αναπτύξει και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με σκοπό να βοηθήσει τα μέλη του να προβούν στην αξιολόγηση των συστημάτων υγείας τους (Murray C., & Frenk J., 1999).

Η έννοια του Δικαιώματος και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας



Η 62^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας εγκρίνει το Πρόγραμμα του Π.Ο.Υ (14/7/2009)

Η έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι συνδεδεμένη άμεσα με την φιλοσοφία, την πολιτική και την κοινωνία γενικότερα. Και τούτο διότι η έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σχετίζεται με τα όποια ατομικά δικαιώματα που έχουν γίνει σεβαστά τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Κι αυτά τα δικαιώματα εξασφαλίζουν αφενός το σεβασμό και την προάσπιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αφετέρου διαφυλάσσουν τη δημόσια τάξη (Μανωλοπούλου-Βαρβιτσιώτη Κ., 1986). Τα ανθρώπινα δικαιώματα συνοδεύουν την ανθρώπινη ύπαρξη, δόθηκαν από τη φύση στον άνθρωπο, απορρέουν από το φυσικό δίκαιο και αποτελούν τη σύγχρονη έκφραση των φυσικών δικαιωμάτων (Δραγώνα - Μονάχου Μ., 1986).

Ως έννοια ο όρος “δικαίωμα” αποτελεί ασφαλώς μία από τις πιο ουσιαστικές έννοιες που αφορούν το δίκαιο. Κατά μία επικρατούσα άποψη, η έννοια του δικαιώματος έγκειται στην εξουσία που απονέμεται από το δίκαιο στο πρόσωπο για την ικανοποίηση των έννομων συμφερόντων του (Σπυριδάκη Σ.Ι., 1985). Ένας άλλος ορισμός που αφορά στο δικαίωμα εστιάζει στην εξουσία που απονέμεται από το δίκαιο και που μπορεί να εξυπηρετήσει την ικανοποίηση ανθρωπίνων συμφερόντων (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα, 1984). Ένας πιο περιεκτικός ορισμός όμως θα μπορούσε ενδεχομένως να ταυτίσει την έννοια του δικαιώματος με την εξουσία που το δίκαιο απονέμει σε ένα φυσικό ή νομικό πρόσωπο, ώστε αυτό με τη σειρά του να προβαίνει σε μία πράξη ή παράλειψη, ή ακόμη και να απαιτεί μία πράξη ή παράλειψη από άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, όπως επίσης από το κράτος (Ρούκουνας Ε., 1995).

Το δικαίωμα, δηλαδή, προϋποθέτει όχι μόνο κάποιον ‘φορέα’ αλλά και κάποιον ‘χορηγό’, που σημαίνει ότι δικαίωμα μπορεί να υπάρξει μόνο στο πλαίσιο της

έννομης τάξης, δηλαδή εντός ενός ευνομούμενου κράτους. Σύμφωνα λοιπόν με αυτό το σκεπτικό, η έννοια του δικαιώματος προϋποθέτει εκείνη του κράτους, διότι μόνο το κράτος είναι σε θέση να χορηγήσει και να κατοχυρώσει οιασδήποτε φύσεως δικαιώματα (Δαγτόγλου Π.Δ., 1991).

Είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι έχουν υπάρξει κατά το παρελθόν αρκετές μελέτες σχετικά με το δικαίωμα στην Υγεία ή στη φροντίδα υγείας. Υπήρξαν ακόμη και αναλύσεις σχετικά με το εάν η διατήρηση της υγείας είναι υποχρέωση και καθήκον όλων των ανθρώπων (Beauchamp L.T., & Childress F.J., 1983). Η σχέση αυτή μεταξύ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της Υγείας έχει σαφώς διατυπωθεί και στα κείμενα όλων ανεξαιρέτως των διεθνών οργανισμών κι έχει κατοχυρωθεί μέσω διακηρύξεων και διατάξεων.

Η σχέση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων με την υγεία είναι μια σχέση η οποία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως αμφίδρομη, αφενός διότι η προαγωγή και η προστασία του ενός συμβαδίζει και συμπληρώνει την προαγωγή και την προστασία του άλλου, αφετέρου επειδή οι τρόποι με τους οποίους πραγματοποιείται αυτή η σχέση είναι πολύπλοκοι· σε τέτοιο βαθμό μάλιστα, που θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι σχετίζονται κιάλας με την υιοθέτηση της άποψης ότι η παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Και τούτο διότι οι πολιτικές υγείας γενικότερα μαζί με τα προγράμματα αγωγής της υγείας μπορούν όχι μόνον να προάγουν αλλά –αντιθέτως- ακόμη και να παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα, ανάλογα με τον τρόπο σχεδιασμού και υλοποίησής τους. Επίσης, ο σεβασμός και η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι ο ασφαλέστερος τρόπος για να μειωθεί το ποσοστό των ευάλωτων ατόμων και να περιορισθούν οι συνέπειες της κακής υγείας.

Κατά συνέπεια, η σχέση υγείας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν αφορά μόνον το άτομο αλλά και το σύνολο γενικότερα. Για το λόγο αυτό και οι πολιτικές υγείας πρέπει να έχουν ως γνώμονα και βασικό στοιχείο τους τα ανθρώπινα δικαιώματα, ούτως ώστε να εξασφαλίζουν την ισότητα πρόσβασης σε ασφαλείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Και είναι αυτονόητο ότι ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να δίδεται πρωτίστως στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ιδίως αναφορικά με την υγεία και τη βιοτεχνολογία. (Beauchamp L.T, Walters L., 2003).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ήταν ο πρώτος οργανισμός που αναφέρθηκε στο δικαίωμα στην υγεία. Το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού

Υγείας (1946) ορίζει πως η υγεία δεν έγκειται μόνον στην απουσία κάποιας ασθένειας νόσου ή στην ύπαρξη κάποιας ανικανότητας, αλλά πρωτίστως θεωρείται ως κατάσταση ευεξίας (τόσο σε φυσικό, όσο και σε ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο). Ο συγκεκριμένος βέβαια ορισμός αφορά και την έννοια του ατομικού δικαιώματος ενώ συγχρόνως αντιμετωπίζει την υγεία ως κοινωνικό στόχο. Παράλληλα, υποστηρίζει ότι η απολαβή υπηρεσιών υγείας, αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου ανεξαιρέτως. Επιπλέον, κάθε άνθρωπος έχει εκτός από το αυτονόητο δικαίωμα στην Υγεία και την ταυτόχρονη υποχρέωση να κάνει ό,τι είναι δυνατόν ούτως ώστε να εξασφαλίσει την υγεία αυτή καθεαυτή (WHO/EUROPA, 1994).

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό το γεγονός ότι μέσα από τη σύγχρονη αυτή αντίληψη σχετικά με το δικαίωμα στην Υγεία, ενυπάρχουν ήδη τρία (3) θεμελιώδη στοιχεία που αφορούν την έννοια του δικαιώματος:

- A). Το δικαίωμα στην υγεία σε ατομικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- B). Το δικαίωμα που έχουν όλοι άνθρωποι στην ύψιστης στάθμης υγεία.
- Γ). Το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα για τον προσδιορισμό αλλά και τη συμμετοχή όλων ανεξαιρέτων των ανθρώπων σε οποιαδήποτε κοινωνική δραστηριότητα.

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948), η οποία σηματοδοτεί και την σύγχρονη εποχή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αναφέρει σχετικά με τα βασικά και ουσιώδη για μία στοιχειωδώς αξιοπρεπή ζωή:

- α). κάθε ένας έχει το δικαίωμα για τα αναγκαία προς το ζῆν (είτε αυτό αφορά την υγεία είτε την ευημερία του ιδίου και της οικογένειάς του),
- β). ο οποιοσδήποτε έχει το δικαίωμα της ασφάλειας (σε καταστάσεις που είναι πέραν του προσωπικού του ελέγχου), ενώ
- γ). η μητρότητα και η παιδική ηλικία τυγχάνουν ιδιαίτερης φροντίδας, καθώς όλα τα παιδιά είτε είναι γεννημένα εντός ή εκτός γάμου πρέπει να απολαμβάνουν της κοινωνικής φροντίδας (Διεθνής Χάρτα των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, Άρθρο 25).

Αν και το κείμενο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων δεν είχε νομική δεσμευτικότητα για τα διάφορα κράτη, εντούτοις τα σύμφωνα που ακολούθησαν ήταν κατοχυρωμένα νομικά, όπως επί παραδείγματι συνέβη με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά Κοινωνικά και Πολιτικά Δικαιώματα (1966) καθώς και με το Διεθνές Σύμφωνο για τα Αστικά και Πολιτικά Δικαιώματα. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις περιλαμβάνονται νομικώς δεσμευτικές διατάξεις που αναφέρονται στην Υγεία (Beauchamp L.T., Childress F.J., 1983).

Το Ελληνικό κράτος έχει κατοχυρώσει τα δικαιώματα του ανθρώπου, μέσω των Συνταγματικών διατάξεων. Περίοπτη θέση κατέχει άλλωστε ο Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων ως βασικό στοιχείο του καταστατικού τους, ανάμεσα στους διαφόρους Διεθνείς Οργανισμούς (προεξάρχοντας βεβαίως του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπήρξε μάλιστα και ο πρώτος Οργανισμός που όχι μόνον αναγνώρισε τη σχέση μεταξύ των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Υγείας, αλλά και την κατοχύρωσε μάλιστα μέσω σχετικών διακηρύξεων και διατάξεων (UNHCR, 1948).

Αλλά ποιός είναι ακριβώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας; Ουσιαστικά πρόκειται για έναν διεθνή φορέα των Ηνωμένων Εθνών που είναι υπεύθυνο για θέματα υγείας. Πρόκειται δηλαδή για έναν οργανισμό τα μέλη του οποίου παρέχουν βοήθεια, οικονομική, εκπαιδευτική αλλά και ψυχολογική, οδηγίες αλλά και ορισμένα πρότυπα (standards) προκειμένου να προφυλάξουν τους οικονομικά ασθενείς, των τριτοκοσμικών αλλά και των ανεπτυγμένων χωρών στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας του πληθυσμού τους. Ταυτόχρονα, επιδιώκουν μέσω των οικονομικών κονδυλίων που παρέχουν να ενισχύσουν με κάθε τρόπο την ιατρική έρευνα, προκειμένου για την ταχύτερη αλλά και ικανοποιητικότερη αντιμετώπιση επικίνδυνων, μεταδιδόμενων αλλά και μή ασθενειών που μαστίζουν τον πλανήτη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας απαρτίζεται από εκατόν ενενήντα δύο (192) χώρες, οκτώ χιλιάδες (8.000) μέλη και πραγματοποιεί συναντήσεις στην Γενεύη προκειμένου να θέσει την πολιτική του Οργανισμού, να θέσει τις βάσεις για τις περαιτέρω τις ενέργειές του, να διευθετήσει τα θέματα του προϋπολογισμού (budget) και να επιλέξει Διευθύνων Σύμβουλο, μια διαδικασία που γίνεται κάθε πέντε χρόνια, στην οποία συμμετέχουν με την ψήφο τους και τα τριάντα τέσσερα (34) μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, τα οποία στην πλειοψηφία τους είναι επιστήμονες, όπως επιδημιολόγοι, γιατροί αλλά και οικονομικοί μανάτζερ.

Οι τομείς ενδιαφέροντος, μελέτης κι έρευνας του Οργανισμού προέρχονται από διάφορα επαγγελματικά πεδία και γνωστικά αντικείμενα, όπως είναι η Παιδιατρική, η Νεογνολογία, η Γενετική, η Ογκολογία, η Υγιεινή, η Επιδημιολογία, η Κοινωνιολογία, η Παιδοψυχιατρική, η Διοικητική Υγιεινή και η Δημόσια Υγεία. Η αφόρμηση για μελέτη κι έρευνα λαμβάνεται επίσης και από άλλους επιστημονικούς κλάδους, όπως είναι η Νομική, η Εγκληματολογία, η Ψυχολογία, η Κοινωνιολογία, η Βιοϊατρική και η Κοινωνιολογική Έρευνα.

Κατ' αυτόν τον τρόπο λοιπόν ορίζονται οι συγκεκριμένοι τομείς, διατρέχοντας όλες τις ηλικιακές γενιές επιστημόνων και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα των ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας που σχετίζεται άμεσα ή έμμεσα με τον τομέα της υγείας (ευθανασία, αναπαραγωγή, βία, κ.ά.). Προσεγγίζονται ακόμη με κριτική ματιά θεωρητικές και πρακτικές διαστάσεις παλαιών και νέων ζητημάτων. Εκτίθενται επίσης και σχολιάζονται καταστάσεις και εξελίξεις που προκύπτουν από την πρόοδο της επιστήμης και της τεχνολογίας, όπως είναι η βιοηθική, οι πειραματικές θεραπείες, η δωρεά γαμετών, η υποκατάστατη/παρένθετη μητέρα, οι τράπεζες βιολογικών υλικών και οι μεταμοσχεύσεις οργάνων (συμπεριλαμβανομένης και της εικαζόμενης συναίνεσης στη μεταθανάτια αφαίρεση οργάνων). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξετάζει -εκτός των άλλων- και τις επιπτώσεις των διαφόρων κοινωνικών φαινομένων, όπως είναι για παράδειγμα η μετανάστευση, η εφαρμογή συμβάσεων στην πράξη, ενώ παράλληλα ασχολείται και με τις όποιες διοικητικές δεσμεύσεις εκ μέρους των κρατών (Βαλάσση-Αδάμ Ε., 2012).

Κοινωνικές Ανισότητες & Υγεία



Το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Ευρώπη ζήτησε από μια ομάδα επιστημόνων να συνοψίσει τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά δημοσιεύονται καθ' ολοκληρίαν στο επίσημο αρχείο του Περιφερειακού Γραφείου του Οργανισμού στην Ευρώπη (EURO/WHO, 2012). Η συγκεκριμένη μελέτη έδειξε ότι το επίπεδο της υγείας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού καθορίζεται από τους εξής δέκα κοινωνικούς αλλά και τροποποιήσιμους παράγοντες από:

- 1). την κοινωνική βαθμίδα,
- 2). το άγχος,
- 3). τα πρώτα χρόνια της ζωής,
- 4). τον κοινωνικό αποκλεισμό,
- 5). την εργασία,
- 6). την ανεργία,
- 7). την κοινωνική υποστήριξη,
- 8). τους εθισμούς,
- 9). την τροφή και τέλος
- 10). τις μεταφορές / μετακινήσεις.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δημιούργησε τέλος κι ένα διεθνές διαδικτυακό (on-line) εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την ευαισθητοποίηση στις ανισότητες στην υγεία και την κριτική κατανόηση των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία. Στο πρόγραμμα αυτό περιλαμβάνονται ακόμη όλα τα προγράμματα προαγωγής υγείας. Επιπλέον, περιλαμβάνονται πολιτικές με στόχο την μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρώπη, όλες οι βασικές μελέτες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα καθώς επίσης κι επικοινωνία με σχετικούς φορείς και επαγγελματίες.

Ηθική και Υγεία: Κριτική Προσέγγιση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας



Η Ηθική σε θέματα Υγείας αποτελεί μια καίρια διάσταση στο έργο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Όλα τα προγράμματα του Οργανισμού ασχολούνται με ευάλωτους πληθυσμούς, επί παραδείγματι μειονότητες, παιδιά και ηλικιωμένους, κι ως εκ τούτου, θα πρέπει να διασφαλίσει ότι οι πολιτικές και παρεμβάσεις του Π.Ο.Υ παρέχουν δίκαιη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας. Το έργο της Μονάδας Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας λειτουργεί υπό αυτό το γνώμονα και παρέχει τις δεοντολογικές αρχές για την συζήτηση ευρέος φάσματος θεμάτων στους τομείς της Ηθικής και Βιοηθικής. Βαρύνουσας σημασίας για την Καινοτομία, την Πληροφόρηση, τα Αποδεικτικά Στοιχεία και την Έρευνα αποτελεί το έργο της Μονάδας Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας επί των ηθικών πτυχών των ερευνών που σχετίζονται με τους ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένου του δεοντολογικού ελέγχου των ερευνητικών δραστηριοτήτων που διεξάγονται από το προσωπικό του Π.Ο.Υ. Ένας άλλος τομέας ιδιαίτερης σημασίας είναι η ανάπτυξη προτύπων, εργαλείων και βέλτιστων πρακτικών για την ηθική δεοντολογική εξέταση.

Η Μονάδα Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας, συμπεριλαμβανομένης της Γραμματείας της Επιτροπής Δεοντολογικού Ελέγχου στη Γενεύη, έχει αγαστή συνεργασία με τα Περιφερειακά Γραφεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Κατά τα τελευταία χρόνια έχει διοργανώσει και έχει συμμετάσχει σε πλήθος σεμιναρίων κατάρτισης στην έρευνα της ηθικής δεοντολογικής αξιολόγησης και ελέγχου. Επιπλέον, τόσο τα Κεντρικά όσο και τα Περιφερειακά Γραφεία του Οργανισμού συνεργάζονται με το δίκτυο των επιτροπών ηθικής δεοντολογικής αξιολόγησης και ελέγχου σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο κατά κεφαλήν εισόδημα. Οι συνεργασίες αυτές θα πρέπει μάλιστα όχι μόνο να ενισχυθούν προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε στρατηγικές πληροφορίες αλλά και να προωθηθεί ο διαμοιρασμός της γνώσης καθώς επίσης να αυξηθεί η βιωσιμότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως προς την ικανότητα ενίσχυσης των επενδύσεων στον τομέα αυτό. Τέλος,

πολλές ηθικές πτυχές στην Έρευνα στον τομέα της Υγείας, όπως αυτές που αφορούν στη χρήση του εικονικού φαρμάκου (placebo) σε κλινικές δοκιμές, θα συνεχίσουν να εγείρουν συζητήσεις. Επιπροσθέτως, η έρευνα που σχετίζεται με την κλωνοποίηση του ανθρώπου είναι ένα άλλο θέμα για το οποίο η ηθική δεοντολογική συναίνεση φαίνεται να είναι ακόμη μακριά από την επίτευξη (WHO, 20011).

Ηθική Δεοντολογία και Υγεία



Το πρώτιστο ίσως καθήκον του ιατρού απέναντι στον ασθενή και στο περιβάλλον του είναι εκείνο της αλήθειας, το οποίο βρίσκεται στον πυρήνα της ιατρικής ηθικής. Η σχέση μάλιστα μεταξύ του καθήκοντος της αλήθειας και της ιατρικής δεοντολογίας είναι εκ των ων ουκ άνευ (Πρωτοπαπαδάκης Ε., 2006). Για το λόγο αυτό και η ηθική δεοντολογία στην Υγεία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των δραστηριοτήτων πολλών μονάδων και υπηρεσιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Απευθύνεται μάλιστα όχι μόνο στα τμήματα Ηθικής, Ίδια Κεφάλαια, Εμπόριο και Ανθρώπινα Δικαιώματα (IER/ETH) αλλά και στο σύνολο του Οργανισμού λειτουργώντας σε συνεργασία με προσωπικό από όλα τα τμήματα και τα περιφερειακά γραφεία. Σκοπό έχει τον εντοπισμό, σχεδιασμό και εκτέλεση έργων για την αντιμετώπιση των ηθικών ζητημάτων που σχετίζονται με τη φροντίδα, τη δημόσια υγεία και τις βιοϊατρικές επιστήμες. Τον Οκτώβριο του 2002, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ξεκίνησε μια πρωτοβουλία για τη Δεοντολογία στον τομέα της υγείας. Σκοπός της συγκεκριμένης πρωτοβουλίας ήταν να αποτελέσει ένα κομβικό σημείο για την εξέταση των ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν από τις δραστηριότητες σε όλο τον Οργανισμό, τόσο των περιφερειακών όσο και των εθνικών γραφείων. Επιπροσθέτως, στόχος ήταν η ανάπτυξη δραστηριοτήτων που αφορούν ένα ευρύ φάσμα παγκόσμιων θεμάτων βιοηθικής, εκτεινόμενο από τις μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών έως τις εξελίξεις στον τομέα του ανθρώπινου γονιδιώματος κι από την έρευνα με ανθρώπινους οργανισμούς έως την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στα συγκεκριμένα εξάλλου έργα, πολλά από τα οποία συνδέουν τις διάφορες υπηρεσίες του Π.Ο.Υ. μεταξύ τους, συμμετέχουν κι εμπειρογνώμονες προερχόμενοι από χώρες εκτός του Οργανισμού. Τα έργα αυτά εξελίσσονται ανάλογα με τις αλλαγές που προκύπτουν κάθε φορά στους προαναφερθέντες τομείς, μέσω της επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών Inter-Agency. Αναλυτικότερα, η επιτροπή αυτή

ασχολείται με ζητήματα που αφορούν τη Βιοηθική και συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες του Ο.Η.Ε. καθώς και με Κυβερνητικές αλλά και με μή-Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) που ασχολούνται κι αυτές με τη σειρά τους με ζητήματα Βιοηθικής.

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι μία 26μελής επιτροπή που έχει συσταθεί και διορίζεται από το Γενικό Διευθυντή, ώστε να διασφαλιστούν τα υψηλότερα ηθικά πρότυπα στον τομέα της έρευνας που υποστηρίζονται από τον Οργανισμό. Η επιτροπή είναι εντεταλμένη να επανεξετάσει όλα τα ερευνητικά προγράμματα που αφορούν τους ανθρώπους και τα οποία υποστηρίζονται, είτε οικονομικά είτε τεχνικά, από τον Π.Ο.Υ. Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής: δεκαέξι (16) εκ των μελών της επιτροπής αυτής προέρχονται από το προσωπικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ υπάρχουν ακόμη δέκα (10) διεθνή εξωτερικά μέλη. Όλα τα μέλη ανεξαιρέτως διαθέτουν φέρνουν ευρεία εμπειρία και γνώση, όπως επί παραδείγματι εμπειρία στην έρευνα για το εμβόλιο της ελονοσίας και τεχνογνωσία όσον αφορά τον τομέα της έρευνας για την προαγωγή της Υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτή η ποικιλομορφία της τεχνογνωσίας εξασφαλίζει ότι όλες οι ερευνητικές προτάσεις (από βασικές επιστήμες, επιδημιολογική έρευνα σε βάθος και ταυτόχρονα κλινική έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες), αξιολογούνται δίκαια για το ηθικό υπόβαθρο της έρευνας κάθε είδους. Και τούτο διότι όλα τα μέλη έχουν εκπαιδευτεί στην ηθική αξιολόγηση των ερευνητικών προτάσεων που αφορούν στα ανθρώπινα υποκείμενα.

Η συγκεκριμένη επιτροπή εξετάζει ακόμη και γνωμοδοτεί σχετικά με κάποια έρευνα που είναι πλήρως ή εν μέρει χρηματοδοτούμενη από τον Π.Ο.Υ. Επίσης, ασχολείται και με έρευνες που διαχειρίζεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αλλά και με έρευνες στις οποίες ο Π.Ο.Υ. είναι είτε ένας εταίρος είτε συνεργάτης. Οι όροι αναφοράς της επιτροπής ορίζονται από τον ίδιο τον Οργανισμό μέσω του Κανονισμού του, όπως αυτός έχει τεθεί από τη Διακήρυξη του Ελσίνκι στη Φινλανδία (1964), καθώς κι από την πρόσφατη αναθεώρηση που πραγματοποιήθηκε το 2008. Ακόμη, αξιοσημείωτη είναι και η διεθνής ηθική οδηγία σχετικά με τη βιοϊατρική έρευνα επί των ανθρώπων (CIOMS 2002). Επιπλέον, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι χρόνιες ασθένειες δεν επηρεάζουν μόνον τους οικονομικά ευκατάστατους και τούτο διότι τέσσερις (4) στους πέντε (5) ανθρώπους που πάσχουν από τέτοιου είδους ασθένειες, προέρχονται από τις χαμηλές αλλά και μεσαίες

κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Άλλος ένας μύθος κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας είναι ότι οι χρόνιες ασθένειες επιδρούν μόνο στους μεγαλύτερους ανθρώπους. Η πραγματικότητα διαφέρει σε μεγάλο βαθμό, αφού το 1/4 των ανδρών και των γυναικών που πεθαίνουν κάθε χρόνο είναι κάτω των εξήντα (60) ετών. Βέβαια, τα τελευταία δέκα (10) με δεκαπέντε (15) χρόνια υπάρχει μεγάλη πιθανότητα πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης των χρόνιων ασθενειών, μέσω του περιορισμού τριών βασικών κινδύνων: του καπνίσματος, της απουσίας φυσικής άσκησης και της πραγματοποίησης ανθυγιεινής διαίτας με περιορισμένες ή καθόλου βιταμίνες, οι οποίες θεωρούνται αναγκαίες για την ανάπτυξη του ανθρώπινου οργανισμού.

Ηθική & Δημόσια Υγεία: Μια Περσοναλιστική Προσέγγιση



Στις ανεπτυγμένες χώρες στις οποίες επιτεύχθηκαν υψηλά πρότυπα διαβίωσης, η Δημόσια Υγεία συχνά θεωρείται ως ένα είδος πίστης για την ψυχική και σωματική ευημερία των πολιτών. Αφ' ενός παρέχει καλές συμβουλές (για τη διατροφή, τη σωματική υγεία, τη μακροζωία, κ.λπ.) κι αφετέρου επιβάλλει προστατευτικούς κανόνες (χρήση ζώνης ασφαλείας, απαγόρευση καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, κλπ.) για την πρόληψη και την προαγωγή της συλλογικής υγείας. Αυτή η ηθικολογική πλευρά της Δημόσιας Υγείας έχει αναλυθεί εκτενώς στη βιβλιογραφία (Beauchamp D.E., & Steinbock B., 1999). Στο πλαίσιο αυτό, οι απόψεις που έχουν διατυπωθεί για τη Δημόσια Υγεία σε συνάρτηση με τις πληροφορίες, την πειθώ, την προστασία της ιδιωτικής ζωής και τις ηθικές προεκτάσεις είναι ευρύτατες (Gostin L.O., 2000). Αυτά τα ειδικά χαρακτηριστικά της Δημόσιας Υγείας είναι μια εξέλιξη των λειτουργιών και των καθηκόντων της που αφορούν στο δημόσιο συμφέρον. Παραδοσιακά την ευθύνη της εφαρμογής των κανόνων της Δημόσιας Υγείας αναλάμβαναν οι γιατροί. Οι γιατροί καταγράφουν τα δεδομένα στα μητρώα, σε περιπτώσεις γεννήσεων, γάμων ή θανάτων κατανοώντας την άρρηκτη διασύνδεση της καταγραφής με τους κανόνες και τους σκοπούς της Δημόσιας Υγείας (Cosmacini G., Gaudenzi G. & Satolli R., 1996). Πράγματι, η κύρια ιδέα της Δημόσιας Υγείας που διαχρονικά εφαρμόζεται ανά τους αιώνες της ανθρώπινης ιστορίας, μπορεί να συνοψιστεί στον ακόλουθο ορισμό: «Ένας υγιής πληθυσμός αναπαράγεται καλά, παρέχοντας στην κοινωνία σθεναρούς στρατιώτες, αποδοτικούς εργαζόμενους και γόνιμες γυναίκες» (Fagot-Largeault A., 1997).

