

ΕΚΘΕΣΗ

ΜΕΤΑΔΟΤΙΚΑ ΛΟΙΜΩΔΗ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: ΔΗΜΟΣΙΟ ΣΥΜΦΕΡΟΝ ΚΑΙ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑ

Εισηγητές: Τ. Βιδάλης, Α. Α. Χάγερ-Θεοδορίδου

Συνεργασία: Γ. Μ. Μανιάτης, Κ. Τσουκαλάς

Ι. Εισαγωγή

Στην ιατρική πράξη σήμερα ο ασθενής είναι ελεύθερος να συναινεί, ύστερα από ενημέρωση, σε κάθε θεραπευτική επέμβαση που προτείνει ο ιατρός, ή να την αρνείται. Όταν όμως οι ατομικές αποφάσεις είναι δυνατόν να επηρεάσουν άμεσα την υγεία και άλλων, τότε τίθεται υπό αμφισβήτηση η αυτονομία του ατόμου ως μοναδικό κριτήριο για τη λήψη αυτών των αποφάσεων. Η παρούσα έκθεση θα πραγματευθεί το ζήτημα των ορίων της αυτονομίας του ασθενούς στις περιπτώσεις που αυτή έρχεται σε σύγκρουση με το δημόσιο συμφέρον και συγκεκριμένα με την προστασία της δημόσιας υγείας.

Τέτοιου είδους σύγκρουση συμφερόντων παρουσιάζεται κυρίως στην περίπτωση των λοιμωδών (μεταδοτικών) ασθενειών, που μπορούν να μεταδοθούν από ένα άτομο σε άλλο. Στην περίπτωση αποφάσεων για την πρόληψη και θεραπεία τέτοιων ασθενειών, διακυβεύονται η υγεία ή και η ζωή όχι μόνο των ασθενών αλλά και υγιών προσώπων του άμεσου ή ευρύτερου περιβάλλοντος των πρώτων. Έτσι, εάν κάποιος ενώ πάσχει από μεταδοτική ασθένεια ή ανήκει σε ομάδα υψηλού κινδύνου, αποφασίσει να μην υποβληθεί σε διαγνωστική εξέταση ή να μη δεχθεί θεραπεία, αυτομάτως καθίσταται βέβαιη ή πιθανή «πηγή» μετάδοσης της ασθένειας.

Ι. Λοιμώδη νοσήματα

Οι λοιμώδεις ή μεταδοτικές ασθένειες οφείλονται στην προσβολή του οργανισμού από κάποιο παθογόνο παράγοντα (παθογόνο ιό, βακτήριο, μύκητα ή παράσιτο – μονοκύτταρο ή πολυκύτταρο – ή μολυσματική πρωτεΐνη (π.χ. prions της σπογγώδους

εγκεφαλοπάθειας). Ένα παθογόνο έχει την ικανότητα να μεταδίδεται με συγκεκριμένο μέσο (τρόπος μετάδοσης), π.χ. με σταγονίδια σιέλου, να εγκαθίσταται και να πολλαπλασιάζεται με μικρό ή μεγάλο ποσοστό επιτυχίας σε νέα άτομα (μεταδοτικότητα) και, είτε να προκαλεί σε αυτά συμπτώματα ασθένειας ποικίλης βαρύτητας είτε όχι (μολυσματικότητα), στη δεύτερη περίπτωση παραμένοντας σε λανθάνουσα κατάσταση και καθιστώντας το άτομο φορέα και όχι ασθενή.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, εκτός από τον ασθενή, και ο φορέας μπορεί να μεταδώσει την ασθένεια σε άλλα άτομα. Ο τρόπος μετάδοσης, η μεταδοτικότητα και η μολυσματικότητα είναι κρίσιμοι παράγοντες για τον καθορισμό προγραμμάτων προστασίας της δημόσιας υγείας καθώς επίσης και για την αξιολόγηση των επιχειρημάτων υπέρ και κατά του περιορισμού της προσωπικής αυτονομίας, στην περίπτωση που κάτι τέτοιο επιχειρείται. Ενδεικτικά και μόνον αναφέρεται ότι διαφορετικά είναι τα δεδομένα για το κοινό κρυολόγημα -που έχει μεν πολύ υψηλή μεταδοτικότητα μέσω σταγονιδίων, αλλά ήπια συμπτώματα και μικρό κίνδυνο για τη ζωή-, άλλα για τη γρίπη -που έχει επίσης υψηλή μεταδοτικότητα όμως πιο βαριά, σε σύγκριση με το κρυολόγημα, συμπτώματα- και άλλα για την ηπατίτιδα Β, που μεταδίδεται μεν δυσκολότερα (με μετάγγιση αίματος ή ανταλλαγή σωματικών υγρών που περιέχουν αίμα), όμως προκαλεί υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας ή πιθανότητας μόνιμης βλάβης.