Μόνο τα τελευταία χρόνια η έννοια της Δημόσιας Υγείας διευρύνθηκε με στόχο να ενσωματώσει την ιδέα της Παγκόσμιας Υγείας. Αυτή η τελευταία εξέλιξη μπορεί να συσχετιστεί με τον ορισμό της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1946). Κατά συνέπεια, ο ρόλος της Δημόσιας Υγείας, που προηγουμένως περιοριζόταν στον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών (Fassin D., & Lecourt D., 2004) μετατοπίζεται σε ένα ευρύτερο φάσμα δράσης που είναι πιο εμφανές στις

ανεπτυγμένες χώρες. Η ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας αποτελεί πλέον μια ενοποιημένη πραγματικότητα (Detels R., 2002). Μέσα σε ένα τόσο ευρύ πλαίσιο θεμάτων, εάν κάποιος προσπαθήσει να βρει τις ενοποιητικές αρχές της Ηθικής και της Δεοντολογίας στη Δημόσια Υγεία ενδέχεται σύντομα να αποθαρρυνθεί. Οι γενικοί κανόνες καλής συμπεριφοράς είναι αρκετά εύκολο να οριστούν σε ηθικό πλαίσιο. Επί παραδείγματι, μπορούν να αναφερθούν οι έννοιες της διαφάνειας, της ισότητας και της ειλικρίνειας καθώς και άλλα πρότυπα που αναγνωρίζονται ομόφωνα στους επαγγελματικούς και ηθικούς κώδικες (Tröhler U., Teiter-Theil S. & Herych E., 1998).

Ωστόσο, τα θέματα που άπτονται της Δημόσιας Υγείας είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν βάσει των κοινών προτύπων συμπεριφοράς: οι ηθικές βάσεις απαιτούνται και για τη λήψη αποφάσεων. Μέχρι πρόσφατα, καμία σχετική πρόταση Ηθικής και Δεοντολογίας ή κώδικας Ηθικής και Δεοντολογίας δεν ήταν διαθέσιμος για τους επαγγελματίες της Δημόσιας Υγείας. Εκτός από τους επαγγελματικούς κώδικες και κανόνες, εφαρμόζονται κώδικες και κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν τους γενικούς κανόνες συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία και ισχύουν για όλες τις επιστημονικές περιπτώσεις (King D., 2007). Οι γενικοί εξάλλου κανόνες συμπεριφοράς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία, συνοψίζονται στους κάτωθι:

1. Να προβαίνει κανείς σε δράσεις και πρακτικές με ικανότητα, δεξιοτεχνία και επιμέλεια σε όλες τις επιστημονικές εργασίες και να φροντίζει ώστε οι γνώσεις και οι δεξιότητές του να εξελίσσονται. Για το σκοπό αυτό πρέπει να ενημερώνεται για τις νέες εξελίξεις στον τομέα των γνώσεων και των δεξιοτήτων, προσπαθώντας να εξελίξει και νέες δεξιότητες.
2. Να λαμβάνει μέτρα για την πρόληψη πρακτικών και ενεργειών που είναι συνυφασμένες με τη διαφθορά και το επαγγελματικό παράπτωμα, δηλώνοντας παράλληλα τις περιπτώσεις σύγκρουσης συμφερόντων.
3. Να επαγρυπνεί για τους τρόπους με τους οποίους προκύπτουν τα ερευνητικά δεδομένα και για το πώς τα δεδομένα αυτά επηρεάζουν το έργο των άλλων ανθρώπων, επιδεικνύοντας ταυτόχρονα σεβασμό για τα δικαιώματα και την υπόληψη των άλλων.
4. Να διασφαλίζει πως η εργασία του είναι νόμιμη και επιστημονικά αιτιολογημένη.

5. Να ελαχιστοποιεί και παράλληλα να αιτιολογεί κάθε ανεπιθύμητη επίδραση που ενδέχεται να έχει η εργασία του για τους ανθρώπους, τα ζώα και το φυσικό περιβάλλον.
6. Να επιδιώκει τη συζήτηση ζητημάτων που εγείρει η επιστήμη για την κοινωνία και ν' αφουγκράζεται τις προσδοκίες και τις ανησυχίες των άλλων.
7. Να μην παραπλανεί σκοπίμως ή να επιτρέπει άλλους να παραπλανηθούν, σχετικά με τα επιστημονικά θέματα, παρουσιάζοντας κι αναθεωρώντας τις επιστημονικές αποδείξεις, τη θεωρία ή την ερμηνεία, με ειλικρίνεια και με ακρίβεια.

Τα πρότυπα “καλής συμπεριφοράς” είναι σίγουρα σημαντικά αλλά οι κανόνες καλής συμπεριφοράς από μόνοι τους δεν δύνανται να επιλύσουν σύνθετα διλήμματα. Συγκρούσεις μεταξύ αξιών προκύπτουν συχνά στη Δημόσια Υγεία, ιδίως μεταξύ των αναγκών και των δικαιωμάτων του ατόμου σε αντίθεση με το συλλογική ανάγκη προάσπισης της υγείας ως δημόσιου αγαθού. Υπό τις συνθήκες αυτές, είναι αναγκαία βαθύτερη ανάλυση στην αναζήτηση των αρχών που θα αποτελέσουν το σημείο αναφοράς. Για το σκοπό αυτό και προς αυτή την κατεύθυνση, έχουν γίνει διάφορες προτάσεις. Το πιο γνωστό έγγραφο στην Ευρώπη είναι αυτό του Βρετανικού Συμβουλίου Nuffield για τη Βιοηθική (British Nuffield Council of Bioethics: NCB, 2007).

Ηθικοί και Δεοντολογικοί κανόνες μπορούν να εφαρμοστούν σε διάφορους τομείς, συμπεριλαμβανομένης της Δημόσιας Υγείας, χωρίς πολλή δυσκολία. Ωστόσο, τρεις (3) κύριες δυσκολίες περιγράφονται στον ορισμό των αρχών Ηθικής και Δεοντολογίας της Δημόσιας Υγείας:

Πρώτον, μπορεί να αναρωτηθεί κάποιος εάν οι παραδοσιακές αρχές της βιοηθικής (κυρίως επικεντρωμένες στις κλινικές πτυχές καθώς και για στη σχέση γιατρού-ασθενούς) μπορούν να προσαρμοσθούν στην Ηθική και Δεοντολογία της Δημόσιας Υγείας ή εάν θα πρέπει να διερευνηθούν νέες κατευθύνσεις για το σκοπό αυτό (Weed D.L., 2004 / Rose G., 1999). Η πρώτη επιλογή βασίζεται στην ιδέα ότι μπορούν να εφαρμοστούν οι γενικές ηθικές αρχές με ενδεχόμενη όμως προσαρμογή στις διάφορες περιστάσεις (Dallaire M., 1998). Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί τόσο η σχέση του ευρύτερου περιβάλλοντος με τα ειδικά και συγκεκριμένα στοιχεία κάθε περίπτωσης, όσο και να εξεταστεί η προαναφερθείσα σχέση κατά την εφαρμογή αυτών των αρχών (Nijhuis H.G.J. & Van Der Maesen L.J.G., 1994).

Δεύτερον, θα πρέπει να τηρείται το καθήκον να διαφυλαχθούν και να προασπιστούν τα ατομικά δικαιώματα, ακόμη κι αν οι δράσεις αυτές πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της κοινότητας – σε τοπικό δηλαδή επίπεδο – πράγμα που από χωρικής απόψεως αποτελεί και το σύνηθες πλαίσιο εφαρμογής της Δημόσιας Υγείας (Lerplège A. & Fagot-Largeault A., 2004).

Τρίτον, η Δημόσια Υγεία θα πρέπει να έχει προσανατολισμό πρακτικής εφαρμογής και να ισχύει σε ομάδες ή πληθυσμούς.

Οι ορισμοί της Δημόσιας Υγείας στη βιβλιογραφία καταδεικνύουν σαφώς τον πρακτικό της χαρακτήρα που βασίζεται στην εφαρμογή. Σύμφωνα με ένα διαδεδομένο ορισμό: *«Δημόσια Υγεία είναι η διαδικασία με την οποία κινητοποιούνται και συνεργάζονται οι τοπικοί, εθνικοί και διεθνείς πόροι προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι άνθρωποι είναι σε θέση να ζήσουν υγιώς»* (Detels R. & Breslow L., 2002).

Η έρευνα που σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία στηρίζεται κυρίως στην παρατήρηση και, ως εκ τούτου, δεν εγείρει συχνά σχετικά προβλήματα. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας αφορούν κυρίως ενέργειες σε εξατομικευμένο επίπεδο κι έχουν συνέπειες για την ισότητα και δικαιοσύνη (Beauchamp D.E., & Steinbock B., 1999). Επιπλέον, υπάρχει μια λεπτή διαχωριστική γραμμή μεταξύ της παρέμβασης στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας και της έρευνας: οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας είναι σχεδόν πάντα ερευνητικές δραστηριότητες που συμβάλλουν στην αύξηση της γνώσης (Petrini C., 2004).

Υπό αυτό το πρίσμα, τα πρωτόκολλα παρέμβασης στο πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας μπορούν ορθώς να υποβληθούν σε ηθικές αξιολογήσεις εκ μέρους των επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας. Δεν είναι σπάνιο μάλιστα οι υποστηρικτές της έρευνας να επιδιώκουν την αναθεώρηση των πρωτοκόλλων από μία επιτροπή εμπειρογνομόνων. Στις περισσότερες όμως χώρες τα ερευνητικά πρωτόκολλα της Δημόσιας Υγείας δεν αξιολογούνται από επιτροπές ηθικής και δεοντολογίας. Αυτός είναι και ο βασικός λόγος που ο όρος “Αρχή” έχει μια ευρεία σημασία. Σύμφωνα με την «Εγκυκλοπαίδεια της Ηθικής» ορίζεται ως: *«Ένας θεμελιώδης Κανόνας, Δίκαιο ή Δόγμα, από τον οποίο προκύπτουν άλλοι κανόνες ή αποφάσεις»* (Neiburg T.S. & Shannon D.R., 1999). Όσον αφορά τα θέματα που άπτονται της Βιοηθικής ο όρος: “Αρχή” έχει τουλάχιστον δύο βασικές έννοιες, που καταδεικνύουν αντίθετες προοπτικές: η πρώτη έννοια βασίζεται στη θεμελίωση μιας θεωρίας, από την οποία προκύπτουν άλλες θεωρίες, ενώ η δεύτερη βασίζεται στην πρακτική κατευθυντήρια

γραμμή για την δράση· σε αυτήν την περίπτωση η “Αρχή” προέρχεται από τις θεωρίες περί Ηθικής (Sgreccia E., 2007).

Φιλοσοφικές θεωρίες και συστήματα Ηθικής εφαρμόζονται επίσης στον τομέα της Βιοηθικής καθώς και στον τομέα της Ηθικής και Δεοντολογίας της Δημόσιας Υγείας. Ήδη από την περίοδο του Διαφωτισμού είχε εκφρασθεί η άποψη (κατά τον N. Malebranche, διαδόχου του Descartes στην ιστορία της ευρωπαϊκής φιλοσοφίας) πως ο Θεός είναι η αιτία και ο λόγος του κόσμου, καθώς ο ίδιος “ενσαρκώνει” τη σοφία και την επιστήμη (Xirogianni P., 2008). Από τότε υπήρξε σημαντική διαφοροποίηση στην εξέλιξη των επιστημών. Στον τομέα της Δημόσιας Υγείας ορισμένες απόψεις είναι περισσότερο διαδεδομένες, όπως είναι οι απόψεις βάσει αποτελεσμάτων (Ωφελιμισμός), οι απόψεις που επικεντρώθηκαν στα δικαιώματα και τις ευκαιρίες (Καντιανές Θεωρίες), ή οι απόψεις που υπογραμμίζουν την έννοια της κοινωνικότητας και της αλληλεγγύης (Κομμουνιταριανισμός). Ο Ωφελιμισμός ισχυρίζεται ότι οι αποφάσεις θα πρέπει να κρίνονται βάσει των συνεπειών τους, ιδίως από τους επίδραση τους στη συνολική ευημερία των ατόμων (Beauchamp D.E., & Steinbock B., 1999). Σύμφωνα λοιπόν με το συγκεκριμένο σύστημα ηθικής, οι πολιτικές Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να στοχεύουν στη *«μεγαλύτερη ευτυχία για μεγαλύτερο αριθμό πολιτών»* (Bentham J., 1996). Αυτή η προσέγγιση είναι σημαντική στον τομέα της Δημόσιας Υγείας αλλά έχει κάποιους περιορισμούς. Δυσκολίες προκύπτουν για παράδειγμα στη μέτρηση της Ευημερίας, η οποία μπορεί να καθοριστεί σε σχέση με τις προσωπικές εμπειρίες του ατόμου ή με πιο αντικειμενικά και μετρήσιμα στοιχεία: παραδείγματος χάριν τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (QALYs), τα Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής με Αναπηρία ή τα προσαρμοσμένα έτη ζωής στην ποιότητα (DALY) (Taylor C., 1988). Ωστόσο, η σημαντικότερη κριτική προς τον Ωφελιμισμό στηρίζεται στην άποψη ότι ο Ωφελιμισμός οδηγεί εύκολα στην αδικία και στη θυσία των ατομικών δικαιωμάτων κι ελευθεριών προκειμένου να δικαιολογηθεί το δημόσιο συμφέρον (Nagel, T., 1988). Τα ατομικά δικαιώματα και οι ελευθερίες είναι το βέλτιστο αγαθό, γι’ αυτό και θα πρέπει να διαφυλάσσονται σύμφωνα με την Καντιανή θεωρία. Ο Καντ υποστήριζε ότι τα ανθρώπινα όντα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό ως αυτοσκοπός κι όχι ως μέσο για τους σκοπούς του ατόμου (Kant I., 1956).

Ο Περσοναλισμός εξάλλου ή προσωποκρατική οντολογία είναι μια φιλοσοφική θεωρία, η οποία θέτει τον άνθρωπο ως αφετηρία και επίκεντρο. Δεν θα πρέπει να

συγγέεται με τον ατομικισμό, που θεωρεί τις αυτο-αποφάσεις ως το κύριο (ή μόνο) χαρακτηριστικό του προσώπου. Ο Περσοναλισμός βασίζεται στην κοινή ανθρώπινη φύση. Η ανθρώπινη φύση θεωρείται ως η κύρια ηθική αρχή σύμφωνα με την οποία όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως αξίζουν το σεβασμό. Ο άνθρωπος είναι το μόνο ον που είναι σε θέση ν' αναστοχάζεται και ν' αντιλαμβάνεται το νόημα της ζωής (Galeazzi G., 1998).

Οι αρχές του Περσοναλισμού (προσωποκρατικής οντολογίας) στη Βιοηθική μπορεί να συνοψιστούν ως εξής:

- στην άμυνα, στο άυλο και στην ιερότητα της ανθρώπινης ζωής.
- στη θεραπευτική αρχή σύμφωνα με την οποία δικαιολογείται οποιαδήποτε επέμβαση στην ζωή, μόνο αν αυτή έχει ένα θεραπευτικό σκοπό.
- στην αρχή της ελευθερίας και της ευθύνης κατά την οποία ο σεβασμός στη ζωή αναγνωρίζεται ως ο μοναδικός αντικειμενικός περιορισμός της ελευθερίας.
- στην αρχή της κοινωνικότητας και της επικουρικότητας που εδράζεται στην επίτευξη του κοινού καλού μέσω της ατομικής ευημερίας (Sgreccia E., 2007).

Ορισμένοι όμως θεωρούν την παραδοσιακή αξία του ατόμου ως μια μονολιθική διάσταση. Ως εκ τούτου, μερικοί σύγχρονοι διανοητές επικεντρώνονται στο άτομο κι όχι στον άνθρωπο γενικά. Οι μεταμοντέρνοι φιλόσοφοι όχι μόνο αποδομούν την έννοια του προσώπου αλλά και την έννοια του υποκειμένου (Guyotat J., 2001). Τέτοιου είδους απόψεις είναι παρούσες στον τομέα της Βιοηθικής, ειδικά όταν τίθενται κλινικά ζητήματα και θέματα που αφορούν τα πειράματα, οπότε η Βιοηθική δίνει ιδιαίτερη έμφαση στις εξατομικευμένες ανάγκες του ατόμου. Το πρόβλημα προκύπτει όχι μόνον στον ορισμό της έννοιας του ατόμου αλλά και στον καθορισμό της αρχής και του τέλους της έννοιας του ατόμου, εκτεινόμενη από την κατάσταση του ανθρώπινου εμβρύου έως την αξιοπρέπεια στο θάνατο. Ο Περσοναλισμός υπογραμμίζει έντονα την ανάγκη της προστασίας του αδύναμου κι ασθενέστερου στο κοινωνικό σύνολο. Υπό την περσοναλιστική άποψη, το ον και η αξιοπρέπεια του ατόμου είναι θεμελιώδεις, αδιαμφισβήτητες και αδιαπραγμάτευτες αξίες. Οι ηθικές δράσεις μπορούν να μετρηθούν όσον αφορά την ανθρώπινη οντότητα και την αξιοπρέπεια (Engelhardt H.T. Jr., 2002).

Αυτό μπορεί να δηλωθεί μέσα από μια διατύπωση που είναι παρόμοια με τη δεύτερη Καντιανή επιταγή: "(Το άτομο) ποτέ δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως

απλό μέσο, ως ένα μέσο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί με σκοπό την επίτευξη κάθε άλλου σκοπού: αντίθετα, το άτομο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αυτοσκοπός, ή - πιο συγκεκριμένα - σεβόμενοι, και σε ορισμένες περιπτώσεις προωθώντας, τον αυτοσκοπό του (ατόμου)» (Kant I., *Grudelung zur Methaphyysik der Sitten*, 1785). Στη φιλοσοφία του Καντ, ωστόσο, αυτή η επιτακτική ανάγκη ενέχει μια αρνητική χροιά (Chalmers G., 2005). Αυτός είναι ο λόγος που ο Περσοναλισμός δεν αποκλείει απλώς αρνητικές συμπεριφορές αλλά απαιτεί θετική στάση.

Οι Περσοναλιστικές αρχές όσον αφορά τη Δημόσια Υγεία, συμπεριλαμβάνουν ένα σύνολο καθηκόντων που απορρέουν από το σεβασμό στην έννοια του ατόμου. Τα καθήκοντα αυτά περιλαμβάνουν το σεβασμό στην αυτονομία του ατόμου, την προστασία του απορρήτου στο συλλογικό και δυνητικά αποπροσωποποιημένο πλαίσιο, την προσπάθεια διασφάλισης της ισότητας και των ίσων ευκαιριών για όλους στην κατανομή των πόρων υγείας (Churchill L.R., 2002). Ο Περσοναλισμός δεν αντιτίθεται σε άλλες ηθικές θεωρίες, καθώς μπορεί να έχει με αυτές τόσο κοινά όσο και αποκλίνοντα στοιχεία.

Ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων και της ελευθερίας είναι επίσης ένα ουσιαστικό προαπαιτούμενο της ανθρώπινης συνύπαρξης σε ό,τι αφορά την "ορθή άσκηση" της ελευθερίας που συνδέεται αδιάσπαστα με το σεβασμό στη ζωή. Στη Δημόσια Υγεία, μπορεί να υπάρξουν περιπτώσεις κατά τις οποίες η ελευθερία θα πρέπει να θυσιάσει προς όφελος του κοινού καλού. Δε θα πρέπει ωστόσο αυτό να υπερβαίνει ένα ελάχιστο όριο και οι αποφάσεις δε θα πρέπει ποτέ να επιβάλουν κυρώσεις σε μεγάλο βαθμό στις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου. Αν η ευημερία της Κοινότητας διακυβεύεται, σύμφωνα με τις αρχές του Περσοναλισμού, δεν αποκλείεται «η μέτρια κηδεμονία». Κηδεμονία, στην περίπτωση αυτή, ορίζεται ως «η παρέμβαση στην ελευθερία δράσης ενός ατόμου για λόγους που άπτονται αποκλειστικά της ευημερίας, του καλού, της ευτυχίας, των αναγκών, των συμφερόντων ή των αξιών του ατόμου που αποτελεί το υποκείμενο της συμμόρφωσης» (Dworkin G., 1999). Προειδοποιητικές πολιτικές με βάση την αρχή της πρόληψης είναι επίσης σημαντικές όσον αφορά την ηθική της Δημόσιας Υγείας. Όταν τα επιστημονικά δεδομένα είναι αντιφατικά ή ποσοτικά σπανίζουν, είναι δυνατή η άσκηση της αρχής της πρόληψης. Η αρχή αυτή καταδεικνύει την ανάγκη για τη λήψη προσωρινών αποφάσεων που μπορούν να τροποποιηθούν με βάση τα νέα στοιχεία που τελικώς γνωστοποιούνται (OHE, 1992).

Κατά συνέπεια, ο Περσοναλισμός προτείνει σταθερά σημεία τα οποία θα πρέπει να εφαρμόζονται στις πολιτικές υγείας. Επιπρόσθετα, προτείνει «Αρχές», όπως η αλληλεγγύη και η συνεπικουρία που θα πρέπει να αποτιμώνται στην Ηθική της Δημόσιας Υγείας. Οι επικριτές αυτής της προσέγγισης μπορεί να θεωρούν τον Περσοναλισμό ως μια θεωρητική εικασία με περιορισμένη λειτουργική συνάφεια. Ωστόσο, θα μπορούσε κανείς να συμφωνήσει με τους Taboada & Cuddeback ότι: «απαντώντας σε φιλοσοφικές ερωτήσεις..., σχετικά με την ουσία και την αξία της ανθρώπινης υγείας, είναι ζωτικής σημασίας για την επίλυση των πολιτικών προβλημάτων όπως το πώς θα νομοθετεί η πολιτική της υγειονομικής περίθαλψης» (Taboada P. & Cuddeback K.F., 2002).

Ιατρική Φροντίδα και Θεωρητικές Προσεγγίσεις



Σύμφωνα με τον ορισμό που δίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), «το περιβάλλον και η υγεία συμπεριλαμβάνουν τόσο τις άμεσες παθολογικές επιπτώσεις των χημικών ουσιών, της ακτινοβολίας και ορισμένων βιολογικών παραγόντων, όσο και τις επιπτώσεις (συχνά έμμεσες) στην υγεία και στην ευεξία του ευρέος φυσικού, ψυχολογικού, κοινωνικού και αισθητικού περιβάλλοντος, το οποίο περιλαμβάνει τη στέγαση, την αστική ανάπτυξη, τη χρήση γης και τις μεταφορές» (WHO/EUROPA, 1990). Πρόκειται για έναν ευρύ ορισμό που απαιτεί συνολική προσέγγιση με σκοπό την ανάπτυξη πρωτοβουλιών και σχετικών πολιτικών.

Θα μπορούσε επίσης να ειπωθεί ότι η βιοηθική αποτελεί ένα κλάδο της εφαρμοσμένης φιλοσοφίας, που εμπλέκει επίσης τις κοινωνικές επιστήμες, στην προσπάθειά της να δώσει απαντήσεις και λύσεις σε ηθικά ερωτήματα και διλήμματα, που εγείρονται κατά τις βιολογικές και ιατρικές εφαρμογές. Η μελέτη και η ανάλυση της βιοηθικής, ωστόσο, μπορεί να έχει ποικίλες προσεγγίσεις, ανάλογα με τις αρχές (*principles*), τους κανόνες (*rules*) και τα κανονιστικά πρότυπα (*norms*), που χρησιμοποιούνται κάθε φορά από τους φιλοσόφους που ασχολούνται με τα ζητήματα της βιοηθικής. Βασισμένη σε αρχές προσέγγισης (*principle-based approach*) οφείλει να δέχεται, κατ' ελάχιστο, την ύπαρξη ορισμένων κανονιστικών προτύπων ή κατευθυντήριων οδηγιών δράσης ως στοιχειώδες υπόβαθρο της ηθικής αιτιολόγησης (Childress J., 2005). Μερικά κανονιστικά πρότυπα ή οδηγίες δράσης μπορεί να συνιστούν αρχές, ενώ άλλα μπορεί να συνιστούν κανόνες. Τόσο οι αρχές όσο και οι κανόνες αποτελούν «γενικές οδηγίες δράσης που επιτρέπουν τη διάκριση του εάν ένα είδος δράσης απαγορεύεται, απαιτείται ή επιτρέπεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις» (Solomon W.D., 1978).

Στην κανονιστική ηθική περιλαμβάνεται η προσέγγιση του απόλυτου κανόνα και η ωφελιμιστική προσέγγιση. Η προσέγγιση του απόλυτου κανόνα (*absolute rule approach*) βρίσκει εφαρμογή στην ηθική φιλοσοφία του Kant, καθώς και στην παράδοση του φυσικού νόμου της Καθολικής –κυρίως– Εκκλησίας, και στην ηθική

θεολογία του Θωμά του Ακινάτη (Boyle J., 2005). Το χαρακτηριστικό σε αυτή την περίπτωση είναι ότι ο βασικός ηθικός κανόνας ή αρχή γίνεται αποδεκτός και εφαρμόζεται χωρίς εξαιρέσεις. Ο καθολικός ηθικός κανόνας ή αρχή μπορεί να έχει απόλυτο βάρος σε σχέση με άλλες αρχές, ωστόσο απαιτεί την ύπαρξη μιας περιγραφής του είδους της δράσης του σε κανονιστικό επίπεδο (Donagan A., 1977). Η ωφελμιστική προσέγγιση (*utilitarian approach*) βέβαια δέχεται ότι εκείνο που προσδιορίζει την ηθική ποιότητα μιας δράσης, δηλαδή εκείνο που καθορίζει ότι κάτι είναι ορθό ή εσφαλμένο, είναι οι συνέπειές του. Η επίτευξη «της μεγαλύτερης ευτυχίας για το μεγαλύτερο αριθμό ανθρώπων» θεωρείται κριτήριο της ορθής δράσης (Mackie J.L., 1990). Ωστόσο, μια επαρκής ηθική θεωρία χαρακτηρίζεται τόσο από τη βαρύτητα των συνεπειών των πράξεων όσο και από τη σημασία των κανόνων που ενσωματώνει (Hare R.M., 2005).

Η προσέγγιση της ηθικής που βασίζεται στην αρετή (*virtue-based approach*) αποτελεί έκφραση του ανανεωμένου φιλοσοφικού ενδιαφέροντος για την αρχαία αντίληψη περί αρετής (Anscombe E., 1958). Η προσέγγιση αυτή χαρακτηρίζεται από την αντίθεσή της τόσο προς την ωφελμιστική προσέγγιση όσο και προς την καντιανή ηθική θεώρηση, για τις οποίες υποστηρίζει ότι εστιάζουν στην ηθική διάσταση των πράξεων των υποκειμένων και όχι στην ηθική διάσταση των ίδιων των υποκειμένων σε συγκεκριμένες καταστάσεις και συνθήκες (Oakley J., 2005).

Η προσέγγιση της φροντίδας (*care-approach*) συνιστά ένα νέο τρόπο αντίληψης ορισμένων βαθιά ηθικών διαστάσεων της βιοηθικής και παρέχει ένα σημαντικό εργαλείο μελέτης, ανάλυσης, συζήτησης και τελικά πρακτικής σε ζητήματα βιοηθικής. Η προσέγγιση της φροντίδας λοιπόν ως καινοτόμος τρόπος αντίληψης ενσωματώνει λοιπόν τις ακόλουθες βασικές ιδέες (Manning R.C., 2005):

- i). την ηθική προσοχή,
- ii). την κατανόηση με συμπάθεια,
- iii). τη συναίσθηση της σχέσης,
- iv). την υπηρετήση και τέλος,
- v). την ενεργή δράση ως απάντηση στην ανθρώπινη ανάγκη.

Η περιπτωσιολογική προσέγγιση (*case-approach*) επιτρέπει την εφαρμογή θεωρητικών αρχών ή κανόνων σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Αν και η περιπτωσιολογία (*casuistry*) έχει μια μακρά και αμφιλεγόμενη ιστορική πορεία ως ηθική προσέγγιση, αναδύθηκε εκ νέου τα τελευταία χρόνια ως εναλλακτική μορφή σε

σχέση με την κυρίαρχη προσέγγιση της βιοηθικής, που δίνει έμφαση στη σημασία των ηθικών αρχών και την ευρεία εφαρμογή των ηθικών θεωριών (Arras J.D., 2005). Εξαιτίας της διαμάχης, ωστόσο, που παρατηρείται μεταξύ καντιανής και μιλλιανής φιλοσοφικής θεώρησης, αναπτύχθηκαν ηθικές αρχές, βάσει των οποίων εξετάζονται τα ζητήματα που αναδύονται στην ιατρική πρακτική.

Κατά μία άλλη θεωρητική προσέγγιση υπάρχουν τέσσερις πρωταρχικές αρχές που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική: α). η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας, β). η αρχή της αγαθοεργίας, γ). η αρχή του μη βλάπτειν και δ). η αρχή της δικαιοσύνης (Beauchamp and Childress, 2001). Η έκφραση *prima facie* -που προτάθηκε από τον άγγλο φιλόσοφο W. D. Ross- αποτυπώνει ακριβώς την έννοια των πρωταρχικών αρχών και δηλώνει ότι κάθε ηθική αρχή είναι δεσμευτική, εκτός εάν έρχεται σε αντιπαράθεση με άλλη ηθική αρχή, οπότε είναι αναγκαία η επιλογή μεταξύ αυτών (Gillon R., 1994). Ωστόσο, στο χώρο της υγείας είναι δύσκολο συνήθως να τηρηθούν αρχές ή κανόνες, που είναι απόλυτοι ή που δεν υπόκεινται σε αντιπαράθεση. Κι αυτό διότι αφενός ο υγειονομικός χώρος παρουσιάζει πληθώρα και ποικιλομορφία κλινικών καταστάσεων κι αφετέρου διάφορες ηθικές αρχές φαίνεται πως μπορούν να βρουν εφαρμογή σε διάφορες περιπτώσεις. Με την προϋπόθεση ότι δε θεωρούνται απόλυτες, οι αρχές αυτές εξυπηρετούν την ανάγκη ύπαρξης οδηγιών κατά την άσκηση της κλινικής πρακτικής. Με το πέρασμα του χρόνου, οι τέσσερις ηθικές αρχές κέρδισαν την αποδοχή για την εφαρμογή τους στην ανάλυση των ηθικών ζητημάτων που ανακύπτουν στην ιατρική.

Εκτός από τις τέσσερις αυτές αρχές, υποστηρίζεται ακόμη η άποψη ότι υπάρχουν και άλλοι δευτερεύοντες κανόνες που διέπουν την ιατρική ηθική, όπως είναι: i). η υποχρέωση της παροχής αλήθειας στον ασθενή (*tell the truth*), ii). η προστασία της ιδιωτικότητας (*protect the privacy*), iii). η τήρηση του ιατρικού απορρήτου (*confidentiality*), και iv). η ενήμερη συναίνεση (*informed consent*). Πολλοί από αυτούς τους κανόνες θεωρούνται άλλωστε κι ως παράγωγοι των αρχών της Βιοηθικής (Beauchamp T.L., 2003, & Macklin R., 2003). Επιπλέον ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή, που είναι αποτέλεσμα της αρχής του σεβασμού της αυτονομίας, καθώς ο ασθενής δεν μπορεί να πάρει αυτόνομες αποφάσεις για την υγεία του χωρίς επαρκή και ειλικρινή ενημέρωση (Childress, 2005).

Υπάρχουν μεν πολλοί υποστηρικτές της προσέγγισης των τεσσάρων αρχών, αλλά βεβαίως υπάρχουν κι αρκετοί αντίπαλοι αυτής της προσέγγισης. Οι αντίπαλοι αυτοί είτε συμφωνούν με τις τέσσερις βασικές αρχές που προαναφέρθησαν αλλά σπεύδουν από την πλευρά της να προσθέσουν κι άλλες, είτε αποδέχονται ορισμένες εξ αυτών. Έτσι για παράδειγμα σε ορισμένες περιπτώσεις προστίθεται ο σεβασμός της σύμβασης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η τιμιότητα και η αποφυγή πρόκλησης θανάτωσης (Veatch R.M., 1981). Άλλοτε πάλι γίνονται αποδεκτές οι αρχές της αυτονομίας και της αγαθοεργίας, αλλά ταυτόχρονα υποβιβάζεται η αρχή της δικαιοσύνης σε σχέση με τις δυο προηγούμενες (Engelhardt H.T., 1995), ενώ σύμφωνα με μία άλλη διαφορετική προσέγγιση ο Toulmin υποστηρίζεται η ύπαρξη αρχών και κανόνων ως απαραίτητη στις ανθρώπινες σχέσεις μόνον μεταξύ αγνώστων, όχι όμως και μεταξύ οικείων προσώπων (Toulmin S., 1981). Αντιδράσεις όμως απέναντι στην υιοθέτηση κι εφαρμογή των τεσσάρων βασικών αρχών της Βιοηθικής έχουν εκφραστεί κι από άλλους επιστήμονες του χώρου της Βιοηθικής (Clouser K.D., and Gert B., 1990, & Harris J., 2003).

Το δικαίωμα στην υγεία έχει απασχολήσει τους ανθρώπους από τους αρχαίους χρόνους ως συστατικό ικανοποιητικής διαβίωσης και επαρκούς ευημερίας. Ιστορικά, η προστασία της δημόσιας υγείας συνοδεύτηκε συχνά από νομοθετικές ρυθμίσεις. Θεωρείται μάλιστα ότι το δίκαιο της υγείας συνιστά μια από τις πρωταρχικές μορφές δικαίου. Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει την ιατρική φροντίδα για τη σωματική υγεία, την ψυχική υγεία και την πρόληψη, και ακόμα τη διατροφή, την υγιεινή και την προστασία από τη ρύπανση του νερού και του αέρα. Πιο πρόσφατα, περιέλαβε την προστασία της υγείας κατά την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας, με σκοπό την αποφυγή χρόνιων βλαβών και νοσημάτων ως αποτέλεσμα ανθυγιεινών και επικίνδυνων συνθηκών εργασίας.

Η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στο άρθρο 25 παρ. 1, ορίζει ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε ένα ορισμένο επίπεδο υγείας και ευημερίας για τον εαυτό του και την οικογένειά του, το οποίο περιλαμβάνει την τροφή, την ένδυση, την κατοικία, την ιατρική φροντίδα και άλλα (United Nations, 1948). Το δικαίωμα στην υγεία απορρέει επίσης έμμεσα από τα άρθρα του Ιατρικού Κώδικα Ηθικής της Διακήρυξης της Γενεύης (World Medical Association, 1948).

Η Διεθνής Σύμβαση για τον Περιορισμό Όλων των Μορφών Φυλετικής Διάκρισης στο άρθρο 5 επιβεβαιώνει το δικαίωμα «στη δημόσια υγεία, την ιατρική θεραπεία,

την κοινωνική ασφάλεια και την κοινωνική υπηρεσία» ανεξάρτητα από κάθε φυλετική διάκριση (United Nations, 1966). Η Διεθνής Σύμβαση για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα στο άρθρο 7 περιλαμβάνει την ανάγκη για ασφαλείς και υγιεινές συνθήκες εργασίας (United Nations, 1966), ενώ η Παγκόσμια Διακήρυξη για την Εξάλειψη της Πείνας και του Υποσιτισμού ορίζει ότι «κάθε άνδρας, γυναίκα και παιδί έχει αναφαίρετο δικαίωμα στην αποφυγή της πείνας και του υποσιτισμού με σκοπό την πλήρη ανάπτυξή του και τη διατήρηση των σωματικών και ψυχικών ικανοτήτων του» (United Nations, 1974).

Εκτός όμως από τη γενική αυτή θεώρηση του δικαιώματος στην υγεία, τα τελευταία χρόνια γίνεται λόγος για τα ελάχιστα δικαιώματα που σχετίζονται με την υγεία (*minimum health-related rights*) ή το δικαίωμα στη βασική ιατρική φροντίδα (*right to receive basic health care*), που σχετίζεται με την εφαρμογή των εμβολιασμών, τη θεραπεία των διαφόρων νοσημάτων, την παροχή γηριατρικής φροντίδας και άλλες ομοειδείς περιπτώσεις. Τέλος, δικαιώματα αναγνωρίζονται επίσης σε ειδικές καταστάσεις που σχετίζονται με την Υγεία, όπως είναι οι ακόλουθες:

- 1). η μητρότητα,
- 2). η παιδική ηλικία,
- 3). η τρίτη ηλικία,
- 4). η ύπαρξη ψυχικών νοσημάτων,
- 5). η συμμετοχή στις κλινικές δοκιμές και την ιατρική έρευνα,
- 6). τα άτομα με ειδικές ανάγκες,
- 7). τα άτομα με χρόνιες παθήσεις (αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση, κ.ά.)
- 8). οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε μονάδες εντατικής νοσηλείας.

Βιοτεχνολογία και Σκεπτικισμός



Η γνώση ανέκαθεν θεωρούταν μεγάλης σημασίας για την υποστήριξη της επιστήμης και της τεχνολογίας. Και τούτο διότι υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ της ενημέρωσης του κοινού και της αποδοχής των νέων τεχνολογιών. Εξετάζοντας όμως κανείς το ζήτημα της Βιοτεχνολογίας, θα μπορούσε να οδηγηθεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Παρόλο που όλο και περισσότεροι άνθρωποι γίνονται κοινωνοί των βασικών γνώσεων στον τομέα της βιοτεχνολογίας, εντούτοις λίγοι πιστεύουν ότι η συγκεκριμένη επιστήμη μπορεί να συμβάλει θετικά για την επίτευξη ενός καλύτερου τρόπου ζωής στη σύγχρονη εποχή. Αναλογιζόμενοι τον κίνδυνο οι άνθρωποι θεωρούν ότι οι εφαρμογές της επιστήμης της βιοτεχνολογίας είναι ως ενδεχομένως σημαντικές. Η θεώρηση αυτή όμως περιορίζεται από τις επιφυλάξεις που διατυπώνονται όσον αφορά στην καλλιέργεια των φυτών, στην παραγωγή των τροφίμων και στις ενδεχόμενες χρήσεις των διαγονιδιακών ζώων.

Το πρώτο βήμα σχετικά με την ανάπτυξη του συγκεκριμένου επιστημονικού τομέα πραγματοποιήθηκε με την ίδρυση της Διεθνούς Επιτροπής για την Ιατρική και την Υγιεινή της Εργασίας (1906) στο Μιλάνο της Ιταλίας. Η διεθνής αυτή επιτροπή είναι μη-κυβερνητική κι επαγγελματική εταιρεία, η οποία έχει ως μέλη της εκπροσώπους ενενήντα τριών (93) χωρών. Έχει επίσης αναγνωρισθεί και ως μη-κυβερνητικός Διεθνής Οργανισμός υπό την αιγίδα του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών. Οι συνεργασίες του εν λόγω Οργανισμού περιλαμβάνουν από κοινού σχεδιασμούς μαζί με άλλους διεθνείς οργανισμούς, με εξειδίκευση πάντοτε στο αντικείμενό τους (όπως για παράδειγμα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ή το Διεθνή Οργανισμό Εργασίας). Σκοπεύει στην ανάπτυξη όλων των τομέων στην ιατρική, στην υγιεινή και την ασφάλεια στην εργασία. Έχει ακόμη εγκρίνει και τον διεθνή κώδικα της ηθικής

δεοντολογίας για όσους ασκούν επαγγέλματα σχετικά με την ιατρική και την υγιεινή της εργασίας.

Στη χώρα μας, αρκετές από τις σημαντικές νομοθετικές διατάξεις και ρυθμίσεις που αφορούν στην προστασία της υγείας στην εργασία και στην καθιέρωση της ιατρικής ειδικότητας της ιατρικής της εργασίας θεσπίστηκαν ήδη από τη δεκαετία του 1980. Όπως όμως συμβαίνει συνήθως, η υλοποίηση και η εφαρμογή των διατάξεων αυτών έχει ακόμη σημαντικά περιθώρια βελτίωσης κι εξέλιξης. Αυτό μπορεί να υποστηριχθεί διότι οι νομοθετικές διατάξεις και ρυθμίσεις δεν περιλαμβάνουν ενιαίο κώδικα ηθικής δεοντολογίας για όλους τους λειτουργούς της ιατρικής, της υγιεινής και της ασφάλειας της εργασίας. Ο συγκεκριμένος διεθνής κώδικας δεν αντιβαίνει στις σχετικές διατάξεις των ελληνικών νόμων, όπως εκείνου για την ιατρική δεοντολογία, συνοψίζει πολλές από αυτές, τις διευκρινίζει, τις συμπληρώνει και, επιπλέον, επεκτείνεται και σε επαγγέλματα για τα οποία δεν υφίστανται ειδικοί κώδικες δεοντολογίας. Ο κώδικας αρχικά μεταφράστηκε στα ελληνικά από το αγγλική έκδοση του κειμένου. Κάθε μέλος της Ομάδας Εργασίας για τη μετάφραση του κώδικα κατέγραψε τις παρατηρήσεις του σε αυτή την αρχική μετάφραση, μελετώντας το αγγλικό ή το γαλλικό πρωτότυπο, ανεξαρτήτως των άλλων μελών. Προϊούσης της διαδικασίας, ανταλλάχθηκαν απόψεις και πραγματοποιήθηκαν οι δέουσες παρατηρήσεις. Κατόπιν μάλιστα κοινής συμφωνίας, έγινε η επεξεργασία και η οριστικοποίηση της τελικής μετάφρασης στα ελληνικά.

Ως εξέλιξη των προαναφερομένων, η επονομαζόμενη έρευνα Ευρωβαρόμετρο που πραγματοποιήθηκε σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση από μια ομάδα που εργάζεται ως μέρος της Συντονισμένης Δράσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, οδηγήθηκε στο συμπέρασμα πως η πλειονότητα του πληθυσμού διατηρεί σοβαρές επιφυλάξεις σχετικά με τη σύγχρονη βιοτεχνολογία. Υπάρχει βεβαίως γενική υποστήριξη των επονομαζομένων “παραδοσιακών” ιατρικών εφαρμογών, όμως είναι μειοψηφία αυτοί που επιδοκιμάζουν εγκρίνουν τη χρήση της “ξενο-μεταμόσχευσης”.

Αντιθέτως όμως, η επιστήμη της βιοτεχνολογίας στην Ευρώπη έχει θεσμοθετηθεί λαμβάνοντας υπ’ όψη όλες τις εκτενείς παραμέτρους για λόγους ασφαλείας και με γνώμονα την προστασία των πολιτών. Τα Ηνωμένα Έθνη και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρούνται ως οι αρμόδιοι οργανισμοί για την επιβολή σχετικών ρυθμίσεων. Οι απόψεις σε ολόκληρη την Ευρώπη διαφέρουν από χώρα σε χώρα, ενώ διαπιστώνεται το εξής παράδοξο: οι χώρες στις οποίες η επιστήμη της βιοτεχνολογίας

καθιερωθεί, δεν εμφανίζονται και τόσο ένθερμες ως προς την χρήση της. Αντιθέτως, σε εκείνες τις χώρες που η συγκεκριμένη επιστήμη βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, εκφράζουν περισσότερο την υποστήριξή τους απέναντι στην χρήση της (Μπάζας Θ., 2008).

Είναι λοιπόν φανερό ότι οι καινοτομίες της τεχνολογίας στο χώρο της υγείας αφενός μεταβάλλουν τον τρόπο άσκησης της ιατρικής και αφετέρου δίνουν νέες προεκτάσεις στο περιεχόμενο της ιατρικής δεοντολογίας. Η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή αυξάνει την ευθύνη του ιατρού για το βαθμό και το επίπεδο κατανόησής του από τον ασθενή. Η ανάγκη για την προστασία της ιδιωτικότητας και την τήρηση του ιατρικού απόρρητου είναι μεγαλύτερη στην ηλεκτρονική υγεία, καθώς μεγάλη ποσότητα πληροφορίας μπορεί να καταγράφεται, να αποθηκεύεται, να μεταδίδεται και να χρησιμοποιείται στο παρόν και το μέλλον χωρίς την απαραίτητη συναίνεση από τον ασθενή.

Η σχέση ιατρού-ασθενούς επεκτείνεται στο χώρο και το χρόνο, δημιουργώντας νέες προσδοκίες και για τα δυο μέρη. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι πολύ συχνά δεν υπάρχουν πρότυπα ή κατευθυντήριες οδηγίες για βασικές εφαρμογές της e-Health και ακόμα πολλοί οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας δεν έχουν υιοθετήσει τις τεχνολογίες της πληροφορίας και επικοινωνίας στην καθημερινή παροχή και διανομή της υγειονομικής φροντίδας (Edelstein S.A., 1999). Αυτό όμως φαίνεται πως δημιουργεί αναπόφευκτα προβλήματα όχι μόνον για όσους είναι ασθενείς, αλλά και για εκείνους που ασχολούνται επαγγελματικά με τον τομέα της υγείας και τα συστήματα υγείας. Γι' αυτό άλλωστε κι απαιτούν συνεχή και αποτελεσματική προσπάθεια επίλυσης. Σε κάθε περίπτωση, όμως, κι ανεξάρτητα από τη χρήση ή όχι της τεχνολογίας στον υγειονομικό χώρο, ο γνώμονας της ιατρικής πρακτικής δεν θα μπορούσε φυσικά να είναι άλλος από το συμφέρον και την ευημερία του οποιουδήποτε ασθενούς και του γενικού πληθυσμού.

Παγκόσμιο Δίκτυο Συνεργαζόμενων Κέντρων Βιοηθικής



Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Ηθικής, Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης, Ελβετία

Ένα συνέδριο που διοργανώθηκε από το Πανεπιστήμιο της Χιλής στις 19 Απριλίου 2009, αποτέλεσε την επίσημη έναρξη του Παγκόσμιου Δικτύου Συνεργαζόμενων Κέντρων Βιοηθικής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα έξι (6) όργανα του δικτύου είναι:

- Κοινό Κέντρο για τη Βιοηθική (*Joint Center for Bioethics*), Πανεπιστήμιο του Τορόντο, Καναδάς.
- Διεπιστημονικό Κέντρο Σπουδών στη Βιοηθική (*Centro Interdisciplinario de Estudios in Bioética*), Σαντιάγο Χιλής.
- Προγράμματα Ηθικής (Ethics Programs) Πανεπιστημίου του Μαϊάμι, Μαϊάμι, ΗΠΑ.
- Κέντρο Ηθικής AP-HP (*Espace éthique AP-HP*), Παρίσι, Γαλλία.
- Ινστιτούτο Βιοϊατρικής Ηθικής (*Institute of Biomedical Ethics*), Πανεπιστήμιο της Ζυρίχης, Ελβετία.
- Κέντρο για τη Φιλοσοφία και τη Δημόσια Ηθική (*Centre for Philosophy and Public Ethics*), Εθνικό Πανεπιστήμιο Αυστραλίας, Καντέρα, Αυστραλία.

Το δίκτυο έχει ως στόχο την υποστήριξη του Γενικού Γραμματέα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην εφαρμογή των υποχρεωτικών εργασιών στο πεδίο της ηθικής και της υγείας. Η συνεργατική δραστηριότητα του Δικτύου επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: στην Ηθική της Δημόσιας Υγείας, στην Ηθική Δεοντολογία της Έρευνας και στην Κλινική Ηθική Δεοντολογία. Τον Ιούλιο του 2009, το κέντρο Εφαρμοσμένης Φιλοσοφίας και Δημόσιας Ηθικής (Centre for Applied Philosophy and

Public Ethics - CAPPE) στο Εθνικό Πανεπιστήμιο Αυστραλίας στην Καμπέρα ορίστηκε επίσημα ως ένα από τα Συνεργαζόμενα Κέντρα (CC) Βιοηθικής του Π.Ο.Υ.

Στις 28 Ιανουαρίου 2010, με την ευκαιρία της από κοινού διοργάνωσης του εργαστηρίου με τίτλο: «Προώθηση της Διττής Εφαρμογής της Ηθικής», ο Andreas Reis από την ομάδα του Π.Ο.Υ. Ηθική και Υγεία προσέφερε τη σημαία του Π.Ο.Υ. στον επικεφαλής του νέο- ορισθέντος Συνεργαζόμενου Κέντρου Βιοηθικής, Michael Selgelid, προκειμένου να και το κέντρο αυτό να συμμετέχει σε μελλοντικές συνεργατικές δραστηριότητες (WHO, 2010).

Κώδικας Ηθικής στην Ηλεκτρονική Υγεία (e-Health)



Είναι γεγονός ότι η εισαγωγή της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας πραγματοποιήθηκε σταδιακά κατά τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο, παρά το σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα το οποίο μεσολάβησε από την έναρξη των εφαρμογών της, έγινε γρήγορα φανερό ότι η ηλεκτρονική υγεία (*e-Health*) επηρεάζει σημαντικά πολλά από τα ηθικά ζητήματα της ιατρικής πρακτικής. Και τούτο διότι μεταβάλλει κι επεκτείνει τα ηθικά ζητήματα που εγείρονται κατά την παραδοσιακή άσκηση της ιατρικής, αναδεικνύοντας νέες διαστάσεις και προβλήματα που απορρέουν από τις ηλεκτρονικά παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες και πληροφορίες. Τα κυριότερα ηθικά ζητήματα που αναδύονται από τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (*e-Health*) έχουν τις ρίζες τους στην ευρεία και ταχεία πρόσβαση των ασθενών στην ηλεκτρονικά παρεχόμενη ιατρική πληροφορία και πρακτική, αλλά και στη μεταβολή του πλαισίου επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενών.

Καθώς λοιπόν η διαπροσωπική επικοινωνία δίνει τη θέση της στη διαδικτυακή ή δορυφορική επικοινωνία, η ανάγκη για την επίτευξη υψηλής ποιότητας μετάδοσης και πρόσληψης των πληροφοριών από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς αντίστοιχα επηρεάζει πολλές από τις ηθικές διαστάσεις της υγείας. Ταυτόχρονα, δημιουργεί νέα προβλήματα που απαιτούν διάλογο και επίλυση, ενώ αυξάνει την ατομική υπευθυνότητα για την προαγωγή και τη βελτίωση της υγείας, ενισχύοντας την αυτονομία των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους και την πορεία της ζωής τους. Υπό αυτό το πρίσμα αυτό, ηθικά ζητήματα, όπως η αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, η προστασία της ιδιωτικότητάς του και η τήρηση του ιατρικού απόρρητου, η ενήμερη συναίνεση και η σχέση ασθενούς-ιατρού, εξετάζονται μέσα στο πλαίσιο της ευρείας χρήσης της τεχνολογίας στις ιατρικές υπηρεσίες, της εκτεταμένης ηλεκτρονικής διασύνδεσης των επαγγελματιών υγείας και των οργανισμών υγείας, της παγκόσμιας διάχυσης της

ιατρικής πληροφορίας και της εισαγωγής της ηλεκτρονικής υγείας (*e-Health*) στη διοίκηση και τις πολιτικές υγείας.

Η ηλεκτρονική υγεία (*e-Health*) αποτελεί ένα σχετικά πρόσφατο όρο για την πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης. Υποστηρίζεται από ηλεκτρονικές διαδικασίες και μεθόδους επικοινωνίας, που χρονολογούνται τουλάχιστον από το 1999 (Della Mea, V., 2001). Η χρήση του όρου ποικίλλει: ορισμένοι θα υποστήριζαν πως ταυτίζεται με την πληροφορική υγείας στηριζόμενοι σε ένα ευρύ ορισμό που καλύπτει τις ηλεκτρονικές/ψηφιακές διαδικασίες στον τομέα της υγείας (International Telecommunication Union (ITU), 2008), ενώ άλλοι χρησιμοποιούν τον όρο με τη στενότερη έννοια της υγειονομικής περίθαλψης εξάσκηση με τη βοήθεια του Διαδικτύου (Eysenbach G, & Diepgen TL., 2001- 4. Ball MJ., & Lillis J., (2001).