2. *Επιδημιολογία*

Τα λοιμώδη νοσήματα έχουν τη δυνατότητα να προκαλέσουν *επιδημία*, δηλαδή σημαντική αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων της συγκεκριμένης ασθένειας, σε ορισμένο πληθυσμό και σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, πέραν του αναμενόμενου, βάσει των επιδημιολογικών στατιστικών στοιχείων που διατηρούνται για τη συγκεκριμένη ασθένεια (Encyclopedia of Public Health, on line).

Η γεωγραφική οριοθέτηση της αύξησης των κρουσμάτων καθορίζει εάν αυτή συνιστά απλή έξαρση -στην περίπτωση που η αύξηση παρατηρείται σε μικρή σχετικά περιοχή, π.χ. μια πόλη -, επιδημία - εάν αύξηση κρουσμάτων παρατηρείται σε μεγαλύτερη περιοχή, π.χ. σε ολόκληρη χώρα ή μια επαρχία - ή πανδημία - όταν η ασθένεια παρουσιάζει σημαντική αύξηση παγκοσμίως. Η γρίπη του 1919 και το HIV/AIDS από τη δεκαετία του 1980 είναι παραδείγματα πανδημιών (Encyclopedia of Public Health, epidemics). Μετά την εμφάνιση μιας επιδημίας η ασθένεια μπορεί να

εξαλειφθεί, να παραμείνει στον πληθυσμό σε λανθάνουσα μορφή και να προκαλεί, περιοδικές συνήθως, εξάρσεις ή τέλος να παραμείνει ενδημική στον πληθυσμό, διατηρώντας σταθερό αριθμό πασχόντων.

Ο όρος «επιδημία» δεν χαρακτηρίζει πλέον μόνο μεταδοτικές ασθένειες. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και για άλλα νοσήματα που εμφανίζουν αύξηση όπως ο καρκίνος και η καρδιοπάθεια αλλά ακόμα και για καταστάσεις που δεν εμπίπτουν οπωσδήποτε στην κατηγορία των νοσημάτων, όπως η παχυσαρκία. Στην παρούσα έκθεση, πάντως, το ενδιαφέρον μας περιορίζεται στις μεταδοτικές ασθένειες, καθώς εδώ εντοπίζονται οι ιδιαιτερότητες της εφαρμογής της αυτονομίας του προσώπου στην ιατρική πράξη, όταν η αυτονομία του έρχεται σε σύγκρουση με το δημόσιο συμφέρον, δηλαδή την προστασία των υγιών από τη μετάδοση παθογόνων από ασθενείς ή φορείς.

Μέτρα προστασίας από λοιμώδη νοσήματα λαμβάνονται από τις αρμόδιες υγειονομικές υπηρεσίες, είτε το νόσημα εμφανίζει έξαρση είτε όχι. Είναι δυνατόν ακόμα και όταν δεν υπάρχει αυξημένη απειλή για επιδημία να λαμβάνονται μέτρα που περιορίζουν την αυτονομία. Ιδιαίτερα, όμως, ο χαρακτηρισμός μιας ασθένειας ως επιδημικής ή πανδημικής οδηγεί οπωσδήποτε σε λήψη έκτακτων μέτρων από την Πολιτεία. Αντίστοιχα, η αποδοχή ή μη του περιορισμού της αυτονομίας επηρεάζεται προφανώς και από το μέγεθος του κινδύνου να προκληθεί επιδημία ή την ύπαρξη επιδημίας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, καθώς ο χαρακτηρισμός μιας ασθένειας ως επιδημικής εξαρτάται από τη σχετική αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων, και όχι από τον απόλυτο αριθμό των τελευταίων, υπάρχει περίπτωση μια επιδημία να αντιστοιχεί πρακτικά σε μικρό σχετικά αριθμό ασθενών ή φορέων. Τα παραπάνω αναφέρονται κυρίως για να αναδείξουν ότι ο όρος «επιδημία» ή ακόμη και «πανδημία» δεν δηλώνει αναγκαστικά μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Η επικινδυνότητα μιας επιδημίας θα εξαρτηθεί από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας, όπως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η θνησιμότητα που προκαλεί, καθώς και η μεταδοτικότητά της.