Απότοκο των ευεργετημάτων στον τομέα των Τεχνολογιών Πληροφοριών και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) αποτελούν οι καθημερινές παγκόσμιες βελτιώσεις στον τομέα της Υγείας. Οι καινοτομίες στην ηλεκτρονική υγεία (*eHealth*) όπως Ηλεκτρονικοί Φάκελοι Υγείας (ΗΦΥ) ή ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι κλινικές βάσεις δεδομένων μετασχηματίζουν τη σύγχρονη υγεία και ευαγγελίζονται ένα ακόμη καλύτερο σύστημα υγείας για το μέλλον. Οι Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών υποστηρίζουν την κλινική φροντίδα, παρέχουν πληροφορίες για την υγεία στο ευρύ κοινό και επιστημονικές πληροφορίες στους επαγγελματίες. Εν γένει, παρέχουν μια πλατφόρμα για δημοσιεύσεις θεμάτων υγείας, για τη διάδοση προειδοποιήσεων/συναγερμών υγείας και για την υποστήριξη των διοικητικών λειτουργιών (World Health Organization, 2006).

Ιδιαίτερα το Διαδίκτυο αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ανταλλάσσουν πληροφορίες για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Για τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, για την ενίσχυση της αξίας του Διαδικτύου και για την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να συνεργαστούν όλοι οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο για θέματα που σχετίζονται με την υγεία- είτε με την ιδιότητα των ασθενών, είτε ως επαγγελματίες στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είτε ως διοικητικοί διαχειριστές δομών υγείας είτε ως ερευνητές είτε ως κατασκευαστές ή πωλητές προϊόντων ή υπηρεσιών υγείας και γενικά με οποιαδήποτε ιδιότητα ως ενδιαφερόμενα.

Οι πληροφορίες που σχετίζονται με θέματα υγείας, τα προϊόντα και οι υπηρεσίες υγείας έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν την υγεία, αλλά και να την βλάψουν. Για

το λόγο αυτό οργανώσεις και άτομα που παρέχουν πληροφορίες για την υγεία στο διαδίκτυο έχουν υποχρέωση να είναι αξιόπιστα, να παρέχουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών, να προστατεύουν την ιδιωτική ζωή των χρηστών, και να συμμορφώνονται σύμφωνα με τα πρότυπα των βέλτιστων πρακτικών στον τομέα του ηλεκτρονικού εμπορίου και των διαδικτυακών (online) επαγγελματικών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας.

Θα πρέπει να σημειωθεί πως τα άτομα, τα οποία χρησιμοποιούν ιστοσελίδες που ασχολούνται με θέματα υγείας και υπηρεσίες υγείας, είναι συνυπεύθυνα για τη διασφάλιση της αξίας και της ακεραιότητας των διαδικτυακών υπηρεσιών υγείας. Ο χρήστης των διαδικτυακών υπηρεσιών υγείας είναι υπεύθυνος να χρησιμοποιεί κριτικά ιστοτόπους, προϊόντα και υπηρεσίες σχετιζόμενες με την υγεία. Θα πρέπει επίσης να παρέχει ουσιαστικά σχόλια και ανατροφοδότηση (feedback) σχετικά με τις ιατρικές πληροφορίες, τα προϊόντα και τις υπηρεσίες υγείας στο Διαδίκτυο (Rippen H., & Risk A., 2000).

Η στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ηλεκτρονική υγεία εστιάζει στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας στις χώρες της υφηλίου. Προς την κατεύθυνση αυτή προωθεί διάφορες δράσεις: α). υποστηρίζει τις εταιρικές σχέσεις μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα όσον αφορά τις Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών στην υπηρεσία της έρευνας και της ανάπτυξης της υγείας, β). υποστηρίζει τη δημιουργία υποδομής για την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας στα κράτη μέλη του Π.Ο.Υ., γ). συνδράμει στην ανάπτυξη και στη χρήση κανόνων και προτύπων Ηθικής και Δεοντολογίας. Η επιτυχία σε αυτούς τους τομείς συνάδει με την επιτυχή εφαρμογή μίας τετραμερούς στρατηγικής κατεύθυνσης: 1). Διερεύνηση της ηλεκτρονικής υγείας, 2). Καταγραφή της ηλεκτρονικής υγείας, 3). Ανάλυση των αποτελεσμάτων της ηλεκτρονικής υγείας, 4). Προώθηση για την καλύτερη κατανόηση μέσω της διάδοσης πληροφοριών για την ηλεκτρονική υγεία (WHO, 2006).

Προς αυτή την κατεύθυνση, ο Π.Ο.Υ. διεξήγαγε μια παγκόσμια έρευνα για την ηλεκτρονική υγεία, με στόχο να συγκεντρώσει τα βασικά στοιχεία παγκοσμίως για την τρέχουσα κατάσταση στον τομέα της ηλεκτρονικής υγείας. Η έρευνα διενεργήθηκε από τα μέσα του 2005 έως τα μέσα του 2006, και αποτελεί την πρώτη προσπάθεια να μελετηθεί η ηλεκτρονική υγεία τόσο από την περιφερειακή όσο και από την παγκόσμια προοπτική. Η έρευνα οργανώθηκε και εφαρμόστηκε από το

Παγκόσμιο Παρατηρητήριο για την Ηλεκτρονική Υγεία (Global Observatory for eHealth: GOe). Η έρευνα εστίασε το ενδιαφέρον της στις διαδικασίες και τα αποτελέσματα των βασικών δράσεων της ηλεκτρονικής υγείας όπως αυτές είχαν υπογραμμιστεί κατά τις διεργασίες της Παγκόσμιας Διάσκεψης Κορυφής για την «Κοινωνία της Πληροφορίας» (World Summit on the Information Society, 2003-2005) υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Λαμβάνοντας μάλιστα υπόψη το γεγονός ότι η έρευνα αυτή ήταν η πρώτη του είδους της, ήταν πολύ ενθαρρυντικός, για το Παγκόσμιο Παρατηρητήριο για την Ηλεκτρονική Υγεία, ο αριθμός των κρατών-μελών που ανταποκρίθηκαν. Πάνω από επτακόσιοι (700) ειδικοί στον τομέα των Τεχνολογιών των Πληροφοριών και Επικοινωνιών από εκατόν δώδεκα (112) χώρες παρείχαν την εξειδικευμένη γνώση τους. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν σχεδόν 60% από τα εκατόν ενενήντα δύο (192) κράτη-μέλη του Π.Ο.Υ. (ο αριθμός περιλαμβάνει τα κράτη-μέλη του Π.Ο.Υ έως τα μέσα Αυγούστου 2006) περίπου δηλαδή το 80% του παγκόσμιου πληθυσμού (WHO, 2006).

Οι βασικές Κατευθυντήριες Αρχές Ηθικής και Δεοντολογίας θα μπορούσαν να συνοψιστούν (Rippen H., & Risk A., 2000):

1. Παροχή συναφών και επαρκών πληροφοριών που θα βοηθήσουν τους καταναλωτές στην κατανόηση ή χρήση της ιστοσελίδας ή στην αγορά ή τη χρήση ενός προϊόντος ή μίας υπηρεσίας υγείας.
2. Οι παρεχόμενες πληροφορίες να είναι αληθείς κι όχι παραπλανητικές
3. Οι παρεχόμενες πληροφορίες για την υγεία να είναι ακριβείς, εύληπτες και ενημερωμένες σύμφωνα με τις τρέχουσες εξελίξεις στον τομέα της υγείας.
4. Οι παρεχόμενες πληροφορίες να είναι τέτοιες που να βοηθούν τους χρήστες να προβαίνουν σε δικές τους, προσωπικές κρίσεις τις πληροφορίες, τα προϊόντα ή τις υπηρεσίες που παρέχονται από το συγκεκριμένο ιστότοπο.
5. Σεβασμός στο δικαίωμα των χρηστών να καθορίσουν αν ή πως τα προσωπικά τους δεδομένα μπορούν να συλλέγονται, να χρησιμοποιηθούν, ή να διανεμηθούν.
6. Σεβασμός στο δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων του χρήστη.
7. Σεβασμός στις θεμελιώδεις ηθικές υποχρεώσεις προς τους ασθενείς και τους πελάτες.

8. Ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών και των πελάτες σχετικά με τους περιορισμούς της διαδικτυακής (online) υγειονομικής περίθαλψης.
9. Διασφάλιση πως οι θυγατρικές οργανώσεις και οι ιστότοποι είναι αξιόπιστοι.
Εταιρική Υπευθυνότητα.
10. Παροχή ουσιαστικών ευκαιριών για τους χρήστες να δίνουν ανατροφοδότηση στον ιστότοπο.
11. Παρακολούθηση συμμόρφωσης όλων των εμπλεκόμενων μερών με τον Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας της Ηλεκτρονικής Υγείας.

Ηθική και Προστασία Προσωπικών Δεδομένων & Πληροφοριών για την Υγεία




Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά λεπτομερείς και εκτεταμένες πληροφορίες (Bath P., 2008). Η κλινική θεραπεία, καθώς και η υγειονομική κάλυψη και το κόστος, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την ισχύ, την ακρίβεια, την καταλληλότητα και την εγκυρότητα των σχετικών πληροφοριών. Για το λόγο αυτό οι πληροφορίες αποτελούν ένα ζωτικής σημασίας συστατικό των σύγχρονων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης (McClanahan K., 2008). Η λήψη του ιστορικού του ασθενούς είναι ένα βασικό στοιχείο της υγειονομικής και ιατρικής φροντίδας από τότε ξεκίνησε η ιατρική πρακτική. Η τήρηση αρχείων κατά τις συναντήσεις μεταξύ γιατρού και ασθενούς έχει κεντρική σημασία στην παροχή φροντίδας, ακόμη κι αν παλαιότερα ο ιατρός στηριζόταν μόνο στην μνήμη του για την καταγραφή αυτού του είδους των πληροφοριών. Στις μέρες μας, η τήρηση ιατρικών αρχείων αποτελεί τον πυρήνα της υγειονομικής περίθαλψης, αν και η έλευση και η εφαρμογή των προηγμένων δοκιμών, του γενετικού αποτυπώματος καθώς και οι τεχνικές της ιατρικής απεικόνισης έχουν αυξήσει σημαντικά τον όγκο και τη λεπτομέρεια των πληροφοριών της υγείας, κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ο στόχος της εικονικής ιατρικής κοινότητας κατά κύριο λόγο είναι η παροχή κυρίως ιατρικών συμβουλών στους ασθενείς. Η ψηφιακή κοινότητα αποθηκεύει τα ιατρικά δεδομένα των ασθενών και παρέχει στους καθ' ύλην αρμόδιους την πρόσβαση σε αυτά τα δεδομένα ανάλογα με το ρόλο και την ευθύνη που ο καθένας φέρει (Chryssanthou A., Varlamis I. & Latsiou C., 2011).

Ο πλήρως ολοκληρωμένος, προσιτός και ασφαλής Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ) είναι ένα μέσο για την τόσο αναγκαία αλλαγή στην οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης και της ηλεκτρονικής υγείας -eHealth (Tang P., 2005). Ο ΗΦΥ είναι μια ηλεκτρονική καταγραφή πληροφοριών για την υγεία του ασθενή. Οι

πληροφορίες συλλέγονται κατά τη διάρκεια μία ή περισσότερων επαφές του ασθενή με φορείς παροχής φροντίδας. Οι πληροφορίες που συλλέγονται συμπεριλαμβάνουν δημογραφικά στοιχεία, ενημερωτικά σημειώματα, διαγνώσεις, φαρμακευτικές αγωγές, ζωτικές παραμέτρους, ιατρικό ιστορικό, εμβολιασμούς, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις. Επιπροσθέτως, περιέχει πλήρες αρχείο των κλινικών επαφών του ασθενή και υποστηρίζει δραστηριότητες που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την παροχής φροντίδας, όπως η τεκμηριωμένη υποστήριξη αποφάσεων, η διαχείριση ποιότητας, και η αναφορά αποτελεσμάτων (HIMMS, Electronic Health Records Overview, National Institutes of Health National Center for Research Resources, Editor 2006). Από την άλλη υπάρχουν κάποιοι ηθικοί προβληματισμοί στην εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας ΗΦΥ καθώς μπορεί να θεωρηθεί ως δυνητική απειλή για την προστασία της ιδιωτικής ζωής και των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων στον τομέα της υγείας κι ως εκ τούτου είναι επιβεβλημένη η ανάπτυξη συγκεκριμένων ηθικών και νομικών πλαισίων για την προστασία της ιδιωτικής ζωής σε τέτοιου είδους αρχεία.

Όσον αφορά την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγειονομικής περίθαλψης, η υποχρέωση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων και των σχετικών με την υγεία πληροφοριών αποτελεί βασικό στοιχείο αφενός για τη διασφάλιση της εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του γιατρού και αφετέρου για τη διαφύλαξη του απαραβίαστου της ανταλλαγής ευαίσθητων πληροφοριών (Safran C., 2001).

<ul style="list-style-type: none"> Help Logout 	Patient Details  GME0000 Smith, Caroline Sex: Female DOB: 1940/01/01 Next of kin: John Smith		GP Details Name: Jones, Evans Phone: 333-465-5545 Address: 11 Terrence Ave., Edmonton, AB T4Y 8U9																																																																																							
	Patient Record <ul style="list-style-type: none"> Summary Lab Results Diagnostic Images Details Notes or Comments 		Other Healthcare Providers <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Disp.</th> <th>Last Encounter</th> <th>Next encounter</th> <th>Right of Access</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diaz, Ellen</td> <td>Cardiology</td> <td>01/2006</td> <td>07/2006</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Fournier, Janice</td> <td>RN</td> <td>08/2005</td> <td></td> <td>N</td> </tr> <tr> <td>Cohen, Richard</td> <td>Dermatology</td> <td>07/2005</td> <td></td> <td>N</td> </tr> </tbody> </table>		Name	Disp.	Last Encounter	Next encounter	Right of Access	Diaz, Ellen	Cardiology	01/2006	07/2006	Y	Fournier, Janice	RN	08/2005		N	Cohen, Richard	Dermatology	07/2005		N																																																																		
Name	Disp.	Last Encounter	Next encounter	Right of Access																																																																																						
Diaz, Ellen	Cardiology	01/2006	07/2006	Y																																																																																						
Fournier, Janice	RN	08/2005		N																																																																																						
Cohen, Richard	Dermatology	07/2005		N																																																																																						
Alerts Allergies - Sulfu Drugs • Pap smear due • Td due • A1C above target		Medications <table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Medications</th> <th>Prescriptions</th> <th>Last Filled</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>11/1989</td> <td>Hydrochlorothiazide 25 mg</td> <td>One tab at breakfast</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>03/1999</td> <td>Glyburide 5 mg</td> <td>One tab twice daily</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>01/2001</td> <td>Metformin 500 mg</td> <td>Two tabs twice daily</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>03/2001</td> <td>Atorvastatin 20 mg</td> <td>One tab at supper</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>02/2002</td> <td>Atenolol 50 mg</td> <td>One tab at breakfast</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>02/2002</td> <td>ECASA 325 mg</td> <td>One tab at breakfast</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>02/2006</td> <td>Ramipril 10mg</td> <td>One tab at supper</td> <td>02/2006</td> </tr> <tr> <td>06/2005</td> <td>Cloxacillin 500 mg</td> <td>Discontinued</td> <td></td> </tr> <tr> <td>05/2004</td> <td>Beclomethasone Cream</td> <td>Discontinued</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Date	Medications	Prescriptions	Last Filled	11/1989	Hydrochlorothiazide 25 mg	One tab at breakfast	12/2005	03/1999	Glyburide 5 mg	One tab twice daily	12/2005	01/2001	Metformin 500 mg	Two tabs twice daily	12/2005	03/2001	Atorvastatin 20 mg	One tab at supper	12/2005	02/2002	Atenolol 50 mg	One tab at breakfast	12/2005	02/2002	ECASA 325 mg	One tab at breakfast	12/2005	02/2006	Ramipril 10mg	One tab at supper	02/2006	06/2005	Cloxacillin 500 mg	Discontinued		05/2004	Beclomethasone Cream	Discontinued																																																
Date	Medications	Prescriptions	Last Filled																																																																																							
11/1989	Hydrochlorothiazide 25 mg	One tab at breakfast	12/2005																																																																																							
03/1999	Glyburide 5 mg	One tab twice daily	12/2005																																																																																							
01/2001	Metformin 500 mg	Two tabs twice daily	12/2005																																																																																							
03/2001	Atorvastatin 20 mg	One tab at supper	12/2005																																																																																							
02/2002	Atenolol 50 mg	One tab at breakfast	12/2005																																																																																							
02/2002	ECASA 325 mg	One tab at breakfast	12/2005																																																																																							
02/2006	Ramipril 10mg	One tab at supper	02/2006																																																																																							
06/2005	Cloxacillin 500 mg	Discontinued																																																																																								
05/2004	Beclomethasone Cream	Discontinued																																																																																								
Diagnosis <table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnosis</th> <th>State</th> <th>Status</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hypertension</td> <td>11/1989</td> <td>Ongoing</td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td>05/1996</td> <td>Ongoing</td> </tr> <tr> <td>Coronary Artery Disease</td> <td>02/2002</td> <td>Ongoing</td> </tr> <tr> <td>Fasting lipids</td> <td>12/2005</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Exercise stress test</td> <td>12/2005</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Coronary angiogram / Cellulitis</td> <td>02/2005</td> <td>Resolved</td> </tr> <tr> <td>Cholecystectomy</td> <td>05/1981</td> <td>Resolved</td> </tr> <tr> <td>Cesarian section</td> <td>01/1967</td> <td>Resolved</td> </tr> </tbody> </table>		Diagnosis	State	Status	Hypertension	11/1989	Ongoing	Diabetes	05/1996	Ongoing	Coronary Artery Disease	02/2002	Ongoing	Fasting lipids	12/2005		Exercise stress test	12/2005		Coronary angiogram / Cellulitis	02/2005	Resolved	Cholecystectomy	05/1981	Resolved	Cesarian section	01/1967	Resolved	Encounter History <table border="1"> <thead> <tr> <th>Date</th> <th>Facility</th> <th>Speciality</th> <th>Clinician</th> <th>Reason</th> <th>Type</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>02/2006</td> <td>GP</td> <td></td> <td></td> <td>Hypertension</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>01/2006</td> <td>Cardio Assoc</td> <td>Cardiology</td> <td>Diaz, E.</td> <td>CAD</td> <td>Outpatient</td> </tr> <tr> <td>12/2005</td> <td>GP</td> <td></td> <td></td> <td>Diabetes</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>10/2005</td> <td>General Hosp</td> <td>Dietician</td> <td>Johnson, H.</td> <td>Diabetes teaching</td> <td>Outpatient</td> </tr> <tr> <td>08/2005</td> <td>GP</td> <td></td> <td></td> <td>Diabetes</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>08/2005</td> <td>GP</td> <td></td> <td></td> <td>Cellulitis</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>08/2005</td> <td>Home Visit</td> <td>RN</td> <td>Fournier, J.</td> <td>Cellulitis</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>08/2005</td> <td>GP</td> <td></td> <td></td> <td>Cellulitis</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>07/2005</td> <td>Polyclinic</td> <td>Dermatology</td> <td>Cohen, R.</td> <td>Stasis dermatitis</td> <td>Outpatient</td> </tr> </tbody> </table>		Date	Facility	Speciality	Clinician	Reason	Type	02/2006	GP			Hypertension	-	01/2006	Cardio Assoc	Cardiology	Diaz, E.	CAD	Outpatient	12/2005	GP			Diabetes	-	10/2005	General Hosp	Dietician	Johnson, H.	Diabetes teaching	Outpatient	08/2005	GP			Diabetes	-	08/2005	GP			Cellulitis	-	08/2005	Home Visit	RN	Fournier, J.	Cellulitis	-	08/2005	GP			Cellulitis	-	07/2005	Polyclinic	Dermatology	Cohen, R.	Stasis dermatitis	Outpatient
Diagnosis	State	Status																																																																																								
Hypertension	11/1989	Ongoing																																																																																								
Diabetes	05/1996	Ongoing																																																																																								
Coronary Artery Disease	02/2002	Ongoing																																																																																								
Fasting lipids	12/2005																																																																																									
Exercise stress test	12/2005																																																																																									
Coronary angiogram / Cellulitis	02/2005	Resolved																																																																																								
Cholecystectomy	05/1981	Resolved																																																																																								
Cesarian section	01/1967	Resolved																																																																																								
Date	Facility	Speciality	Clinician	Reason	Type																																																																																					
02/2006	GP			Hypertension	-																																																																																					
01/2006	Cardio Assoc	Cardiology	Diaz, E.	CAD	Outpatient																																																																																					
12/2005	GP			Diabetes	-																																																																																					
10/2005	General Hosp	Dietician	Johnson, H.	Diabetes teaching	Outpatient																																																																																					
08/2005	GP			Diabetes	-																																																																																					
08/2005	GP			Cellulitis	-																																																																																					
08/2005	Home Visit	RN	Fournier, J.	Cellulitis	-																																																																																					
08/2005	GP			Cellulitis	-																																																																																					
07/2005	Polyclinic	Dermatology	Cohen, R.	Stasis dermatitis	Outpatient																																																																																					
		Immunizations <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Most Recent</th> <th>Number Received</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Influenza</td> <td>11/2005</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pneumovax</td> <td>03/2005</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Twinrix</td> <td>08/2002</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Td</td> <td>04/1996</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>		Type	Most Recent	Number Received	Influenza	11/2005	2	Pneumovax	03/2005	1	Twinrix	08/2002	3	Td	04/1996	1																																																																								
Type	Most Recent	Number Received																																																																																								
Influenza	11/2005	2																																																																																								
Pneumovax	03/2005	1																																																																																								
Twinrix	08/2002	3																																																																																								
Td	04/1996	1																																																																																								
		Diabetic Indices <table border="1"> <thead> <tr> <th>Type</th> <th>Value</th> <th>Most Recent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A1C</td> <td>0.071</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>LDL</td> <td>2.41</td> <td>12/2005</td> </tr> <tr> <td>BP</td> <td>135/75</td> <td>02/2006</td> </tr> <tr> <td>Urine Microalb</td> <td>0.02</td> <td>08/2005</td> </tr> <tr> <td>Eye Exam</td> <td></td> <td>05/2005</td> </tr> <tr> <td>Home Gluc (average)</td> <td>7.4</td> <td>01/2006</td> </tr> </tbody> </table>		Type	Value	Most Recent	A1C	0.071	12/2005	LDL	2.41	12/2005	BP	135/75	02/2006	Urine Microalb	0.02	08/2005	Eye Exam		05/2005	Home Gluc (average)	7.4	01/2006																																																																		
Type	Value	Most Recent																																																																																								
A1C	0.071	12/2005																																																																																								
LDL	2.41	12/2005																																																																																								
BP	135/75	02/2006																																																																																								
Urine Microalb	0.02	08/2005																																																																																								
Eye Exam		05/2005																																																																																								
Home Gluc (average)	7.4	01/2006																																																																																								

Παράδειγμα απεικόνισης του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας

Ένα κοινό σημείο αναφοράς για την ηθική αξία της εμπιστοσύνης στην ιδιωτικότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή είναι ο αρχαίος όρκος του Ιπποκράτη, που για περισσότερο από δύο χιλιάδες χρόνια έχει κεντρική σημασία για τους ορισμούς τόσο της ηθικής πρακτικής όσο και της υγειονομικής περίθαλψης. Ο όρκος, που στην αρχαία της μορφή είναι περίπου μόνο τριακόσιες πενήντα (350) λέξεις, δηλώνει στο ζήτημα της ιδιωτικής ζωής: "Και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή και πέρα από τις επαγγελματικές μου ασχολίες στην καθημερινή μου ζωή, αυτά που δεν πρέπει να μαθευτούν παραέξω δεν θα τα κοινοποιώ, θεωρώντας τα θέματα αυτά μυστικά". (Michael North M., 2002).

Αν και υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες για την έννοια του αυτού του αποσπάσματος του όρκου, μερικοί μελετητές ισχυρίζονται ότι ιστορικά αυτό δεν ενέχει την έννοια της προστασίας της ιδιωτικής ζωής, αλλά περισσότερο με το καθήκον να μην ατιμασθεί ο ασθενής μιλώντας άσχημα γι' αυτόν του / της (Miles S.H., 2005).

Είναι πλέον κοινά αποδεκτό ότι ο όρκος του Ιπποκράτη αποτελεί τη βάση της ηθικής δεοντολογίας στο χειρισμό των πληροφοριών του ασθενή και συνοψίζει στο καθήκον του γιατρού την υποχρέωση να διατηρήσει απαραβίαστα τα προσωπικά δεδομένα της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς (Edelstein L., 1943).

Ο πυρήνας των ιδεών του όρκου του Ιπποκράτη έχει μεταφραστεί σε ένα ευρύ φάσμα σύγχρονων δηλώσεων και διακηρύξεων. Οι σύγχρονες διακηρύξεις, διατηρώντας την έννοια του σεβασμού για την προστασία της ιδιωτικής ζωής, έχουν προσθέσει τη συναίνεση στην ανάγκη τόσο για την προστασία των ατόμων όσο και για τη διευκόλυνση του έργου των συναδέλφων γιατρών. Οι Αρχές της Ιατρικής Ηθικής Δεοντολογίας της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης αναφέρουν πως: "Ο γιατρός θα πρέπει να σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών, των συναδέλφων, και των άλλων επαγγελματιών υγείας και θα πρέπει να κατοχυρώνει την εμπιστοσύνη του ασθενή και του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τους περιορισμούς του νόμου" (American Medical Association, 1980).

Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και η γείτονος χώρα Χιλή ήταν ακόμη πιο συγκεκριμένες το 2008 στον Κώδικα Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας προβλέπει στο άρθρο 31 ότι οι γιατροί πρέπει να σέβονται τον εμπιστευτικό χαρακτήρα κάθε πληροφορίας σχετικά με τους ασθενείς τους, είτε η πληροφορία έχει εξασφαλισθεί μέσω λεκτικής συναίνεσης είτε μέσω εργαστηριακών εξετάσεων και χειρουργικών

επεμβάσεων. Προβλέπει επίσης ως θεμιτή την προσβολή της εμπιστευτικότητας σε ορισμένες περιπτώσεις σε ενδεχόμενο ασθένειας που θα πρέπει βάσει του νόμου να δηλώνεται στις αρχές και σε γνωστοποιήσεις απαραίτητες για την αποφυγή σοβαρής βλάβης για τον ασθενή ή για άλλα πρόσωπα (Olivari C., et al., 2001). Η τροποποίηση στη δομή και τις αρχές του ιατρικού απορρήτου στις παραπάνω περιπτώσεις δεν ακυρώνει τη σημασία του όρκου του Ιπποκράτη και την ηθική έννοια της ιδιωτικής ζωής, αλλά μάλλον να υπογραμμίζει την πολυπλοκότητα της ιδιωτικής ζωής και το φάσμα των ανταγωνιστικών ηθικών εννοιών που καλείται να υποστηρίξει.

Οι Beauchamp και Childress, στο βιβλίο τους οι Αρχές της Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας (Beauchamp T.L., Childress J.F., 2001), που για πολλά χρόνια υπήρξε η κινητήρια δύναμη της κατανόησης της ιατρικής ηθικής σε όλο τον κόσμο, συνοψίζουν Ηθική και Δεοντολογία της Ιατρικής σε τέσσερις (4) βασικές αρχές:

- Σεβασμός στην αυτονομία. Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να σέβονται την ικανότητα λήψης αποφάσεων των αυτόνομων ατόμων και να επιτρέπουν στα άτομα να προχωρούν σε αιτιολογημένες και ενημερωμένες επιλογές.
- Ευεργεσία. Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ενεργούν με τρόπο που να ωφελούν τον ασθενή. Οι ενέργειες τους επίσης θα προϋποθέτουν την προσεκτική στάθμιση από τη μία του οφέλους της θεραπείας κι από την άλλη των κινδύνων και του κόστους.
- Μη-σκόπιμη βλάβης. Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, δεν θα πρέπει να βλάπτουν τον ασθενή. Αποδεχόμενοι το γεγονός πως αποφεύγοντας οποιαδήποτε θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει κάποιο είδος της βλάβης, αυτή η ζημία δε θα πρέπει να είναι δυσανάλογη προς τα οφέλη της θεραπείας.
- Δικαιοσύνη. Οι επαγγελματίες των υπηρεσιών υγείας και τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να διανέμουν τα οφέλη, τους κινδύνους, και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης με βάση την αρχή της ισότητας, έτσι ώστε οι ασθενείς σε παρόμοια κατάσταση να μπορούν να αντιμετωπιστούν με παρόμοιο τρόπο. Αν οι αρχές αυτές γίνονται αποδεκτές ως έγκυρες τότε θα πρέπει να διερωτηθούμε εν συντομία για τον τρόπο που

εφαρμόζεται ο σεβασμός της ιδιωτικής ζωής στους Ηλεκτρονικούς Φακέλους Υγείας.

Βάσει εξάλλου της αρχής της αυτονομίας ο σεβασμός για το απόρρητο των πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία είναι ίσως πιο εύκολο να γίνει αντιληπτός καθώς άπτεται άμεσα της ιδέας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η έννοια της αυτονομίας βασίζεται ουσιαστικά στο θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ενήλικα να λαμβάνει τις αποφάσεις που τον αφορούν αυτόνομα. Στην πρακτική της προστασίας της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων στη νομοθεσία για την υγεία, η αυτονομία του ασθενούς επικυρώνεται συνήθως με αναφορά στην έννοια της συγκατάθεσης. Έτσι οι περισσότεροι νόμοι σχετικά με τα μητρώα υγείας περιλαμβάνουν την απαίτηση της αναζήτησης της συγκατάθεσης του ασθενούς πριν από τη συλλογή, επεξεργασία ή την κοινή χρήση των πληροφοριών που είναι σχετικές με την υγεία.

Ο σεβασμός στην αυτονομία μετριάζεται ωστόσο συχνά από συνεπειοκρατικά επιχειρήματα της ευεργεσίας και της μη-σκόπιμης βλάβης. Έτσι οι περισσότερες νομοθεσίες, όπως σημειώθηκε παραπάνω στην αναφορά του κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας της Αμερικής και της Χιλής, περιλαμβάνουν διατάξεις στις οποίες γίνεται υπέρβαση στο καθήκον του σεβασμού της ιδιωτικής ζωής, όταν απαιτείται η προστασία ενός τρίτου μέλους από τον κίνδυνο μιας μεταδοτικής ασθένειας ή όταν η ασφάλεια του ασθενούς είναι σε κίνδυνο, εκτός εάν διατίθεται εξειδικευμένη περίθαλψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι μεταξύ των μελετητών της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας υπάρχει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό που υποστηρίζει το εξής: το καθήκον της προστασίας της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων του ασθενούς τίθεται υπό αίρεση στην περίπτωση κατά την οποία ο γιατρός κρίνει ότι πρέπει να αποφασίσει υπέρ του ασθενούς ή του δημοσίου συμφέροντος. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δύναται ακόμη και να παρακάμψει το καθήκον της προστασίας της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων βάσει των προβλεπόμενων συνεπειών, εάν ένα τρίτο μέρος δεν έχει προειδοποιηθεί για τον επερχόμενο κίνδυνο.

Μια νέα σειρά των επιχειρημάτων τώρα αρχίζει επίσης να διαμορφώνεται σχετικά με την ανάγκη να μετριασθεί η απόλυτη και αδιαπραγμάτευτη υποχρέωση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων με γνώμονα το δημόσιο καθήκον και την πρόοδο της ιατρικής (Hoffman S. & Podgurski A., 2008).

Το επιχείρημα σχετικά με την επακόλουθη αξία της ιδιωτικής ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με τον άποψη των Beauchamp και Childress για την ιδέα της εμπιστοσύνης ως αιτία για τη διατήρηση του καθήκοντος της προάσπισης της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων. Στην περίπτωση αυτή το επιχείρημα στηρίζεται στη σημασία της τήρησης των άμεσων κι έμμεσων, ρητών και σιωπηρών, υποσχέσεων της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων ως σημαντική προϋπόθεση για την εν εξελίξει σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Οι Beauchamp και Childress ισχυρίζονται ακόμη ότι: *«στο πλαίσιο άσκησης της ιατρικής πρακτικής απαιτείται η δημοσιοποίηση ακόμη και των ιδιωτικών πληροφοριών, και ως εκ τούτου η έλλειψη εμπιστοσύνης υπονομεύει σε σημαντικό βαθμό τη σχέση γιατρού-ασθενούς»* (Kottow M.H., 1986).

Το ηθικό έρεισμα του σεβασμού της ιδιωτικής ζωής και του απορρήτου των ιατρικών φακέλων μπορεί επομένως να θεωρηθεί ως μια συμφωνία, μεταξύ του επαγγελματία των υπηρεσιών υγείας και του ασθενούς. Ταυτόχρονα όμως, αποτελεί και μια συμφωνία στις ηθικές αξίες του σεβασμού και της αυτονομίας. Ενυπάρχει επίσης η απαίτηση ότι ο γιατρός θα πρέπει να επιδιώξει με κάθε τρόπο να μην βλάψει τον ασθενή και να γίνει σεβαστή η εμπιστοσύνη που τρέφει σε αυτόν ο ασθενής. Από ηθικής απόψεως, αυτό σημαίνει ένα συσχετισμό μεταξύ των σχετικών αξιών της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη-σκόπιμης βλάβης και της δικαιοσύνης.

Καθώς λοιπόν το ηθικό υπόβαθρο για το σεβασμό της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων είναι ακόμα ισχυρό, η μεταβαλλόμενη φύση της ιατρικής επιστήμης και η αυξανόμενη εφαρμογή του e-Health, με εργαλεία όπως οι Ηλεκτρονικοί Φάκελοι Υγείας (ΗΦΥ), σημαίνει ότι θα πρέπει να επανεξεταστεί ο τρόπος με τον οποίο η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς (Rothstein M., 2010).

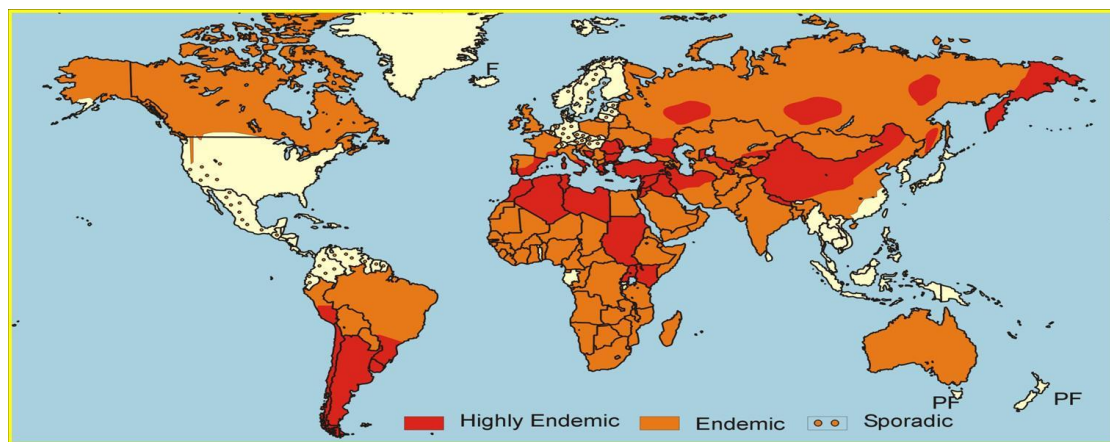
Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Ορθή Εργαστηριακή Κλινική Πρακτική



Έχει διεθνώς αναγνωριστεί ότι τα εργαστήρια επεξεργασίας δειγμάτων από κλινικές δοκιμές απαιτούν ένα κατάλληλο σύνολο προτύπων για την καθοδήγηση ορθών πρακτικών (Stevens W., 2003). Με το γνώμονα αυτό μια ομάδα εργασίας της Κλινικής Επιτροπής της Βρετανικής Ένωσης Ερευνών και Διασφάλισης Ποιότητας συνέταξε και δημοσίευσε το 2003 τις *Κατευθυντήριες Γραμμές Ορθής Εργαστηριακής Κλινικής Πρακτικής* (Mawbey N., Grant V. & Stiles T., 2003). Οι κατευθυντήριες αυτές γραμμές προσδιορίζουν τα απαιτούμενα συστήματα και τις διαδικασίες που θα πρέπει να ακολουθούνται στο πλαίσιο ενός οργανισμού που διεξάγει ανάλυση των δειγμάτων από κλινικές δοκιμές σύμφωνα με τις απαιτήσεις της Καλής Κλινικής Πρακτικής (Good Clinical Practice: GCP). Με τον τρόπο αυτό παρέχεται στους χορηγούς, στο εργαστήριο διαχείρισης, στους διαχειριστές του έργου, στους συνεργάτες της κλινικής έρευνας και στο προσωπικό διασφάλισης ποιότητας το πλαίσιο για ένα ποιοτικό σύστημα ανάλυσης των δειγμάτων κλινικών δοκιμών, διασφαλίζοντας τη συνολική συμμόρφωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων με τις αρχές της Ορθής Κλινικής Πρακτικής.

Τον Απρίλιο του 2006 το Ειδικό Πρόγραμμα Έρευνας και Εκπαίδευσης σε Τροπικές Ασθένειες (TDR), το οποίο χρηματοδοτήθηκε από το Αναπτυξιακό Πρόγραμμα των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Development Programme: UNDP), UNICEF, την Παγκόσμια Τράπεζα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, συγκάλεσε συνεδρίαση των οργανώσεων που ασχολούνται με τις κλινικές δοκιμές των νόσων σε ενδημικές χώρες να συζητήσουν τη δυνατότητα εφαρμογής αυτών των κατευθυντήριων γραμμών στο έργο τους. Στις προσκεκλημένες οργανώσεις συμπεριλαμβάνονταν το *Επίκεντρο* (Epicentre), *Πρωτοβουλία για τα Φάρμακα σε Παραμελημένες Νόσους* (DNDi), το *Ίδρυμα για Πρωτοπόρα και Καινοτόμα Διάγνωση* (FIND) καθώς και το *Ινστιτούτο Ιατρικής Έρευνας Κένυας* (KEMRI). Συμφωνήθηκε πως οι Κατευθυντήριες Γραμμές Ορθής Εργαστηριακής Κλινικής Πρακτικής (GCLP)

θα είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για τη βελτίωση και τη διασφάλιση ποιότητας της εργαστηριακής πρακτικής κατά τις κλινικές δοκιμές στο τροπικό περιβάλλον στο οποίο εργάζονται. Αναγνωρίστηκε ότι οι Κατευθυντήριες Γραμμές της Ορθής Εργαστηριακής Κλινικής Πρακτικής δεν ήταν ευρέως διαθέσιμες. Προτάθηκε ο Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με το TDR, το Ειδικό Παγκόσμιο Πρόγραμμα για την Έρευνα και την Κατάρτιση στις Τροπικές Νόσους, να δημοσιεύουν τις Κατευθυντήριες Γραμμές της Ορθής Εργαστηριακής Κλινικής Πρακτικής στον ιστότοπο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ως το πρότυπο για τα εργαστήρια που διαχειρίζονται δείγματα από τις υποστηρικτικές κλινικές δοκιμές του TDR. Η Ομάδα Εμπειρογνομόνων Αξιολόγησης της Διαγνωστικής Διαδικασίας (DEEP) του TDR έκτοτε συνιστά τις Κατευθυντήριες Γραμμές Ορθής Εργαστηριακής Κλινικής Πρακτικής (GCLP) ως το πρότυπο για κλινικά εργαστήρια που εμπλέκονται στην αξιολόγηση των διαγνωστικών διαδικασιών για τα λοιμώδη νοσήματα (Banoo S., Bell D., et al.).



Πρωτοβουλίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις Ελεγχόμενες Ουσίες



Μόλις το 2011 συντάχθηκε ένα έγγραφο στο πλαίσιο του έργου *Πρόσβαση στα Οπιοειδή Φάρμακα στην Ευρώπη (ATOME)*. Οι διεθνείς συνθήκες για τον έλεγχο των ναρκωτικών αναπτύχθηκαν με σκοπό την πρόληψη της κατάχρησης ουσιών που μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση. Η καθολική έγκριση και εφαρμογή αυτών των συνθηκών εξακολουθεί να αποτελεί μια εξαιρετικά αποτελεσματική μέθοδο πρόληψης της εκτροπής των ναρκωτικών ουσιών από τις νόμιμες στις παράνομες αγορές του διεθνούς εμπορίου και προστασίας της κοινωνίας από τις επιπτώσεις της εξάρτησης. Ωστόσο, δεν έχει δοθεί η ίδια έμφαση σε έναν άλλο θεμελιώδη στόχο των συνθηκών, τη διασφάλιση της διαθεσιμότητας των ελεγχόμενων ουσιών για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παραμένουν απρόσιτα για τη μεγάλη πλειονότητα των ανθρώπων ανά τον κόσμο τα οφέλη για την υγεία που μπορούν να επιτευχθούν μέσω της χρήσης φαρμάκων που περιέχουν ελεγχόμενες ουσίες.

Η πλειονότητα των ουσιών που τελούν υπό έλεγχο σύμφωνα με τις διεθνείς συνθήκες για τον έλεγχο των ναρκωτικών έχουν πληθώρα ιατρικών χρήσεων. Επί παραδείγματι, τα οπιοειδή αναλγητικά, όπως η μορφίνη, και τα αντιεπιληπτικά, όπως η φαινοβαρβιτάλη, θεωρούνται βασικά φάρμακα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Αποτελεί κοινή η αντίληψη πως τα οπιοειδή αναλγητικά είναι απολύτως απαραίτητα στην ανακούφιση του μέτριου έως σοβαρού πόνου. Ορισμένα από αυτά μάλιστα, για παράδειγμα η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, χρησιμοποιούνται ολοένα και περισσότερο για την αντιμετώπιση της τοξικομανίας. Τα τελευταία χρόνια η ευρέως διαδεδομένη αποδοχή της θεραπευτικής αξίας των ελεγχόμενων ουσιών έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της κατανάλωσής τους. Παρόλα αυτά, η αύξηση αυτή

παρατηρείται κατά κύριο λόγο στις ανεπτυγμένες χώρες. Η διαθεσιμότητα των ελεγχόμενων ουσιών, αντίθετα, έχει παραμείνει σε πολύ χαμηλά επίπεδα στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες και είναι κάθε άλλο παρά επαρκής για την ικανοποίηση των ιατρικών αναγκών των πληθυσμών αυτών των χωρών. Εάν δεν ληφθούν διορθωτικά μέτρα το χάσμα που παρατηρείται στη διαθεσιμότητα των ελεγχόμενων ουσιών, και συγκεκριμένα των οπιοειδών αναλγητικών, θα διευρυνθεί, καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ασθενών που διαγιγνώσκονται με καρκίνο και AIDS στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η ανεπαρκής διαθεσιμότητα των ελεγχόμενων ουσιών για ιατρικούς σκοπούς μπορεί να αποδοθεί σε διάφορες αιτίες. Κάποιες από τις αιτίες σχετίζονται με την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη μιας χώρας και επηρεάζουν τη διάθεση γενικά των φαρμάκων. Άλλες αφορούν ειδικά τις ελεγχόμενες ουσίες και σχετίζονται με το συγκεκριμένο ρυθμιστικό σύστημα κάποιων χωρών αναφορικά με την παρασκευή, συνταγογράφηση και διανομή των συγκεκριμένων ουσιών. Οι νόμοι και οι κανονισμοί που έχουν ως στόχο την πρόληψη της εσφαλμένης χρήσης των ελεγχόμενων ουσιών, σε ορισμένες χώρες, είναι υπερβολικά αυστηροί και παρεμποδίζουν την πρόσβαση των ασθενών στην ιατρική θεραπεία με αυτές τις ουσίες. Αυτές οι καταστάσεις δύνανται να προκύψουν όταν δεν αντιμετωπίζεται με τη δέουσα προσοχή ο αντίκτυπος των κανονισμών στη διάθεση των ελεγχόμενων ουσιών για ιατρικούς σκοπούς.

Εντούτοις, η πρόληψη της κατάχρησης ελεγχόμενων ουσιών και η διασφάλιση της διαθεσιμότητάς τους για νόμιμες χρήσεις είναι συμπληρωματικοί - κι όχι αμοιβαίως αποκλειόμενοι- σκοποί των διεθνών συνθηκών για τον έλεγχο των ναρκωτικών. Ένα αποτελεσματικό καθεστώς ελέγχου ναρκωτικών που συνάδει με το πνεύμα των συνθηκών για τον έλεγχο των ναρκωτικών θα πρέπει, συνεπώς, να επιτυγχάνει την κατάλληλη ισορροπία ανάμεσα στους δύο αυτούς στόχους. Οι αδικαιολόγητοι ρυθμιστικοί περιορισμοί συχνά πηγάζουν από την ανεπαρκή κατανόηση του ζητήματος των ελεγχόμενων ουσιών και της θεραπευτικής τους αξίας εκ μέρους των αρμοδίων για τη χάραξη σχετικής πολιτικής. Επιπροσθέτως, η ανεπαρκής γνώση και ο φόβος της εξάρτησης είναι οι βασικές αιτίες, σε πολλές χώρες, της απροθυμίας των επαγγελματιών υγείας να συνταγογραφήσουν ελεγχόμενες ουσίες.

Για την αντιμετώπιση αυτών των ζητημάτων, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής χρειάζεται να προχωρήσουν ένα βήμα πέραν της απλής χαλάρωσης των ρυθμιστικών

περιορισμών με στόχο τη διαθεσιμότητα: πρέπει να καταρτίσουν και να εφαρμόσουν πολιτικές που θα επιτρέπουν και θα προωθούν την ευρεία κατανόηση της θεραπευτικής χρησιμότητας των ελεγχόμενων ουσιών και της λογικής χρήσης τους. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκπαιδευτούν στη συνταγογράφηση και χορήγηση των ελεγχόμενων ουσιών αλλά θα πρέπει και οι ασθενείς να ενημερωθούν για τα οφέλη και τους κινδύνους της χρήσης ελεγχόμενων ουσιών. Το προσωπικό στον τομέα του ελέγχου ναρκωτικών και επιβολής του νόμου θα πρέπει να ευαισθητοποιηθεί ως προς την ιατρική και επιστημονική αναγκαιότητα των εν λόγω ουσιών. Η προώθηση του διαλόγου ανάμεσα σε όλους αυτούς τους φορείς είναι, επίσης, εξαιρετικά σημαντική για την ενίσχυση της κατανόησης και τη «διάλυση των μύθων» σχετικά με την ιατρική χρήση των ελεγχόμενων ουσιών. Εξάλλου, με το συγκερασμό των ανησυχιών όλων των φορέων που εμπλέκονται στη χρήση των ελεγχόμενων ουσιών οι πολιτικές δύνανται να επιτύχουν τη βέλτιστη ισορροπία ανάμεσα στη διασφάλιση της πρόσβασης και την πρόληψη της κατάχρησης.

Η εξασφάλιση της προσβασιμότητας των ελεγχόμενων φαρμάκων για τους ασθενείς που τα χρειάζονται περισσότερο αποτελεί μια πολύπλευρη πρόκληση. Συνεπώς, απαιτείται μια αντιμετώπιση που εφαρμόζεται σε πολλά μέτωπα και ενέχει τη συμμετοχή και συνεργασία πολλών φορέων της κυβέρνησης και της κοινωνίας. Στη βάση αυτής της αντιμετώπισης πρέπει να βρίσκεται η αποδοχή του αναντικατάστατου ρόλου των ελεγχόμενων ουσιών για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Η αποδοχή αυτή σημαίνει ότι η διασφάλιση της πρόσβασης στις ελεγχόμενες ουσίες θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη δέουσα σημασία στην ατζέντα πολιτικών δημόσιας υγείας της κάθε χώρας. Αυτή η αποδοχή θα πρέπει, επίσης, να βρίσκεται στο επίκεντρο της ισχυρής και σταθερής υποστήριξης που πρέπει να παρέχουν όλες οι κυβερνήσεις στη δύσκολη αποστολή της άρσης των εμποδίων στη διαθεσιμότητα των ελεγχόμενων ουσιών και της προώθησης της λογικής χρήσης τους.

Σύμφωνα με τον Hamid Ghodse, Πρόεδρο του Διεθνούς Συμβουλίου για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (*International Narcotics Control Board / INCB*), η διασφάλιση της επαρκούς διαθεσιμότητας των ελεγχόμενων ουσιών για ιατρικούς και επιστημονικούς σκοπούς είναι ένας από τους στόχους των διεθνών συνθηκών για τον έλεγχο των ναρκωτικών που δεν έχει επιτευχθεί ακόμα σε παγκόσμιο επίπεδο. Το Διεθνές Συμβούλιο για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (*INCB*), ως θεματοφύλακας των διεθνών συνθηκών για τον έλεγχο των ναρκωτικών, έχει παροτρύνει πολλές φορές τις

Κυβερνήσεις να αντιμετωπίσουν με τη δέουσα προσοχή αυτό το στόχο των συνθηκών κατά την κατάρτιση των πολιτικών τους για τον έλεγχο των ναρκωτικών ουσιών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, με την υποστήριξη του Διεθνούς Συμβουλίου για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών, συνέταξε την πρώτη έκδοση αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών πριν από δέκα χρόνια σε μια προσπάθεια να βοηθήσει τις κυβερνήσεις σε αυτήν την αποστολή.

Στις μέρες μας, οι ελεγχόμενες ουσίες εξακολουθούν να είναι σημαντικές στην ανακούφιση του πόνου και της ταλαιπωρίας και, επίσης, έχει αναγνωριστεί ο αναντικατάστατος ρόλος τους στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις πιο εξασθενητικές νόσους και παθήσεις που μαστίζουν τις κοινωνίες μας. Επομένως, τώρα περισσότερο από ποτέ, επιβάλλεται να επιτύχουμε την ισορροπία στις πολιτικές ελεγχόμενων ουσιών έτσι ώστε αυτές να λειτουργούν προς όφελος της προστασίας των κοινωνιών από την εσφαλμένη χρήση των ελεγχόμενων ουσιών, χωρίς όμως να τις αποστερούν από τα τεράστια ιατρικά και επιστημονικά οφέλη τους (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011).

Παρέχονται λοιπόν κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τις πολιτικές και τη νομοθεσία για τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την οικονομική προσιτότητα και τον έλεγχο των φαρμάκων που παρασκευάζονται από ουσίες που διέπονται από τις διεθνείς συμβάσεις περί ελέγχου ναρκωτικών, τα οποία εφεξής αναφέρονται ως «ελεγχόμενα φάρμακα». Το πεδίο εφαρμογής αυτών των οδηγιών περιλαμβάνει «όλα τα ελεγχόμενα φάρμακα», με ιδιαίτερη έμφαση στα βασικά φάρμακα. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα ελεγχόμενα φάρμακα σε διάφορους τομείς της ιατρικής πρακτικής, συμπεριλαμβάνοντας και την αντιμετώπιση του πόνου, της αντιμετώπισης της εξάρτησης από οπιοειδή, της μαιευτικής έκτακτης ανάγκης, της ψυχιατρικής και της νευρολογίας.

Η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα και η οικονομική προσιτότητα των ελεγχόμενων φαρμάκων είναι σημαντικά ζητήματα για όλες τις χώρες, εγείροντας και μία προβληματική για τις περισσότερες από αυτές. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ενθαρρύνει τις κυβερνήσεις, την κοινωνία των πολιτών και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς να καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να εξασφαλίσουν τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα για τη δημόσια υγεία των πολιτικών που σχετίζονται με αυτά τα φάρμακα. Επιπλέον, θεωρεί ότι ο αντίκτυπος στη δημόσια υγεία είναι μέγιστος -ή ακόμη και «ισορροπημένος»- όταν επιτυγχάνεται η βέλτιστη

ισορροπία ανάμεσα στη μεγιστοποίηση της πρόσβασης για λογική ιατρική χρήση και την ελαχιστοποίηση της κατάχρησης ουσιών. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής, η ακαδημαϊκή κοινότητα, η κοινωνία των πολιτών και άλλοι φορείς με αντικείμενο εργασίας ή ενδιαφέροντος τον έλεγχο των ναρκωτικών ή τη δημόσια υγεία, μπορούν δυνητικά να εργαστούν με αυτές τις κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να διασφαλίσουν τη βελτίωση της χρήσης των ελεγχόμενων φαρμάκων και ότι περισσότεροι ασθενείς ωφελούνται από τα πλεονεκτήματα που μπορεί να προσφέρει η λογική χρήση τους.