3. Προληπτικά μέτρα

Ένα από τα αποτελεσματικότερα εργαλεία της σύγχρονης ιατρικής για την πρόληψη μεταδοτικών ασθενειών είναι ο εμβολιασμός. Το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα είναι η περίπτωση της ευλογιάς που εξαλείφθηκε χάρη στον επιτυχημένο εμβολιασμό

κατά της ασθένειας. Τα εμβόλια ενισχύουν την άμυνα όσων τα λαμβάνουν απέναντι σε συγκεκριμένα παθογόνα, για τα οποία έχουν σχεδιαστεί, προετοιμάζοντας το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού για άμεση αναγνώριση και αποτελεσματικότερη αντίσταση σε ενδεχόμενη μελλοντική προσβολή από τα παθογόνα αυτά. Η προστασία που προσφέρει το εμβόλιο δεν είναι απόλυτη και είναι πιθανό ένα πρόσωπο να προσβληθεί από μια ασθένεια για την οποία έχει εμβολιαστεί. Το εμβόλιο, πάντως, μειώνει σημαντικά την πιθανότητα προσβολής αλλά και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων σε περίπτωση προσβολής.

Η επιτυχία ενός προγράμματος εμβολιασμού εξαρτάται όμως όχι μόνο από την αποτελεσματικότητα του εμβολίου αλλά και από το ποσοστό του πληθυσμού που συμμετέχει στον εμβολιασμό. Ο εμβολιασμός μειώνει όχι μόνο την πιθανότητα να νοσήσει ένα άτομο όταν έρθει σε επαφή με το παθογόνο αλλά και την πιθανότητα να έρθει σε τέτοια επαφή, εφ' όσον έχει εμβολιαστεί ικανός αριθμός ατόμων ενός πληθυσμού. Το τελευταίο φαινόμενο είναι γνωστό ως «έμμεση ανοσία» ή «ανοσία της αγέλης» (herd immunity). Κατά συνέπεια, η απόφαση κάποιου να εμβολιασθεί ο ίδιος, ή ενός γονιού να δεχτεί τον εμβολιασμό των παιδιών του, έχει επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο, καθώς το εμβόλιο δεν προστατεύει μόνον όποιον το δέχεται αλλά και τον υπόλοιπο πληθυσμό. Επομένως, η απόφαση για τη συμμετοχή ή μη σε έναν εμβολιασμό μπορεί να οδηγήσει σε δίλημμα μεταξύ αυτονομίας και δημόσιου συμφέροντος.

II. Ηθικά ζητήματα

Η αυτονομία οριοθετείται, σε περιπτώσεις μεταδοτικών ασθενειών, από δικαιολογημένα συμφέροντα άλλων προσώπων ή του κοινωνικού συνόλου. Τα όρια της αυτονομίας του ασθενούς έχουν δύο διαστάσεις, αυτή των ορίων απέναντι στις επιταγές της ιατρικής επέμβασης (διάγνωσης, πρόληψης ή θεραπείας) και εκείνη που οριοθετεί την αυτονομία απέναντι σε τρίτους.

Οι μεταδοτικές ασθένειες, όπως και οι άλλες απειλές για τη δημόσια υγεία, αφορούν αυτή τη δεύτερη διάσταση. Τίθενται, σχετικά, τα εξής βασικά ερωτήματα:

- Σε ποια έκταση δικαιολογείται ο περιορισμός εκφάνσεων της εν γένει αυτονομίας για χάρη της δημόσιας υγείας (1);

- Τι ισχύ έχει η αρχή της συναίνεσης του ασθενούς όταν απειλείται η δημόσια υγεία (2);

Στα ερωτήματα αυτά πρέπει να προστεθεί ο προβληματισμός για την ισχύ της αρχής του «ωφελείν ή μη βλάπτειν», δηλαδή της έκτασης του ιατρικού καθήκοντος σε συνθήκες απειλής της υγείας (ίσως και της ζωής) ολόκληρων πληθυσμών, καθώς επηρεάζει εξ αντικειμένου την άσκηση της αυτονομίας του ασθενούς (3).