Όλες οι χώρες επίσης έχουν μια διττή υποχρέωση όσον αφορά αυτά τα φάρμακα, εξετάζοντας το ζήτημα από νομική, πολιτική άποψη αλλά επίσης κι από την άποψη της δημόσιας υγείας και της ηθικής. Η διττή υποχρέωση έγκειται στην εξασφάλιση της διαθεσιμότητας αυτών των ουσιών για ιατρικούς σκοπούς και την προστασία των πολιτών ενάντια στην εξάρτηση και την κατάχρηση. Θα πρέπει λοιπόν να επιδιώκεται από τις χώρες μια πολιτική που επιτυγχάνει και τους δύο στόχους: με άλλα λόγια, μια «ισορροπημένη πολιτική». Η νομική βάση που βρίσκεται στον πυρήνα αυτής της υποχρέωσης απορρέει από τις διεθνείς συμβάσεις για τον έλεγχο των ναρκωτικών. Οι νομικές αρχές που διέπουν την εθνική υποχρέωση διασφάλισης της διαθεσιμότητας για ιατρικούς σκοπούς εκφράζονται, επίσης, σε διάφορες νομικές πράξεις που αφορούν το διεθνές δικαίωμα στην υγεία. Τα πολιτικά ερείσματα βρίσκονται σε αρκετούς Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας, οι οποίοι δεν είναι δυνατόν να επιτευχθούν χωρίς τα ελεγχόμενα φάρμακα.

Υπάρχουν άλλωστε και πολλά κοινωνικά οφέλη, από την άποψη της δημόσιας υγείας, μεταξύ των οποίων η εξοικονόμηση δαπανών και η μείωση της μετάδοσης λοιμωδών νόσων. Προφανώς, οι κυβερνήσεις έχουν την ηθική υποχρέωση να ενεργούν έτσι ώστε οι πολίτες τους να μην υποφέρουν και να μην πεθαίνουν, εάν αυτό δύναται να αποφευχθεί με οποιονδήποτε τρόπο. Ωστόσο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά πως εξαιτίας της έλλειψης πρόσβασης στα ελεγχόμενα φάρμακα κάθε χρόνο δεκάδες εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από ασθένειες, μέτριο έως σοβαρό πόνο και, τελικά, πεθαίνουν.

Μεταξύ αυτών:

- Ένα εκατομμύριο (1.000.000) ασθενείς με HIV/AIDS τελικού σταδίου.
- Πέντε εκατομμύρια πεντακόσιες χιλιάδες (5.500.000) ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου.

- Οκτακόσιες χιλιάδες (800.000) ασθενείς που υποφέρουν από τραυματισμούς λόγω ατυχήματος ή άσκησης βίας.
- Ασθενείς με χρόνιες νόσους.
- Ασθενείς που αναρρώνουν από χειρουργική επέμβαση.
- Επίτοκες γυναίκες – εκατόν δέκα εκατομμύρια (110.000.000) γεννήσεις κάθε χρόνο.
- Παιδιατρικοί ασθενείς.
- Εκατόν τριάντα χιλιάδες (130.000) αποτρέψιμες νέες λοιμώξεις από τον ιό του HIV και ένας άγνωστος αριθμός άλλων αιματογενώς μεταδιδόμενων λοιμώξεων.
- Εβδομήντα πέντε χιλιάδες (75.000) γυναίκες που καταλήγουν κατά τη διάρκεια του τοκετού (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2011).

Από το 1986 και έπειτα, η συνολική παγκόσμια κατανάλωση μορφίνης αυξήθηκε σημαντικά, αλλά αυτή η αύξηση σημειώθηκε μόνο σε έναν περιορισμένο αριθμό βιομηχανοποιημένων χωρών. Το 80% περίπου του παγκόσμιου πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση στη μορφίνη για την ανακούφιση του πόνου. Όσον αφορά τη φαρμακευτική θεραπεία του συνδρόμου εξάρτησης, σχετικές λειτουργικές υπηρεσίες διαθέτουν μόνο εβδομήντα (70) χώρες ενώ παγκοσμίως μόλις το 8% των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών λαμβάνουν αυτήν τη θεραπεία.

Η αδυναμία διαθεσιμότητας, προσβασιμότητας αλλά και οικονομικής προσέγγισης των ελεγχόμενων φαρμάκων οφείλεται σε μια σειρά από λόγους, μεταξύ των οποίων είναι ζητήματα νομοθεσίας και πολιτικών, καθώς επίσης η έλλειψη γνώσης και κοινωνικής συνείδησης, όσον αφορά πάντοτε στις οικονομικές πτυχές του θέματος.

Ως εκ τούτου, οι κυβερνήσεις θα πρέπει να εργαστούν με προσήλωση σε όλες αυτές τις πτυχές, ώστε να καταστήσουν τα ελεγχόμενα φάρμακα διαθέσιμα, προσβάσιμα και οικονομικώς προσιτά. Σε αυτό το έγγραφο παρατίθενται είκοσι μία (21) κατευθυντήριες οδηγίες που βοηθούν στη διαδικασία βελτίωσης της διαθεσιμότητας, προσβασιμότητας και οικονομικής προσιτότητας των ελεγχόμενων φαρμάκων από πλευράς πολιτικής. Αυτές οι οδηγίες σχετίζονται με επτά (7) πτυχές πολιτικής και νομοθεσίας, όπως είναι το περιεχόμενο της νομοθεσίας και των πολιτικών για τον έλεγχο των ναρκωτικών, τις αρχές και τον ρόλο τους στο σύστημα, τον σχεδιασμό πολιτικών για τη διαθεσιμότητα και την προσβασιμότητα, τους επαγγελματίες υγείας, τις εκτιμήσεις και τα στατιστικά στοιχεία, την προμήθεια, όπως επίσης και για άλλες

πτυχές. Για κάθε κατευθυντήρια οδηγία εξάλλου παρέχεται τόσο επεξήγηση, όσο και αιτιολόγηση της αντίστοιχης οδηγίας.

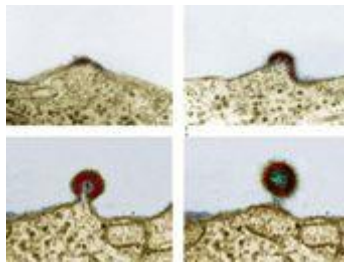
Περιλαμβάνεται επίσης ένας Κατάλογος σημείων ελέγχου για την αξιολόγηση της χώρας. Με τη βοήθεια του Καταλόγου αυτού παρέχεται στους χρήστες η δυνατότητα να ελέγξουν τον βαθμό στον οποίο τηρούνται αυτές οι κατευθυντήριες οδηγίες σε μια συγκεκριμένη χώρα. Οι κατευθυντήριες οδηγίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν από κυβερνήσεις, επαγγελματίες υγείας και άλλους ενδιαφερόμενους ως ένα εργαλείο αξιολόγησης εθνικών πολιτικών και νόμων, παρέχοντας τη βάση για την κατάρτιση νέων ή τη βελτίωση των ήδη υπάρχοντων πολιτικών και νόμων. Υπάρχει η δυνατότητα να χρησιμοποιηθούν κι ως εκπαιδευτικό εργαλείο για την ενημέρωση των ενδιαφερόμενων φορέων όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των εθνικών πολιτικών και των νόμων περί ελέγχου ναρκωτικών και της διαθεσιμότητας και προσβασιμότητας των ελεγχόμενων φαρμάκων. Οι χώρες που επιθυμούν να καταρτίσουν νέες πολιτικές σε αυτόν τον τομέα ή να βελτιώσουν τις ήδη υπάρχουσες μπορούν επίσης να συμβουλευτούν το Πρόγραμμα Πρόσβασης στα Ελεγχόμενα Φάρμακα (*Access to Controlled Medications Programme / ACMP*) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα αναπτύχθηκε από κοινού από το Διεθνές Συμβούλιο για τον Έλεγχο των Ναρκωτικών (INCB) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ενώ τη λειτουργία του συγκεκριμένου προγράμματος έχει αναλάβει ο ίδιος ο Οργανισμός.

Κατά συνέπεια, η χρήση αυτών των κατευθυντήριων οδηγιών και του καταλόγου στον οποίο εμπεριέχονται σημεία ελέγχου για την αξιολόγηση μιας χώρας, προσφέρουν στις κυβερνήσεις τη δυνατότητα συστηματικού εντοπισμού κι αξιολόγησης των εμποδίων στις πολιτικές, ενώ παράλληλα και τις βοηθά ώστε να προχωρήσουν σταδιακά προς ένα καθεστώς κατά το οποίο τα ελεγχόμενα φάρμακα θα είναι άμεσα διαθέσιμα και προσβάσιμα. Περιλαμβάνεται μάλιστα κι αναθεωρημένη έκδοση της σχετικής δημοσίευσης με θέμα: “*Ναρκοτικές και ψυχοτρόπες ουσίες: επίτευξη ισορροπίας στις εθνικές πολιτικές για τον έλεγχο των οπιοειδών:κατευθυντήριες οδηγίες αξιολόγησης*” (WHO/EDM/QSM, 2000). Το συγκεκριμένο έγγραφο φέρει μάλιστα και τον ακόλουθο χαρακτηριστικό και λεπτομερή τίτλο: “*Διασφάλιση της ισορροπίας των εθνικών πολιτικών σχετικά με τις ελεγχόμενες ουσίες: Οδηγίες για τη Διαθεσιμότητα και Προσβασιμότητα των Ελεγχόμενων Φαρμάκων*”. Στο έγγραφο περιέχονται και κατευθυντήριες οδηγίες

σχετικά με τις πολιτικές και τη νομοθεσία για τη διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα, οικονομική προσιτότητα και τον έλεγχο των φαρμάκων που παρασκευάζονται από ουσίες που διέπονται από τις διεθνείς συμβάσεις περί ελέγχου ναρκωτικών, τα οποία εφεξής αναφέρονται ως «ελεγχόμενα φάρμακα». Το πεδίο εφαρμογής αυτών των οδηγιών περικλείει «όλα τα ελεγχόμενα φάρμακα», με ιδιαίτερη έμφαση στα βασικά φάρμακα.

Τα ελεγχόμενα φάρμακα παίζουν σημαντικό ρόλο σε διάφορους τομείς της ιατρικής πρακτικής. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει εκτός των άλλων και τους ακόλουθους τομείς:

- i). της αντιμετώπισης του πόνου,
- ii). της αντιμετώπισης της εξάρτησης από οπιοειδή,
- iii). της μαιευτικής έκτακτης ανάγκης,
- iv). της ψυχιατρικής και
- v). της νευρολογίας.



AIDS Virus: Photograph by Eye of Science/Photo Researchers, Inc.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπάρχει μια σταθερή αύξηση των κρουσμάτων του AIDS. Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης παραμένει η πρόληψη. Η έγκαιρη διάγνωση δίνει την ευκαιρία καταπολέμησης της νόσου. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πολλά κείμενα των Διεθνών Οργανισμών, συμπεριλαμβανομένων της Παγκόσμιας Τράπεζας, των Ηνωμένων Εθνών, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκή Ένωση, παρέχουν οδηγίες και κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση της επιδημίας του AIDS και καθορίζουν το πλαίσιο προστασίας των δικαιωμάτων των προσώπων που προσβάλλονται από τον ιό (UNAIDS/WHO, 2004). Ενδεικτικά, αναφέρονται και ορισμένα από τα σημεία της διακηρυκτικής δέσμευσης για το HIV-AIDS/AIDS με τον

τίτλο: “Παγκόσμια κρίση-Παγκόσμια δράση” υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών που αποτελεί μεταξύ άλλων κι ένα από τα πλέον σημαντικά διεθνή κείμενα.

Ειδικότερα, επισημαίνεται ότι:

- 1). Έχει ιδιαίτερη σημασία για την καταπολέμηση της νόσου η μείωση του στιγματισμού και των διακρίσεων, η πλήρης προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και η τήρηση της εμπιστευτικότητας και της πλήρους ενημέρωσης σχετικά με τη νόσο.
- 2). Μεγάλη σημασία έχει επίσης η πρόσβαση σε φροντίδα χωρίς διακρίσεις, η ισότιμη πρόσβαση σε φαρμακευτική αγωγή και η ενδυνάμωση της θέσης των γυναικών σε περιοχές που πλήττονται ιδιαίτερα.
- 3). Πρέπει να καταπολεμηθούν οι οικονομικοί, νομικοί, πολιτικοί και άλλοι παράγοντες που παίζουν αρνητικό ρόλο στην προσπάθεια της ευαισθητοποίησης, της ενημέρωσης, της πρόληψης, της περίθαλψης, της θεραπείας και της στήριξης.
- 4). Οι συμπράξεις των κυβερνήσεων, των ιατρικών, των επιστημονικών και εκπαιδευτικών θεσμών, των επιχειρηματιών και των ατόμων που ζουν με HIV-AIDS/AIDS, μέσω Μή-Κυβερνητικών Οργανώσεων, παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και θεραπεία της νόσου.
- 5). Οι πόροι που αφιερώνονται στην καταπολέμηση της νόσου, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, δεν αντιστοιχούν στο μέγεθος του προβλήματος και θα πρέπει να αυξηθούν (UNAIDS/WHO, 2007).

Μέσα στα επόμενα 25 χρόνια το AIDS θα γίνει η τρίτη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο ενώ σήμερα ήδη είναι η τέταρτη αιτία θανάτου. Κατ’ αντιστοιχία, και οι ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο χρειάζεται να ξέρουν ό,τι αφορά την εξέλιξη της ασθένειάς τους με ψυχολογική υποστήριξη. Στον τομέα της ψυχολογικής υποστήριξης υστερούν τα ελληνικά νοσηλευτικά κέντρα και το κενό αυτό προσπαθούν να καλύψουν οι διάφοροι σύλλογοι σχετικά με τους καρκινοπαθείς. Οι ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή ξεκινούν από την ανησυχία της ασθένειας και τη μελλοντική τους κατάσταση σε σχέση με τη ασθένεια και την οικογένεια τους. Είναι πιθανό, πολλές φορές, να εμφανιστούν διάφορα συναισθήματα, χαρακτηριστικά της πορείας: άρνηση του γεγονότος, θυμός για το γεγονός, ιατρική διαπραγματεύση, κατάθλιψη και εν τέλει αποδοχή. Το τελευταίο αυτό στάδιο, η αποδοχή, δεν παρατηρείται σε όλες τις περιπτώσεις καθώς υπάρχουν ασθενείς ευαίσθητοι που δεν μπορούν να δεχτούν την αλήθεια. Άλλωστε, δεν είναι πάντα εύκολο να είναι κάποιος

δυνατός σε συνθήκες οδύνης και φόβου. Η αλήθεια προκύπτει ευκολότερα σε περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει σωστή επικοινωνία μεταξύ του γιατρού, του ασθενή και της οικογένειας αλλά και αμοιβαία εμπιστοσύνη, συντροφικότητα, ελπίδα, κατανόηση και αγάπη.

Η ηθική και λογική υπεροχή των προληπτικών μέτρων που αναφέρονται τόσο στη δημόσια όσο και στην ατομική υγεία, σε αντιπαράβολή με την αποκατάσταση και τη θεραπεία, τεκμηριώνονται από τη διεθνή βιβλιογραφία. Παρά το γεγονός πως η λήψη προληπτικών μέτρων στη θεωρία φαίνεται σχετικά εύκολη, μέχρι τώρα στην πράξη έχει καταστεί εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση. Μερικοί από τους παράγοντες που προκαλούν νόσους και ατυχήματα και που ευθύνονται για το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στις δυτικές και άλλες υπό ανάπτυξη κοινωνίες είναι το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη άσκησης, το άγχος, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες, η παχυσαρκία καθώς και η έλλειψη μέτρων ασφαλείας κατά την οδήγηση. Είναι γνωστό, σήμερα, πως οι προαναφερθέντες παράγοντες ευθύνονται για την εμφάνιση καρκίνου, καρδιαγγειακών και άλλων χρόνιων νοσημάτων, για αναπηρία και εν γένει για την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Παρά τη γνώση αυτών των συνεπειών, λίγοι είναι οι άνθρωποι που λαμβάνουν ενεργό ρόλο στην προάσπιση και διατήρηση της υγείας τους. Αυτό κυρίως συμβαίνει γιατί η γνώση που σχετίζεται με θέματα υγείας δε «μεταφράζεται» πάντοτε σε αντίστοιχη συμπεριφορά και στάσεις εκ μέρους του πληθυσμού που να προασπίζουν και να βελτιώνουν την υγεία. Εξάλλου, εκτός των αλλαγών που θα πρέπει να γίνουν –πρωτίστως σε ατομικό επίπεδο- θα πρέπει να ληφθούν και να εφαρμοστούν μέτρα Δημόσιας Υγείας σε ευρύτερη κλίμακα. Η λήψη και εφαρμογή των μέτρων για τη Δημόσια Υγεία γίνεται αντιληπτό στην περίπτωση των εμβολιασμών. Πρόκειται για ένα μέτρο του οποίου η συνεισφορά και η αποτελεσματικότητα είναι αποδεδειγμένη όσο αφορά στη βελτίωση του γενικού επιπέδου της υγείας του πληθυσμού.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι: το εισόδημα, η οικονομική ευημερία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η συχνότητα φροντίδας της υγείας, η εργασία, ο ελεύθερος χρόνος, η οικογενειακή στήριξη, η ποιότητα στέγασης, η ποιότητα της διατροφής και η χρήση εθιστικών ουσιών. Φυσικά, η καλή ποιότητα υγείας του συνολικού πληθυσμού είναι κύριο προαπαιτούμενο για την ευημερία του αλλά και για τη διαθεσιμότητα του παραγωγικού/εργατικού δυναμικού και αντίστροφα. Η

αλληλεξάρτηση άλλωστε μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και υγείας έχει ήδη σε πολλές περιπτώσεις ιστορικά διαπιστωθεί (Maynard D.W., 1991).

Εκτός των άλλων, όπως χαρακτηριστικά ανέφερε η Dr. Gro Harlem Brundtland στην ομιλία της για την 50η Επέτειο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο Παρίσι (1998): *«η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά τη φτώχεια. Στις περιπτώσεις που εμφανίζεται δομική φτώχεια και χαμηλό επίπεδο υγείας θα υπάρχει επίσης χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης και χαμηλό επίπεδο ανθρωπίνων δικαιωμάτων»* (Karski J., 2000). Εξάλλου, ο Σ. Δοξιάδης, χρόνια πριν, δήλωνε: *«οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο»* (Δοξιάδης 1997).

Επομένως, δεν υπάρχει υπηρεσία υγείας η οποία να μπορέσει να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες και να αντιμετωπίσει τα σύγχρονα προβλήματα εάν προηγουμένως δεν αναγνωριστεί η σημασία των κοινωνικών συνθηκών των οικονομικά ασθενών πολιτών, κι αν δεν βελτιωθεί η ζωή τους. Επιπροσθέτως, τα προγράμματα και τα μέτρα για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να είναι στο πρώτο πλάνο οποιασδήποτε εθνικής στρατηγικής στον τομέα της υγείας. Επιπροσθέτως, οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν στο επίκεντρό τους τον άνθρωπο, ανεξαρτήτως οργανωμένων, συγκρουόμενων ή επενδυμένων συμφερόντων.

Σκοπός λοιπόν των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι η βελτίωση και η προαγωγή της υγείας των πολιτών, παρέχοντας τις απαραίτητες πληροφορίες και ενδυναμώνοντάς τους ώστε να παραμείνουν υγιείς, παρέχοντας τη δυνατότητα της καλύτερης δυνατής χρήσης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι επιπλέον να χαράζουν στρατηγική, με τη λήψη προληπτικών μέτρων και την εφαρμογή νομοθεσίας. Η στρατηγική θα πρέπει να εφαρμοστεί προκειμένου να διασφαλιστεί το μέγιστο επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού.

Κατά συνέπεια, κρίνεται αναγκαίο να προσανατολιστούν τα συστήματα Δημόσιας Υγείας στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής. Αυτό θα επιτευχθεί με την κινητοποίηση όλων των μέσων για την εξουδετέρωση των κινδύνων που απειλούν την υγεία και για την εξάλειψη των γενικότερων επιπτώσεων που απορρέουν από τις βλάβες της. Προϋποθέτει έναν

ολοκληρωμένο σχεδιασμό μίας Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας που θα στοχεύει σε συγκεκριμένες επιδιώξεις. Οι επιδιώξεις της Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας θα προγραμματίζονται, θα ελέγχονται για την εφαρμογή τους και θα αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.

Σύμφωνα άλλωστε και με την περιγραφή που δίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως Ηθική ορίζεται ένα πεδίο της φιλοσοφίας που ασχολείται με τη διάρθρωση των ηθικών αξιών και των κανόνων, με στόχο την ανάληψη δράσης, καθώς επίσης με την ανάλυση και την επίλυση των αντιθέσεων / διενέξεων μεταξύ αυτών των αξιών και κανόνων. Ως Βιοηθική ορίζεται η μελέτη της Ηθικής, σύμφωνα με κοινωνικά, νομικά, φιλοσοφικά κι άλλα συναφή θέματα που προκύπτουν στον τομέα της υγείας, όπως επίσης και οι βιολογικές επιστήμες. Οι ακόλουθες τέσσερις (4) αρχές, που περιγράφονται από τον ίδιο τον Π.Ο.Υ., είναι ευρέως αποδεκτές ως φιλοσοφικά δόγματα της βιοηθικής (WHO, 2001):

- Δικαιοσύνη: αφορά στη θεραπεία προσώπων ή κοινωνικών ομάδων και τη διανομή των ωφελειών και επιβαρύνσεων της υγειονομικής περίθαλψης όσο πιο δίκαια γίνεται στα πλαίσια της κοινωνίας των πολιτών.
- Αυτονομία: έγκειται στο σεβασμό της αυτοδιάθεσης των ατόμων και την προστασία εκείνων ατόμων με μειωμένη αυτονομία (όπως επί παραδείγματι τα ΑμΕΑ).
- Ευποιΐα: να δοθεί προτεραιότητα στην ευημερία των ατόμων και να μεγιστοποιούνται τα οφέλη όσον αφορά την υγεία τους.
- Μη-βλάβη: αποφυγή και πρόληψη της οιασδήποτε βλάβης (ή τουλάχιστον ελαχιστοποίησή της) που μπορεί να προκληθεί σε φυσικά πρόσωπα (WHO, 2006).

Υπάρχουν, ωστόσο, πολλές άλλες σημαντικές αρχές σε θέματα βιοηθικής, ειδικότερα σε σχέση με τη γενετική. Οι κυριότερες εξ αυτών σχετίζονται άμεσα με τις ηθικές αρχές της αμοιβαιότητας, της αλληλεγγύης μεταξύ των πολιτών και της καθολικότητας (Knoppers B.M., & Chadwick R., 2005).

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Αντιμετώπιση των Ασθενειών



Συνεδρίαση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη Γενεύη

Ο συνολικός προϋπολογισμός (budget) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που υπολογίζεται ότι διατέθηκε κατά τη χρονική περίοδο 2006-2007 για την αντιμετώπιση και την πρόληψη ποικίλων ασθενειών παγκοσμίως, ανερχόταν στα τρία δισεκατομμύρια τριακόσια εκατομμύρια (3.300.000.000) δολάρια. Από αυτά τα χρήματα, μόλις το 1/4 προερχόταν από τα τακτικά έσοδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ τα υπόλοιπα ήταν αποτέλεσμα κυρίως των δωρεών όλων των χωρών του κόσμου, των συνεργατών αλλά και επιχειρηματιών που χρηματοδοτούσαν αυτές τις προσπάθειες. Παραδοσιακά, η βασική πηγή δωρεών προς τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας προέρχεται από τα μέλη του, που όπως ειπώθηκε και πριν είναι γιατροί και επιχειρηματίες. Οι υπόλοιπες δωρεές προέρχονται από μη κυβερνητικές οργανώσεις, από τοπικές κυβερνήσεις και ινστιτούτα, από τον ιδιωτικό τομέα, από χορηγίες, από παροχές και άλλες πηγές.

Φυσικά, τα χρήματα που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την αντιμετώπιση όλων των ασθενειών, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, αλλά και παγκοσμίως, είναι αποτέλεσμα μιας διετούς μελέτης των αναγκών όλων αυτών των χωρών. Συγκεκριμένα, το 75% των πόρων που συλλέγονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας διατίθεται για την αντιμετώπιση θανατηφόρων ασθενειών, όπως είναι το AIDS, η ελονοσία, η φυματίωση, ο καρκίνος κ.α. Το υπόλοιπο ποσοστό (που ανέρχεται στο 25%) χρησιμοποιείται για την πρόληψη αλλά και θεραπεία άλλων λιγότερων «επικίνδυνων ασθενειών», όπως είναι η μείωση του καπνίσματος, η υγιεινή διατροφή, η καταπολέμηση της βίας, η προστασία του περιβάλλοντος, η επικοινωνία προς τον κόσμο των μέτρων που θα πρέπει να λαμβάνει προκειμένου για την προστασία του (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008).

Η υγεία είναι εξάλλου ένα καθημερινό διακύβευμα για χιλιάδες ανθρώπους σε όλο τον πλανήτη λόγω του γεγονότος ότι κανένας άνθρωπος δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσει μια υγιεινή διατροφή για τον ίδιο και για τα παιδιά του καθώς τα αποθέματα σε νερό όλο και λιγοστεύουν, το φαγητό γίνεται ολοένα και πιο συνθετικό με χημικά και με άλλες επιβλαβείς ουσίες, η ασφάλεια ζωής τίθεται σε κίνδυνο ολοένα και περισσότερο λόγω των συχνών αναταραχών μεταξύ φιλοπόλεμων λαών που υποκινούνται από οικονομικά και από άλλου είδους συμφέροντα, ενώ η πρόληψη και η αντιμετώπιση μεταδιδόμενων ασθενειών και άλλων επιδημιών γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη, κυρίως στις τριτοκοσμικές χώρες, όπου η ενημέρωση είναι περιορισμένη.