Τέλος, δύο συναφή θέματα – οι κλινικές δοκιμές εμβολίων και φαρμάκων και οι αντίστοιχες ευρεσιτεχνίες - αξίζει να προσεχθούν ιδιαίτερα, καθώς εγείρουν επίσης σοβαρά ηθικά ερωτήματα. Αυτά συνδέονται, αφενός, με την ακριβή ενημέρωση του ασθενούς και, αφετέρου, με την πρόσβαση του σε θεραπευτικά μέσα, στο πλαίσιο της άσκησης της αυτονομίας του (4).

1. Εν γένει αυτονομία και δημόσια υγεία: περιορισμοί και ο κίνδυνος του στιγματισμού

Το δικαιολογημένο συμφέρον της προστασίας της υγείας των άλλων αποτελεί τη βάση για την επιβολή περιορισμών στη συνολική αυτονομία των ήδη πασχόντων, ιδίως στην ελευθερία της κίνησης και στις κοινωνικές συναναστροφές τους.

Η διαπίστωση αυτή χρειάζεται πάντως να αναλυθεί. Πράγματι δεν οδηγούν όλες οι μεταδοτικές ασθένειες στους ίδιους περιορισμούς. Επιβάλλεται εδώ να γίνονται διακρίσεις τόσο μεταξύ εύκολα και δύσκολα μεταδιδόμενων νοσημάτων, όσο και μεταξύ ήπιων και σοβαρών νοσημάτων (π.χ. γρίπη αφενός, HIV αφετέρου).

Ήπια νοσήματα, ακόμη και εύκολα μεταδιδόμενα, δεν δικαιολογούν τέτοιους περιορισμούς της εν γένει αυτονομίας, όπως δεν τους δικαιολογούν σοβαρά νοσήματα δύσκολα μεταδιδόμενα. Υπάρχουν βέβαια πολλές παραλλαγές αυτών των συνδυασμών, έτσι ώστε πιο λεπτομερή κριτήρια γενικής ισχύος να μην μπορούν να συναχθούν.

Ο κίνδυνος που παρουσιάζουν οι περιορισμοί της συνολικής αυτονομίας είναι η επιβολή αθέμιτων διακρίσεων, εξ αιτίας κάποιου «στιγματισμού» των πασχόντων που απομονώνονται – έστω περιστασιακά - από την κοινωνική ζωή. Ο κίνδυνος αυτός αναδεικνύει προ πάντων ένα γενικότερο πρόβλημα ηθικής υφής. Ιστορικά, ο στιγματισμός ομάδων του πληθυσμού με αφορμή την προστασία της δημόσιας υγείας είναι ένα φαινόμενο που επαναλαμβάνεται, από τους διωγμούς και τις σφαγές εναντίων των Εβραίων την εποχή του μεσαιωνικού «Μαύρου Θανάτου» (πανδημία

πανώλους), του διωγμού κατά των επαιτών για τον ίδιο λόγο τον 19^ο αιώνα, και αυτού κατά των εκδιδόμενων γυναικών για την μετάδοση σύφιλης στην περίοδο του Α' Παγκοσμίου Πολέμου, έως τις πιο σύγχρονες πρακτικές διακριτικής μεταχείρισης των ασθενών AIDS. Στη χώρα μας φαινόμενα στιγματισμού παρατηρήθηκαν στο παρελθόν, με αφορμή τις περιπτώσεις της λέπρας και της φυματίωσης.

Τα γεγονότα αυτά έδειξαν ότι η δημόσια υγεία δεν μπορεί να θεωρείται μονοσήμαντα ιατρικό πρόβλημα, αλλά έχει μια σοβαρή κοινωνική και πολιτική διάσταση. Η επιβολή περιορισμών στη συνολική αυτονομία, επομένως, πρέπει να λαμβάνει υπόψη την τελευταία, καθώς οι περιορισμοί δεν δικαιολογούνται αν δεν συνοδεύονται από μέτρα κοινωνικής πολιτικής που θα ελαχιστοποιούσαν τις πιθανότητες μετάδοσης ασθενειών (π.χ. για τη στέγαση, την υγιεινή διατροφή κ.λπ. των φτωχών ή μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού), καθώς και μέτρα δίκαιης μεταχείρισης (που δεν θα διέκριναν π.χ. τον κίνδυνο για αφροδίσια νοσήματα, ανάλογα με το αν προέρχεται από πρόσωπα εκδιδόμενα ή τους πελάτες τους).