Ο ρόλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπήρξε όχι μόνον ιστορικά αλλά και σήμερα ιδιαίτερα σημαντικός για την πρόληψη και την εξάλειψη επικίνδυνων και πολύ συχνά θανατηφόρων ασθενειών. Η συμβολή του είναι πολύ σημαντική στην αντιμετώπιση της ελονοσίας, της ηπατίτιδας, του AIDS, του κίτρινου πυρετού, του καρκίνου αλλά και των ναρκωτικών. Ταυτόχρονα, η μέριμνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας εστιάζεται και σε άλλες λιγότερο «επιβλαβείς» συμπεριφορές, όπως είναι το κάπνισμα, η υγιεινή διατροφή, η καταπολέμηση της βίας, η προστασία του περιβάλλοντος και η επικοινωνία και κοινοποίηση των μέτρων που θα πρέπει να λαμβάνονται προκειμένου για την προστασία των πολιτών. Όλα τα παραπάνω έχουν ήδη βοηθήσει κι έχουν ήδη βελτιώσει την ποιότητα ζωής των περισσότερων χωρών του κόσμου, ιδιαίτερα των τριτοκοσμικών λαών που έχουν και την μεγαλύτερη ανάγκη για κάτι τέτοιο.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Παιδική θνησιμότητα



Δύο ανθρωπιστικές υπηρεσίες του ΟΗΕ, και συγκεκριμένα το Πρόγραμμα Δράσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και το Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (που υπάγεται UNICEF), θέσπισαν ένα νέο πρόγραμμα που στόχο θα έχει να εξαλείψει σχεδόν ως το 2025 την παιδική θνησιμότητα, για παιδιά ηλικίας κάτω των πέντε (5) ετών. Τα υψηλότερα ποσοστά της παιδικής θνησιμότητας οφείλονται κυρίως σε ασθένειες. Δύο από τις πιο θανατηφόρες νόσους σε παγκόσμια κλίμακα είναι η σοβαρή πνευμονία και η διάρροια,. Συγκεκριμένα, πνευμονία και διάρροια ευθύνονται για το 29% των θανάτων παιδιών ηλικίας κάτω των πέντε (5) ετών. Κάθε χρόνο υπολογίζεται πως πεθαίνουν από τις δυο αυτές ασθένειες περίπου δύο εκατομμύρια (2.000.000) παιδιά αυτής της ηλικίας (WHO, 2002).

Ωστόσο, οι λύσεις για την καταπολέμηση της πνευμονίας και της διάρροιας δεν απαιτούν νέες επιστημονικές ανακαλύψεις, εκτιμούν ειδικοί του Π.Ο.Υ και της UNICEF. Και τούτο διότι η παιδική θνησιμότητα οφείλεται πρωτίστως στο γεγονός ότι αφενός μεν οι υπηρεσίες δεν παρέχονται συστηματικά κι αφετέρου τα πιο εκτεθειμένα παιδιά δεν ευνοούνται από αυτές (UNICEF, 2002).

Το Πρόγραμμα Δράσης του ΟΗΕ παρέχει έναν "οδικό χάρτη" στις κυβερνήσεις και τους εταίρους τους για να σχεδιάσουν και να εφαρμόσουν ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για την πρόληψη και την καταπολέμηση των δυο ασθενειών, προκειμένου να υπάρξει καλύτερος συντονισμός των προσπαθειών. Το Πρόγραμμα θέτει πολλούς στόχους για να επιτευχθεί η σχεδόν εξάλειψη της παιδικής θνησιμότητας από τις δυο ασθένειες αυτές. Έτσι, το 90% των παιδιών θα έχουν πρόσβαση ως το 2025 σε θεραπεία με αντιβιοτικά για την πνευμονία και σε θεραπεία με τη λήψη από το στόμα αλάτων ενυδάτωσης για τη διάρροια, ενώ τα αντίστοιχα σημερινά ποσοστά είναι 31% και 35%. Εξάλλου, εμπειρογνώμονες του ΟΗΕ ζητούν

τα μισά από τα βρέφη κάτω των έξι (6) μηνών να θηλάζουν αποκλειστικά έναντι του 39% που θηλάζει σήμερα.

Οι εμπειρογνώμονες επίσης του ΟΗΕ ελπίζουν ότι όλα τα παιδιά θα έχουν πρόσβαση σε βελτιωμένες εγκαταστάσεις υγιεινής και σε καθαρό πόσιμο νερό έναντι του 63% και του 89% αντίστοιχα σήμερα. Σήμερα, περίπου το 90% των θανάτων παιδιών, που οφείλονται στη διάρροια και την πνευμονία, σημειώνονται στην υποσαχάρια Αφρική και στη νότια Ασία (Lancet, 2003).

Η Συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Προαγωγή της Υγείας



Το 1986, σε διεθνή διάσκεψη που πραγματοποιήθηκε στην Οτάβα, Οντάριο, του Καναδά, υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και με την ιδιαίτερη προσωπική δέσμευση του τότε Γενικού Διευθυντή του Οργανισμού Halfdan Mahler, υιοθετήθηκε ένα νέο ευρύ καταστατικό με στόχο την κατανόηση της σημασίας και την προαγωγή της Υγείας (WHO, 1986). Ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας έχει ασκήσει πλέον σημαντική επιρροή, τόσο άμεσα όσο και έμμεσα, για τη δημόσια συζήτηση σχετικά με την υγεία, για την χάραξη της πολιτικής στον τομέα της υγείας, καθώς επίσης με τις πρακτικές προαγωγής της υγείας σε πολλές χώρες (Kickbusch I., 2002). Η έμπρακτη εφαρμογή αυτού του εγγράφου είχε ως αιχμή του δόρατος το Ευρωπαϊκό Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κι αναπτύχθηκε μετά από μία περίοδο πέντε (5) ετών εντατικής έρευνας και συζήτησης. Βασίστηκε στη φιλοσοφία του Οργανισμού “Υγεία για Όλους” (WHO, 1984), τη Διακήρυξη της Alma Ata (WHO, 1978), και το νέο σχεδιασμό στον τομέα της υγείας (Lalonde M., 1974).

Η Χάρτα της Οτάβα υπήρξε μάλιστα και το έναυσμα για τον επαναπροσδιορισμό και την εκ νέου στοχοθεσία όχι μόνον των θεσμών, αλλά και των επιστημονικών κοινοτήτων, ακόμη και των φορέων εκείνων που σχετίζονται με το “υγιές” τέλος των ασθενών. Επαναπροσδιόρισε τέλος την προοπτική του συνεχούς ασθένειας - υγείας, μια προοπτική που είχε επισημανθεί ως “*salutogenic*” προσέγγιση και αφορούσε τη στάση του ατόμου / ασθενούς απέναντι στο θάνατο (Antonovsky A., 1987).

Στα πλαίσια του στρατηγικού του σχεδιασμού ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έθεσε το θέμα της υγείας στο επίκεντρο της αναπτυξιακής του πολιτικής και καθόρισε τους στόχους της πολιτικής στον τομέα της υγείας με σκοπό την προαγωγή και

δημιουργία ευκαιριών σε όλους τους ανθρώπους για την κοινωνική και οικονομική τους ανάπτυξη. Και τούτο θα μπορούσε να επιτευχθεί μόνον εφόσον οι κυβερνώντες λάμβαναν μέτρα για την υγεία του πληθυσμού και όχι απλώς και μόνον για τις υπηρεσίες που παρείχαν στον τομέα της υγείας. Ήδη από το 1985 είχε καταστεί σαφές πως το σκηνικό ήταν έτοιμο για μία νέα εξέλιξη στον τομέα της δημόσιας υγείας (Breslow L., 1985).

Η παραδοσιακή αντίληψη της υγείας, η οποία αναπτύχθηκε προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και κυριάρχησε στο μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα, βασίστηκε στις καινοτομίες της βιοϊατρικής και ειδικά της μικροβιολογίας, γεγονός που οδήγησε στην αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, βασιζόμενη κυρίως στα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Το ανθρώπινο σώμα θεωρήθηκε ως “μηχανή”, η απουσία της αρρώστιας ταυτίστηκε με την υγεία και η ιατρική θεωρήθηκε θεματοφύλακας της υγείας. Το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο της υγείας διαμορφώθηκε από την επικράτηση αυτής της ιατροκεντρικής αντίληψης. Αυτή η αντίληψη σήμερα όμως έχει αμφισβητηθεί από την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, η οποία αδυνατεί να θεραπεύσει αποτελεσματικά μείζονα νοσήματα της εποχής, όπως για παράδειγμα τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το AIDS ή τον καρκίνο παρ’ όλες τις υψηλές δαπάνες.

Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχουν τεθεί στο κέντρο του ενδιαφέροντος και αποτελούν τον πυρήνα ενός νέου υπό διαμόρφωση βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. Σε αυτήν την κατεύθυνση βρίσκεται ο ορισμός της υγείας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σύμφωνα με τον οποίο "υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας". Βάσει αυτού του ορισμού αναγνωρίζονται δύο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται επίσης η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική, σε ό,τι αφορά την ευεξία. Η έννοια της ευεξίας αποτελεί τη βάση της έννοιας της θετικής υγείας. Η Προαγωγή της Υγείας, σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Οτάβα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, είναι η διαδικασία μέσα από την οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Απορρέει η άποψη αυτή από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει το άτομο να

μπορεί αφενός να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του, κι αφετέρου να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται στο περιβάλλον.

Συνεπώς, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι συνεπώς μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες. Δηλαδή, η έννοια της θετικής υγείας αντανακλά την κατάσταση που αποκαλείται “ενδυνάμωση” (empowerment).

Ενδυνάμωση είναι η διαδικασία που καθιστά το άτομο ικανό να αποκτήσει τον έλεγχο των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία και τη ζωή του. Η ενδυνάμωση συνδέεται με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας, δηλαδή με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, του αυτοπροσδιορισμού και της αυτοεκτίμησης. Αυτή η αντίληψη της θετικής υγείας παραπέμπει στην έννοια της ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, αφού χωρίς την ψυχική ισορροπία και το κατάλληλο υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η ενδυνάμωση του ατόμου. Η κοινωνική ευεξία δεν κατοχυρώνεται μόνον από τη δυνατότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις προκλήσεις του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Κατοχυρώνεται επίσης από τις υπάρχουσες κοινωνικές δομές και το ρόλο που αυτές διαδραματίζουν στην προστασία στήριξη και τη του ατόμου καθώς και από τις δυνατότητες που παρέχουν για την προσωπική του ολοκλήρωση και ευτυχία.

Ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας (WHO, 1986) ανέπτυξε περαιτέρω τις αρχές αυτές τονίζοντας ιδιαίτερα τις παρακάτω επιμέρους στρατηγικές ως αναγκαίες και με προτεραιότητα:

- Οικοδόμηση δημόσιας πολιτικής που υποστηρίζει την υγεία: θέματα υγείας αφορούν όλους τους τομείς κυβερνητικών και μη-κυβερνητικών δράσεων κι όχι μόνον τον τομέα της υγείας.
- Πολιτικές που προάγουν την υγεία είναι απαραίτητες με στόχο οι υγιείς επιλογές να είναι εύκολες επιλογές.
- Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος: η υγεία έχει άμεση σχέση με τη φύση και το περιβάλλον. Η παρατηρούμενη στις μέρες μας υπερεκμετάλλευση των φυσικών πόρων οδηγεί κοινωνικά προβλήματα και κακή υγεία. Δεν είναι δυνατός ο διαχωρισμός της υγείας από τον τρόπο ζωής, από την εργασία και την αναψυχή.

- Ενίσχυση κοινοτικής δράσης: η προαγωγή της υγείας βασίζεται στη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας. Θα πρέπει να μάθουν οι επαγγελματίες υγείας νέους τρόπους εργασίας μαζί με τα άτομα και τις κοινότητες κι όχι για τα άτομα και τις κοινότητες.
- Ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων: η προαγωγή της υγείας υποστηρίζει την προσωπική και κοινωνική ανάπτυξη και βοηθά τους ανθρώπους να αποκτήσουν τις δεξιότητες που θα τους κάνουν να ελέγχουν οι ίδιοι τις επιλογές τους, τη ζωή τους και την υγεία τους.
- Αναπροσανατολισμός των υπηρεσιών υγείας: η προαγωγή υγείας μέσα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί ευθύνη των κυβερνήσεων, των γραφειοκρατών, των επαγγελματιών υγείας, των πληθυσμιακών ομάδων και των ατόμων. Απαιτείται η συνεργασία όλων ώστε οι αρμόδιες υπηρεσίες να συμβάλουν στην προώθηση και προάσπιση της υγείας των πολιτών.

Ο Χάρτης της Οτάβα τονίζει επίσης ότι η κοινωνική δικαιοσύνη και ισοτιμία αποτελούν προϋπόθεση για την υγεία, και η συνηγορία, η διαμεσολάβηση και η διευκόλυνση είναι οι διαδικασίες για την επίτευξη της υγείας.

Οι Συστάσεις της Αδελαΐδας για την Υγιή Δημόσια Πολιτική (WHO, 1988) έδωσαν έμφαση στην ανάγκη για συμμετοχή του ατόμου, τη συνεργασία ανάμεσα στους διάφορους τομείς της πολιτικής και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Η Υγιής Δημόσια Πολιτική είναι το πλαίσιο που καθιστά δυνατές τις άλλες προαναφερθείσες επιμέρους στρατηγικές της προαγωγής υγείας. Χαρακτηρίζεται από ένα σαφές ενδιαφέρον για ανάληψη της ευθύνης από την πολιτεία για τις επιπτώσεις στην υγεία και για την ισοτιμία σε όλες τις πολιτικές. Πολιτικές όπως η εμπορική, η αγροτική, της εκπαίδευσης, των επικοινωνιών και της βιομηχανίας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την υγεία ώστε να δημιουργείται ένα περιβάλλον που διευκολύνει το άτομο ώστε οι επιλογές του να είναι υγιεινές.

Η Υγιής Δημόσια Πολιτική, θέτοντας προτεραιότητες με βάση τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, προωθεί την ισοτιμία όλων των πολιτών όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και σε άλλες υπηρεσίες και βελτιώνει τα αγαθά που προάγουν την υγεία τους. Οι κυβερνήσεις οφείλουν να αναλαμβάνουν την ευθύνη που έχουν απέναντι στους πολίτες σε θέματα υγείας και να αξιολογούν τις επιπτώσεις στην υγεία κάθε πολιτικής που υιοθετούν. Ως πεδία δράσης με προτεραιότητα προτείνονται τα τρόφιμα, η γυναικεία υγεία, η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ και η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.

Η Δήλωση του Σούντσβααλ για το Υποστηρικτικό Περιβάλλον (WHO, 1991) καθόριζε ότι το φυσικό, οικονομικό, κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον θα πρέπει να γίνει υποστηρικτικό για την υγεία κι όχι, όπως είναι σε πολλά μέρη του κόσμου, καταστροφικό. Επίσης, η Δήλωση του Σούντσβααλ όριζε ως καθοριστικά σημεία για την ανάπτυξη δράσεων υποστηρικτικού για την υγεία περιβάλλοντος:

- Την Κοινωνική διάσταση: ο κοινωνικός περίγυρος με τις κοινωνικές σχέσεις, τις νόρμες συμπεριφοράς και τις αξίες είναι καθοριστικός για την υγεία και την ευεξία του ατόμου.
- Την Πολιτική διάσταση: η διασφάλιση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η δέσμευση για τα ανθρώπινα δικαιώματα, η ειρήνη και η μείωση της χρηματοδότησης των εξοπλισμών.
- Την Οικονομική διάσταση: η ανακατανομή των πόρων με στόχο την επίτευξη της Υγείας για όλους και τη βιώσιμη ανάπτυξη.
- Τις Δεξιότητες των γυναικών: η αναγνώριση των δεξιοτήτων των γυναικών σε όλους τους τομείς (συμπεριλαμβανομένων της οικονομίας και της διαμόρφωσης της πολιτικής), και η συμμετοχή των γυναικείων οργανώσεων στη διαμόρφωση της πολιτικής και των δομών προαγωγής υγείας.

Προτεραιότητες για την Προαγωγή της Υγείας



Η Διακήρυξη της Τζακάρτα για την Προαγωγή της Υγείας τον 21ο Αιώνα (WHO, 1997) κάνει λόγο για τους καθοριστικούς παράγοντες που αφορούν στην προαγωγή υγείας ώστε να δημιουργηθεί το μεγαλύτερο δυνατό όφελος στον τομέα της υγείας, να ισχυροποιήσει τα ανθρώπινα δικαιώματα, να οικοδομήσει το κοινωνικό κεφάλαιο και να συνεισφέρει στη μείωση των ανισοτήτων της υγείας. Τελικός στόχος είναι να αυξήσει το προσδόκιμο υγείας και να μικρύνει τις διαφορές ανάμεσα σε πληθυσμιακές ομάδες και χώρες.

Για τον 21ο αιώνα ο στόχος είναι η αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων που αφορούν την υγεία. Ως απαραίτητες προϋποθέσεις για την υγεία θεωρούνται η ειρήνη, η μόρφωση, η κατοικία, η κοινωνική ασφάλιση, η τροφή, οι κοινωνικές σχέσεις, το εισόδημα, η κοινωνική δικαιοσύνη, η ισχυροποίηση των γυναικών, η βιώσιμη χρήση των πόρων, το σταθερό οικοσύστημα, η ισοτιμία και ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Αντίθετα, ως μεγαλύτερη απειλή για την υγεία θεωρείται η φτώχεια. Διάφορες δημογραφικές τάσεις όπως η αστικοποίηση, η καθιστική ζωή, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, η συχνότητα των χρόνιων νοσημάτων, κατάχρηση ουσιών, η υπερβολική χρήση αντιβιοτικών, η οικιακή και πολιτική βία, οι επανεμφανιζόμενες λοιμώδεις νόσοι και τα προβλήματα ψυχικής υγείας απειλούν την ευεξία εκατομμυρίων ανθρώπων.

Διεθνείς παράγοντες επίσης έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία όπως η πρόσβαση στα μέσα και την τεχνολογία επικοινωνιών, η ενσωμάτωση των οικονομικών αγορών, της παγκόσμιας οικονομίας και του εμπορίου καθώς και η περιβαλλοντική υποβάθμιση λόγω αλόγιστης χρήσης των πόρων.

Ως προτεραιότητες εξάλλου εκ μέρους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Προαγωγή της Υγείας κατά τον 21ο αιώνα καθορίζονται οι εξής:

1. Η προώθηση της κοινωνικής ευθύνης για την υγεία: η ανάληψη ευθύνης από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα ώστε να μην διακινδυνεύεται η υγεία.

2. Η Αύξηση των επενδύσεων για την ανάπτυξη της υγείας: η πολυτομεακή προσέγγιση με επιπλέον πόρους για την κατοικία, την εκπαίδευση, τις υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων (γυναικών, παιδιών, ηλικιωμένων, φτωχών, και περιθωριοποιημένων πληθυσμών).
3. Η Εδραίωση και η διεύρυνση συνεργασιών για την υγεία: οι πολυτομεακές συνεργασίες με κοινό στόχο την προστασία της κοινωνικής ευεξίας και της υγείας.
4. Η Αύξηση του δυναμικού της κοινότητας και ενδυνάμωση του ατόμου: η βελτίωση των δεξιοτήτων και των ικανοτήτων των ατόμων και των κοινωνιών να αναλαμβάνουν δράση οι ίδιοι, μέσα από την πρακτική εκπαίδευση, την εξάσκηση και την πρόσβαση σε πόρους.
5. Η Εξασφάλιση υποδομής για την προαγωγή της υγείας: οι νέοι μηχανισμοί χρηματοδότησης σε τοπικό, σε εθνικό και σε παγκόσμιο επίπεδο, και η ανάπτυξη κινήτρων για κυβερνητικούς και μη-κυβερνητικούς οργανισμούς, για εκπαιδευτικά ιδρύματα, και για τον ιδιωτικό τομέα.

Προγράμματα Πρακτικής Άσκησης κι Εθελοντισμού



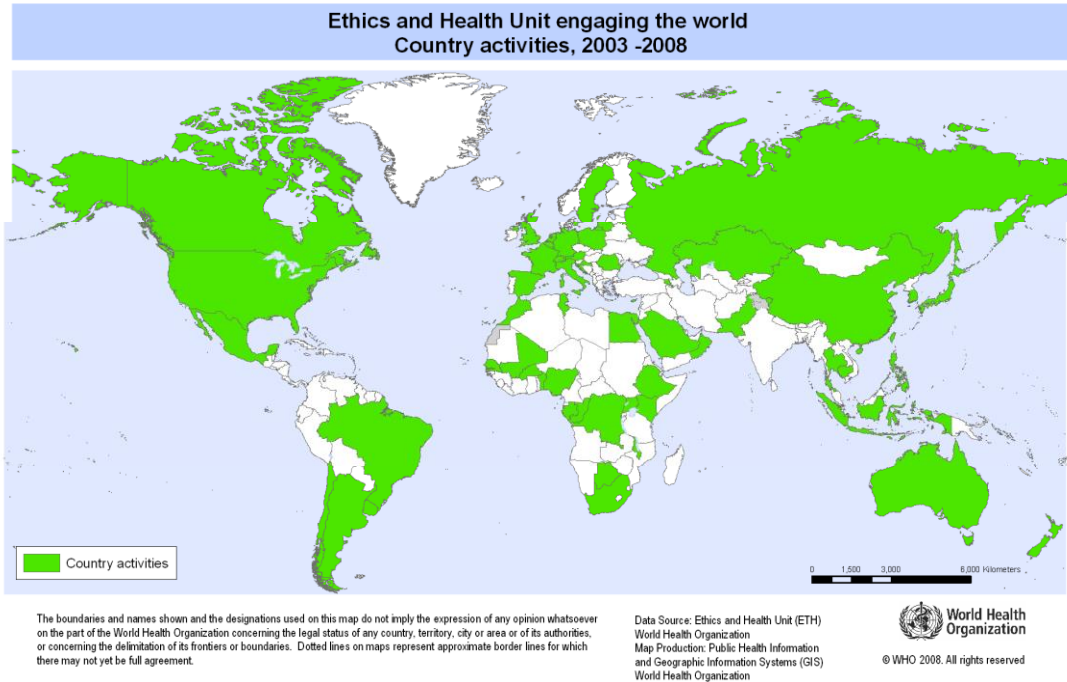
Η Μονάδα Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας συντονίζει ένα πολύ ενεργό Πρόγραμμα Πρακτικής Άσκησης με έδρα τα Κεντρικά Γραφεία του Π.Ο.Υ. στη Γενεύη της Ελβετίας. Η μονάδα δέχεται αιτήσεις από μεταπτυχιακούς φοιτητές, οι οποίοι προέρχονται από ένα ευρύ φάσμα επιστημών, καθώς και από ερευνητές, δημοσίους υπαλλήλους, και άλλους επαγγελματίες. Έως το 2008 πάνω από εβδομήντα (70) εθελοντές και ασκούμενοι υψηλών προσόντων και εξειδίκευσης έχουν συμμετάσχει σε διεξαγόμενες εργασίες στη Μονάδα και είναι σε θέση να επεκτείνουν τις γνώσεις τους και να κατανοήσουν τους στόχους, τις πολιτικές και τις δραστηριότητες του Π.Ο.Υ. Επιπλέον, υπάρχουν πολλά προγράμματα που διευκολύνουν τη δυνατότητα των αριστούχων φοιτητών να κάνουν την πρακτική τους άσκηση (intern) στη Μονάδα Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας.

Το Κέντρο Ανθρώπινης Βιοηθικής (Human Bioethics) του Πανεπιστημίου Monash, στη Μελβούρνη της Αυστραλίας και το τμήμα της Ηθικής, Ισότητας, Εμπορίου και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έχουν δημιουργήσει μια ετήσια υποτροφία προκειμένου κάθε χρόνο ένας μεταπτυχιακός φοιτητής της Βιοηθικής από το Πανεπιστήμιο Monash να πραγματοποιεί την πρακτική του άσκηση για 2 ή 3 μήνες στη Γενεύη.

Το Διεθνές Ινστιτούτο Ερευνών στην Ηθική και τη Βιοϊατρική (International Institute of Research in Ethics and Biomedicine: IIREB) στο Μόντρεαλ του Καναδά παρέχει υποτροφία σε μεταδιδακτορικούς φοιτητές οι οποίοι θα αναλάβουν έργα που συνδέονται άμεσα με την έρευνα σε πρωτεύοντες τομείς του IIREB. Οι επιτυχόντες μετά από επιλογή από τη Μονάδα Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας έχουν τη δυνατότητα να περάσουν οκτώ (8) εβδομάδες στο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Το πρόγραμμα Carlo Schmid, στη Βόννη της Γερμανίας, παρέχει σε υποψηφίους υψηλής ειδίκευσης την ευκαιρία να μάθουν για τη λειτουργία και τη διοίκηση ενός διεθνούς οργανισμού. Η Μονάδα Ηθικής Δεοντολογίας και Υγείας είναι προσφέρει στους υπότροφους Carlo Schmid την ευκαιρία της πρακτικής τους άσκησης στο Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2008).

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και Βιώσιμη Ανάπτυξη



WHO, 2008

Η έννοια της Βιώσιμης Ανάπτυξης συμπεριλαμβάνει μια περιβαλλοντική και κοινωνικο-δημογραφική ανάπτυξη και προεκτάσεις που έχουν σχέση με την υγεία. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Επιτροπή για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη των Ηνωμένων Εθνών (WCED) ως ορισμός της Βιώσιμης Ανάπτυξης θεωρείται: «*Η ανάπτυξη που ικανοποιεί τις ανάγκες του παρόντος χωρίς να μειώνει τη δυνατότητα των επόμενων γενεών να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες*».

Ένας ακόμη πιο συνοπτικός ορισμός θα μπορούσε να περιλαμβάνει δράσεις που κατευθύνονται προς την βελτίωση της ποιότητας ζωής στα πλαίσια του δυναμικού που προσφέρουν τα υπάρχοντα οικοσυστήματα. Ο όρος δεν περιορίζεται στις περιβαλλοντικές συνιστώσες αλλά ενσωματώνει τις έννοιες, τις δράσεις και τις στρατηγικές που αφορούν την υγεία, την ισότητα και την ποιότητα ζωής, όχι μόνο τη δια-φυλετική αλλά και τη ενδο-φυλετική, καθώς και τις κοινωνικές και ηθικές διαστάσεις που έχουν σχέση με την ανθρώπινη ευημερία.

Στο ακόλουθο σχήμα αποτυπώνεται μια ολοκληρωμένη προσέγγιση σχετικά με τις δράσεις, τις αναγκαίες συνθήκες αλλά και το αξιακό πλαίσιο, για την προώθηση της βιώσιμης ανάπτυξης όπως έχει αποτυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1997).

Βιώσιμη Ανάπτυξη:

Αξίες

Ισότητα

Υπευθυνότητα

Ακεραιότητα

Περιοχές Δράσης

Περιβάλλον

Οικονομία

Υγεία

Κοινωνική Οργάνωση

Αναγκαίες Συνθήκες:

Οραματισμός

Συνέπεια

Καθορισμός Προτεραιοτήτων

Εκπαίδευση – Συνειδητοποίηση

Συνεργατικότητα

Ποιότητα αντί Ποσότητας

Η πορεία λοιπόν προς ένα βιώσιμο μέλλον απαιτεί την ανακατασκευή εννοιών που σχετίζονται με τη διαχείριση της ετερότητας, τα ανθρώπινα δικαιώματα, των προτύπων εξουσίας και της κοινωνικής ισότητας (Κωστούλα-Μακράκη & Μακράκης, 2006). Είναι μια διαδικασία, κατά την οποία οι τοπικές κοινωνίες και οι πολίτες προσπαθούν αποδίδοντας δικαιοσύνη στα πλαίσια τοπικών και παγκόσμιων συμφερόντων, να ισορροπήσουν ανάμεσα στην οικολογική και την οικονομική ανάπτυξη. Στην καθημερινή πρακτική αυτό σημαίνει διαπραγμάτευση με μια σειρά από διλήμματα που έχουν σχέση με πολύπλοκες κοινωνικές δομές και υιοθέτηση αποφάσεων κάτω από αβέβαιες συνθήκες. Η βιώσιμη ανάπτυξη, συνεπώς, θα μπορούσε να περιγραφεί ως μια κοινωνική μαθησιακή διαδικασία για αλλαγή και μετασχηματισμό των όποιων υπαρχουσών προκαταλήψεων.

Κυρίαρχες διαστάσεις της υγείας αποτελούν η ποιότητα του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος. Οι κυρίαρχοι δείκτες κινδύνου για τις πιο σοβαρές ασθένειες έχουν άμεση σχέση τόσο με ποικίλα ατομικά χαρακτηριστικά όσο και με παράγοντες που έχουν σχέση με την επιλογή τρόπων ζωής (lifestyles) και τη διαμόρφωση συμπεριφορών. Η υγεία, συνεπώς, ορίζεται σε σχέση με όλα τα περιβαλλοντικά και ανθρώπινα χαρακτηριστικά της καθημερινότητας των ατόμων και τις παρεπόμενες σχέσεις ανάμεσα σε αυτά.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως: *«την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, αλλά και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του»* (Π.Ο.Υ., 2003). Μια σχετική έννοια είναι αυτή της Υποκειμενικής Ευημερίας (Subjective Well-Being/SWB) η οποία περιλαμβάνει στοιχεία τα οποία επηρεάζονται από την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση των βασικών ανθρώπινων αναγκών συμπεριλαμβανομένων και των ηθικών και αξιολογικών κρίσεων των ανθρώπων για τις ζωές τους (Diener E., Suh E.M., 2000).

Από μια κοινωνιοψυχολογική οπτική επίσης διακρίνονται έξι (6) παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική ευημερία (Psychological Well-Being): η αυτονομία, ο έλεγχος στο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, οι καλές σχέσεις με τους άλλους, η προσωπική ανάπτυξη, οι στόχοι που θέτει κανείς στην ζωή του και η αποδοχή του εαυτού του. Φυσικά, η εκτίμηση για την ποιότητα ζωής ενός ατόμου συμπεριλαμβάνει υποκειμενικές ή αντικειμενικές εκτιμήσεις της ψυχικής και σωματικής υγείας (Ryff C.D., & Keyes C.L., 1995).

Συμπεράσματα

Εξετάζοντας λοιπόν τις κυριότερες παραμέτρους που σχετίζονται με την Υγεία καθώς επίσης ορισμένα ουσιώδη ηθικά ζητήματα τα οποία έχουν ήδη αναπτυχθεί στην παρούσα διπλωματική εργασία, προκύπτουν εύλογες διαπιστώσεις σχετικά με τον κυρίαρχο ρόλο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας, όχι μόνον σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Εκτενής αναφορά έγινε επίσης σε θέματα που αφορούν τόσο τη ραγδαία και συνεχή ανάπτυξη της τεχνολογίας όσο και το ηθικό κυρίως πλαίσιο που διέπει τη χρήση και την εφαρμογή αυτής στον τομέα της Υγείας. Παρουσιάστηκαν βεβαίως και οι πολιτικές που ασκούνται εκ μέρους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων ασθενειών κι επιδημιών, υπό το πρίσμα πάντοτε της ηθικής διάστασης των συγκεκριμένων πρωτοβουλιών.

Τέλος, κατέστησαν εμφανείς και οι σχέσεις μεταξύ του ατόμου και του κράτους υπό το πλαίσιο δράσεων που προωθεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, εξεταζόμενες πάντοτε υπό το πρίσμα της Ηθικής τους διάστασης και με σκοπό την προστασία των προσωπικών δεδομένων που σχετίζονται με την Υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βαλάσση - Αδάμ Ε., (2012), *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 29 (3): 389-391.
- Δαγτόγλου Π.Δ., (1991), *Συνταγματικό Δίκαιο: Ατομικά δικαιώματα*, Σάκκουλα, Αθήνα.
- Δοξιάδης Σ., (1977), *Ένας γιατρός σκέπτεται και γράφει*, Εκδοτική Ερμής ΕΠΕ, Αθήνα, 15.
- Δραγώνα - Μονάχου Μ., (1986), *Φιλοσοφία και ανθρώπινα δικαιώματα: Η φιλοσοφική προϊστορία και η ιστορία της έννοιας των δικαιωμάτων του ανθρώπου στη σύγχρονη προβληματική*, Παπαζήση, Αθήνα.
- Εγκυκλοπαίδεια 'Πάπυρος Λαρούς Μπριτάννικα', (1984), τ. 21: 64-67.
- Ελληνική Δημοκρατία, (2008), Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012*, Αθήνα, 199-202.
- Καραδήμας Ε., (2005), *Ψυχολογία της υγείας, Θεωρία και κλινική πράξη*, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Κωστούλα - Μακράκη Ν. & Μακράκης Β., (2006), *Διαπολιτισμικότητα και Εκπαίδευση για ένα Βιώσιμο Μέλλον*, Εκδόσεις e-media: Ψηφιακό Κέντρο Εκπαιδευτικών Μέσων Πανεπιστημίου Κρήτης.
- Μανωλοπούλου - Βαρβιτσιώτη Κ., (1986), *Η διεθνής προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων*, Σάκκουλα, Αθήνα.
- Μπάζας Θ., (2008), *Διεθνής κώδικας ηθικής δεοντολογίας για τους ασκούντες επαγγέλματα που αφορούν στην ιατρική και στην υγιεινή της εργασίας*, Αθήνα, 6-23.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2003), *Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με άξονα το Ερωτηματολόγιο WHO/QOL - 100*.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2011), *Πρόγραμμα πρόσβασης στα ελεγχόμενα φάρμακα, Διασφάλιση της ισορροπίας των εθνικών πολιτικών σχετικά με τις ελεγχόμενες ουσίες, Οδηγίες για τη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των ελεγχόμενων φαρμάκων*, 8-10.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (2011), *Πρόγραμμα πρόσβασης στα ελεγχόμενα φάρμακα, Διασφάλιση της ισορροπίας των εθνικών πολιτικών σχετικά με τις ελεγχόμενες ουσίες, Οδηγίες για τη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα των ελεγχόμενων φαρμάκων*, 12-14.

- Παπαδάτου Δ., & Αναγνωστόπουλος Φ., (1995), Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Πρωτοπαπαδάκης Ε., (2006), «Το Καθήκον του Ιατρού στην Αλήθεια...», *Μ' ενδιαφέρει*, Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τ. 50: 55-58.
- Ρούκουνας Ε., (1995), Διεθνής προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, Εστία, Αθήνα.
- Σαρρής Μ., (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σουρτζή Π., (1998), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10, (4): 179-185.
- Σπυριδάκη Σ.Ι., (1985), Γενικές αρχές, Σάκκουλα, Αθήνα, τ. Α', ΙΙ: 79-176.
- Τούντας Γ., (2000), Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας - Νέα Υγεία, Αθήνα.
- Χαραλάμπους Α. & Τσίτση Θ., (2010), Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (1): 106-112.
- American Medical Association, (1980), *Principles of Medical Ethics*, <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physicianresources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics> (ημερομηνία ανάκτησης: 12/4/2012).
- Anscombe E., (1958), Modern Moral Philosophy, *Philosophy*, 33.
- Antonovsky A., (1987), Unraveling the Mystery of Health: *How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco, California, Jossey - Bass.
- Arras J.D., (2005), A Case Approach, *A Companion to Bioethics*, Malden, MA: Blackwell Publishing, 106.
- Ball M.J., & Lillis J., (2001), e-Health: Transforming the Physician/Patient Relationship, *International Journal of Medical Informatics*, 61(1): 1-10.
- Banoo S., et al., (2006), Nature Reviews in Microbiology, The T.D.R. Diagnostics Evaluation Expert Panel, *Evaluation of Diagnostic Tests for Infectious Diseases: General Principles*, 21.
- Bath P., (2008), Informatics: *Current Issues and Challenges*, *Journal of Information Science*, 34: 501.
- Beauchamp D.E., & Steinbock B., (1999), *New ethics for the public's health*, Oxford and New York: Oxford University Press.
- Beauchamp L.T., & Childress F.J., (1983), *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, N. York.
- Beauchamp T.L., Childress J.F. (2001), *Principles of Biomedical Ethics, 5th edition*, New York: Oxford University Press.

- Beauchamp T.L., Childress J.F., (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, 6th edition, New York, Oxford University Press.
- Beauchamp L.T., & Walters L., (2003), *Contemporary Issues in Bioethics*, Thomson & Wadsworth, Belmont.
- Beauchamp T.L., (2003), Methods and principles in Bioethical Ethics, *Journal of Med. Ethics*, (29): 269-274.
- Bentham J., (1996), *The Principles of Morals and Legislation*, Oxford: Clarendon Press.
- Boorse C., (1977), Health as a Theoretical Concept, *Philosophy of Science*, 44, (4): 542-573.
- Boulogne J., (2001), Medical myths and notions in Ancient Greece, *Med. Nowozytna*, 8, (2): 33-52.
- Boyle J., (2005), An Absolute Approach, *A Companion to Bioethics*, Malden, MA: Blackwell Publishing, 72.
- Breslow L., (1985), A Prevention Strategy: toward health in the year 2000, *Health Med.* (3): 43-44.
- British Medical Journal, (1998), 317 (162): 856.
- Chalmers G., (2005), La Dimensione Biologica dell' Uomo nel Personalismo Etico: Approccio ad una Rilettura Personalista della "Legge Naturale", *Medicina e Morale*, (55): 33-45.
- Childress J., (2005), A Principle-Based Approach, *A Companion to Bioethics*, Malden, MA: Blackwell Publishing, 61-62.
- Chryssanthou A., Varlamis I. & Latsiou C., (2011), A Risk Management Model for Securing Virtual Healthcare Communities, *International Journal of Electronic Healthcare*, 6, (2-4): 95-116.
- Churchill L.R., (2002), What Ethics Can Contribute to Health Policy, *Ethical Dimensions of Health Policy*, Oxford & New York: Oxford University Press, 51-64.
- Gillon R., (1985), *Philosophical Medical Ethics*, Chichester: John Wiley and Sons.
- Gillon R., (1990), *Philosophical Medical Ethics*, Chichester: John Wiley and Sons.
- Gillon R., (1994), Medical Ethics: four principles plus attention to scope, *BMJ*, (309): 184.
- Clouser K.D., & Gert B., (1990), A Critique of Principlism, *Journal of Medicine and Philosophy*, (15): 219-236.

- Cosmacini G., Gaudenzi G. & Satolli R., (1996), Dri P. Medioevo, *Dizionario di storia della salute*, Einaudi, Torino: 351-354.
- Council for International Organizations of Medical Sciences, (2002), International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects, *Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO)*, Geneva.
- Dallaire M., (1998), Un Concept d' Intégration de la Bioéthique en Santé Publique, *Ruptures*, (5): 208-224.
- Della Mea, V., (2001), What is e-Health (2): The death of telemedicine?, *Journal of Medical Internet Research*, 3, (2): 22.
- Detels R., (2002), Current Scope and Concerns in Public Health, *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford & New York: Oxford University Press, 4-21.
- Detels R. & Breslow L., (2002), Current Scope and Concerns in Public Health, *Oxford Textbook of Public Health*, Oxford & New York: Oxford University Press, 3-20.
- Diener E., & Suh E.M., (2000), Culture and Subjective Well-Being, MIT Press.
- Dolfman M., (1973), The concept of Health: a historic and analytic examination, *Journal of School Health*, (43): 491-7.
- Donagan A., (1977), The Theory of Morality, Chicago: University of Chicago Press, 66-68.
- Dworkin G., (1999), Paternalism, *New Ethics for the Public's Health*, New York & Oxford: Oxford University Press, 115-128.
- Edelstein L., (1943), *The Hippocratic Oath: text, translation and interpretation*. Baltimore, John Hopkins Press.
- Edelstein S.A., (1999), Careful Telemedicine Planning Limits Costly Liability Exposure, *Healthcare Financial Management*, 53, (12): 63-68.
- Engelhardt H.T., (1995), Foundations of Bioethics, (2nd edition), New York: Oxford University Press.
- Engelhardt H.T. Jr., (2002), Health, Disease and Persons: Well-being in a post-modern World, *Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health*, Dodrecht: Kluwer Academic Publisher, 147-163.

- Eysenbach G. & Diepgen T.L., (2001), The Role of e-Health and Consumer Health Informatics for Evidence-Based Patient Choice in the 21st Century, *Clinics in Dermatology*, 19, (1): 11-17.
- Fagot-Largeault A., (1997), Les valeurs philosophiques de l'éthique individuelle et collective, *Échanges Santé-Sociale*, (86): 41-44.
- Fassin D., & Lecourt D., (2004), Santé publique, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris: Presses Universitaires de France, 1014-1018.
- Galeazzi G., (1998), *Personalismo*, Milano: Editrice Bibliografica.
- Gostin L.O., 2000, Public health information: personal privacy, *Public Health Law, Power, Duty, Restraint*, Berkeley: University of California Press.
- Guyotat J., (2001), Personne, Personnage et Personnalité: Un Continuuel Vacillement, *Visions éthiques de la Personne*, Paris: L'Harmattan, 63-72.
- Hamonet C., & Magalhaes T., (2001), The Notion of Health, *Presse Med.*, (12): 587-90.
- Hare R.M., (2005), A Utilitarian Approach, *A Companion to Bioethics*, Malden, MA: Blackwell Publishing, 80.
- Harris J., (2003), In Praise of Unprincipled Ethics, *Journal of Med. Ethics*, (29): 303-306.
- Hoffman S, Podgurski A., (2008), Finding a cure: the case for regulation and oversight of electronic health record systems. *Harvard Journal of Law and Technology*, 103:117–119.
- International Telecommunication Union (ITU), (2008), Implementing e-Health, in Developing Countries, Guidance and Principles, Geneva.
- http://www.itu.int/ITU-D/cyb/app/docs/e-Health_prefinal_15092008.PDF
(ημερομηνία ανάκτησης: 29/3/2013).
- Kant I., (1785), *Grudelgung zur Methaphyysik der Sitten*, Italian edition: Fondazione della Metafisica dei Costumi, 1994, Milano: Rusconi.
- Kant I., (1956), *The Critique of Practical Reason*, New York: Liberal Arts Press, 62-65.
- Karski, J., (2000), Η προαγωγή της υγείας και τα ανθρώπινα δικαιώματα, “*Η Δημόσια Υγεία σε Μετάβαση*”, τ. 2, ΥΥΚΑ & ΕΣΔΥ, Αθήνα.
- Khushf G., (2007), An Agenda for future debate on Concepts of Health and Disease, *Medicine, Health Care and Philosophy*, (10): 19–27.

- Kickbusch I., (2002), Perspectives on Health Governance in the 21st Century: revisiting health goals and targets, Marinker M, ed. *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*, London: BMJ Books: 206–229.
- King D., (2007), Rigour, Respect and Responsibility: *A Universal Ethical Code for Scientists*, Department of Trade and Industry, UK.
- Knoppers B.M., & Chadwick R., (2005), Human genetic research: emerging trends in ethics, *Nature Review Genetics* 6 (1): 75–79.
- Kottow M.H., (1986), Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation. *Journal of Medical Ethics*, 12: 117–122.
- Kovacs J., (1998), The Concept of Health and Disease, *Medicine, Health Care and Philosophy*, (1): 31–39.
- Lalonde M., (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.
- Lancet, (2003), 361: 2226-34.
- Law I., Widdows H., (2007), Conceptualising Health: Insights from the Capability Approach Health Care Anal DOI 10.1007/s10728-007-0070-8, Springer Science + Business Media, LLC.
- Lepège A., & Fagot-Largeault A., (2004), Santé Publique, *Dictionnaire d' éthique et de philosophie morale*, Paris: Presses Universitaires de France, (2) : 1711-1717.
- Mackie J.L., (1990), Ethics, *Inventing Right and Wrong*, England: Penguin Books, 125.
- Macklin R., (2003), Applying the Four Principles, *Journal of Medical Ethics*, (29): 275-280.
- Macrae D.J., (2007), Proceedings of the American Thoracic Society, “The Council for International Organizations and Medical Sciences (CIOMS 2002), *Guidelines on Ethics of Clinical Trials*”, 4, (2): 176-179.
- Manning R.C., (2005), *A Care Approach, A Companion to Bioethics*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 98.
- Maynard D.W., (1991), *The American Journal of Sociology*, 97 (2): 448-495.
- McClanahan K., (2008), Balancing good intentions: protecting the privacy of electronic health information. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 28, (1): 69–79.

- Miles S.H., (2005), *The Hippocratic Oath and the ethics of medicine*, Oxford, Oxford University Press.
- Mordaccci R., (1995), Health as an Analogical Concept, *Journal of Medicine Philosophy*, (5): 475-497.
- Murray C., & Frenk J., (1999), A WHO framework for health system performance assessment, 'Evidence and Information for Policy', GPE Discussion Paper Series, WHO, Geneva, (6): 6-8.
- Nagel T., (1988), War and Massacre, *Consequentialism and its Critics*, New York: Oxford University Press.
- Neiburg T.S. & Shannon D.R., (1999), Principle, *Encyclopedia of Ethics*, New York: Facts on File, 218-220.
- Nijhuis H.G.J. & Van Der Maesen L.J.G., (1994), The Philosophical Foundations of Public Health: An Invitation to Debate, *Journal Epidemiol Community Health*, (48): 1-3.
- Nordenfelt L., (2007), The Concepts of Health and Illness Revisited, *Medicine, Health Care and Philosophy*, (10): 5–10.
- North M., (2002), National Library of Medicine, *Greek medicine from the Gods to Galen*, http://www.nlm.nih.gov/hmd/greek/greek_oath.html (ημερομηνία ανάκτησης: 12/4/2012).
- Nuffield Council on Bioethics, (2007), *Public health: ethical issues*, www.nuffieldbioethics.org/ (ημερομηνία ανάκτησης: 24/4/2013).
- Oakley J., (2005), A Virtue Ethics Approach, *A Companion to Bioethics*, Malden, MA: Blackwell Publishing, 86.
- Olivari C. et al., (2001), Breaking patient confidentiality: Comparing Chilean and French viewpoints regarding the conditions of its acceptability, *Universitas Psychologica*, 10, (1): 13–26.
- Petrini C., (2004), Ricerca Biomedica e Ricerca in Sanità Pubblica: *Alcune Analogie e Differenze Operative e Nei Criteri di Valutazione Etica*, Parte Prima, *Biologi Italiani*, (34): 17-20.
- Petrini C., (2004), Ricerca Biomedica e Ricerca in Sanità Pubblica: *Alcune Analogie e Differenze Operative e Nei Criteri di Valutazione Etica*, Parte Seconda, *Biologi Italiani* (34): 9-12.

- Rippen H. & Risk A., (2000), e-Health Ethics Draft Code, *Journal of Medical Internet Research*, 2, (1): 2.
- Rose G., (1999), Sick Individuals and Sick Populations, *New Ethics for Public's Health*, Oxford & New York: Oxford University Press, 28-38.
- Rothstein M., (2010), The Hippocratic bargain and Health Information Technology, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 38, (1): 7–13.
- Ryff C.D., & Keyes C.L., (1995), The Structure of Psychological Well-being Revisited, *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, (4): 719-727.
- Safran C., (2001), Electronic Medical Records: A Decade of Experience, *Journal of the American Medical Association*, 285, (13): 1766.
- Saracci R., (1997), The World Health Organisation needs to reconsider its definition of Health, *BMJ*; 314: 1409.
- Schramme T., (2007), Lennart Nordenfelt's Theory of Health: *Introduction to the Theme Medicine, Health Care and Philosophy*, 10: 3–4.
- Sgreccia E., (2007), *Manuale di Bioetica, Vol I, Fondamenti di Etica Medica*, Milano, Vita e Pensiero, 193-260.
- Solomon W.D., (1978), Rules and Principles, *Encyclopedia of Bioethics*, New York: Free Press, (1), 408.
- Stevens W., (2003), Good Clinical Laboratory Practice (GCLP): *The need for a hybrid of Good Laboratory Practice and Good Clinical Practice guidelines / standards for medical testing laboratories conducting clinical trials in developing countries*, *Quality Assurance*, (10): 83-89.
- Stiles T., Grant V., Mawbey N., Good Clinical Laboratory Practice(GCLP): A Quality System for Laboratories which Undertake the Analyses of Samples from Clinical Trials, *British Association of Research Quality Assurance*, Ipswich, UK, 1–17.
- Taboada P. & Cuddeback K.F., (2002), Introduction, *Person, Society and Value: Towards a Personalist Concept of Health*, Dordrecht: Kluwer Academy Publishers, 1-15.
- Täljedal I.-B., (2004), Strong Holism, Weak Holism and Health, *Medicine, Health Care and Philosophy*, (7): 143–148.
- Tang P. & Lansky D., (2005), The Missing Link: Bridging the Patient–Provider Health Information Gap, *Health Affairs*, 24, (5): 1290–1295.

- Taylor C., (1988), *The Diversity of Goods, Utilitarianism and Beyond*, New York: Cambridge University Press.
- Toulmin S., (1981), *The Tyranny of Principles*, Hastings Center Report, 31-39.
- Tröhler U., Teiter-Theil S. & Herych E., (1998), *Ethics Codes in Medicine: Foundations and Achievements of Codification since 1947*, Aldershot: Ashgate.
- UNHCR, (1948), *Universal Declaration of Human Rights*: Art. 1-30.
- UNHCR, (1948), *Universal Declaration of Human Rights*: Art. 25.
- United Nations, (1948), *Universal Declaration for Human Rights*: 25.
- United Nations, (1966), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*: 7.
- United Nations, (1974), *Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition*.
- United Nations, (1992), United Nations Conference on Environment and Development, *Rio Declaration on Environment and Development*, Rio de Janeiro.
- UNICEF, 2002, *State of the world's children*, New York.
- Üstün B., & Jakob R., (2005), *Calling a Spade a Spade: Meaningful Definitions of Health Conditions*, Bull World Health Organization, (83): 802.
- Veatch R.M., (1981), *A Theory of Medical Ethics*, New York: Basic Books.
- Weed D.L., (2004), *Ethics and Philosophy of Public Health, Taking Stock of the Field from a Philosophical Perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher, 525-547.
- WHO, (1946), *Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York 19-22 juin 1946, Signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États. Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé, (2): 100.*
- WHO/EUROPA, (1990), *Environment and Health, The European Charter and Commentary*, Copenhagen.
- WHO/EUROPA, (1994), *A declaration on promotion of patients' rights in Europe, The European Charter and Commentary*, Copenhagen.
- WHO/UNAIDS, (2004), *Guidance on Ethics and Equitable Access to HIV Treatment and Care*.
- WHO/UNAIDS, (2007), *Supporting Countries As They Move Towards Universal Access*.
- World Health Organization, (1978), *The Alma Ata Declaration*, Geneva.

- World Health Organization, (1984), *Health for All Targets*, Copenhagen.
- World Health Organization, (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, Geneva.
- World Health Organization, (1988), Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, Second International Conference on Health Promotion, Adelaide.
- World Health Organization, (1991), Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health, Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall.
- World Health Organization, (1997), Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century, The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era, Jakarta.
- World Health Organization, (2000), Guidelines for the Storage of Essential Medicines & Other Health Commodities, EDM/QSM:4, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4885e/> (ημερομηνία ανάκτησης: 12/3/2013).
- World Health Organization, (2000), The World Health Report, “*Health systems: Improving Performance*”, Geneva.
- World Health Organization, (2001), Review of Ethical Issues in Medical Genetics: “*Report of Consultants to WHO by Professors D.C. Wertz, J.C. Fletcher, K. Berg*”, Geneva.
- World Health Organization, (2002), The World Health Report 2002: Reducing risks, Promoting Healthy Life, Geneva.
- World Health Organization, (2006), Medical Genetic Services in developing countries: “*The Ethical, Legal and Social Implications of Genetic Testing and Screening*”, Geneva.
- World Health Organization, (2006), Building Foundations for e-Health: Progress of Member States, *Report of the Global Observatory for e-Health*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, http://www.who.int/goe/publications/bf_FINAL.pdf (ημερομηνία ανάκτησης: 19/4/2013).
- World Health Organization, (2008), Ethics and Health Unit Newsletter, Public Health Ethics, (1): 5.
- World Health Organization, (2010), Ethics and Health Unit Newsletter, (3): 3.
- World Health Organization, (2011), Ethics and Health Unit Newsletter, Health Ethics: *A Critical Dimension of WHO's work*, (1): 1.
- World Summit on the Information Society (WSIS), (2003-2005), <http://www.itu.int/wsis/> (ημερομηνία ανάκτησης: 22/3/2013).

Xirogianni P., (2008), Philosophy of Religion, Proceedings of the XXII World Congress of Philosophy, (45): 393-400.

<http://www.euro.who.int/DOCUMENT/E81384.pdf> (ημερομηνία ανάκτησης: 12/3/2012).

<http://ddsdispositivoglobal.ops.org.ar/curso/cursoeng/contexto.html> (ημερομηνία ανάκτησης: 16/5/2012).

<http://www.health-inequalities.eu>, (ημερομηνία ανάκτησης: 28/5/2012).