Στην εποχή μας, η έξαρση του μεταναστευτικού φαινομένου προκαλεί αυξημένη πιθανότητα στιγματισμού, με αφορμή τη δημόσια υγεία. Το γεγονός ότι στις χώρες προέλευσης των μεταναστών –κυρίως των μη νόμιμων- υπάρχει συχνά μεγάλη διάδοση λοιμωδών νοσημάτων (ιδίως από την υποσαχάρια Αφρική και τη Ν. Ασία), ενώ οι τοπικές υπηρεσίες υγείας παραμένουν υποτυπώδεις, αποτελεί πραγματική αιτία ανησυχίας για τη μεταφορά τέτοιων νοσημάτων στις χώρες υποδοχής. Πολύ περισσότερο, ωστόσο, στην εκδήλωση πρακτικών στιγματισμού –δυσμενής μεταχείριση, δημιουργία «γκέτο» κ.λπ.- συμβάλλει μια εντύπωση «μιάσματος» που προκαλεί η ελλιπής ή η εσφαλμένη πληροφόρηση για τα ιατροβιολογικά χαρακτηριστικά –και ιδίως την ευκολία μετάδοσης- μιας ασθένειας. Οι περιπτώσεις της νόσου του Hansen (λέπρας) και, πιο πρόσφατα, του HIV/AIDS επιβεβαιώνουν αυτή την παρατήρηση, καθώς υπήρξε στιγματισμός πληθυσμιακών ομάδων, για δύο ασθένειες που μεταδίδονται συγκριτικά δύσκολα.

Στην περίπτωση της νόσου του Hansen ο ακριβής τρόπος μετάδοσης δεν είναι ακόμη γνωστός, είναι όμως δεδομένο ότι, ενώ μπορεί να μεταδοθεί με παρατεταμένη κοινωνική επαφή, περίπου 95% των ανθρώπων έχουν ανοσία, χωρίς να είναι όμως εξακριβωμένοι οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η ανοσία αυτή. Ίσως το τελευταίο στοιχείο, σε συνδυασμό με την παραμόρφωση που προκαλείται, να οδήγησε στο παρελθόν στον κοινωνικό στιγματισμό των ασθενών.

Στην περίπτωση του HIV/AIDS, ο τρόπος μετάδοσης είναι γνωστός και προϋποθέτει έκθεση σε σωματικά υγρά μέσω της σεξουαλικής πράξης, μετάγγιση μολυσμένου αίματος ή χρήση μολυσμένης σύριγγας. Ο ιός μπορεί επίσης να μεταδοθεί από τη μητέρα στο έμβρυο. Η απλή κοινωνική επαφή με ασθενή ή οροθετικό δεν αποτελεί κίνδυνο μετάδοσης. Παρ' όλα αυτά, ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της ασθένειας -αλλά ακόμη και σήμερα-, τα οροθετικά άτομα αντιμετωπίζονται με πολύ μεγαλύτερη επιφύλαξη από ό,τι δικαιολογούν τα ιατρικά δεδομένα, ακόμη και με προκατάληψη. Εκτός από τη σοβαρότητα της ασθένειας, που αρχικά οδηγούσε σε σχεδόν βέβαιο θάνατο, ενώ σήμερα υπάρχει δυνατότητα αντιμετώπισης, η προκατάληψη πηγάζει από το γεγονός ότι στις δυτικές χώρες η ασθένεια είχε αρχικά μεγαλύτερη συχνότητα σε ομοφυλόφιλους άνδρες. Ο προϋπάρχων στιγματισμός των ομοφυλοφίλων επέτεινε το στιγματισμό των ασθενών και φορέων του HIV/AIDS.

Σε πρακτικό επίπεδο, η δυσκολία εν προκειμένω έγκειται στη δικαιολόγηση των εκάστοτε περιορισμών που αποφασίζονται για την προστασία της δημόσιας υγείας. Καθώς στα κριτήρια επιβολής τέτοιων περιορισμών από τις αρμόδιες κρατικές αρχές –στην ελευθερία κίνησης και εγκατάστασης, ιδίως- είναι ενδεχόμενο να εμπλέκονται και μη ιατρικές σκοπιμότητες (π.χ. συστηματικής δυσφήμισης ή και αποκλεισμού συγκεκριμένων ομάδων), η ακριβής και κατανοητή ιατρική πληροφόρηση του ευρύτερου κοινού για τη συγκεκριμένη ασθένεια, από επίσημο οργανισμό με εχέγγυα ανεξαρτησίας, αποβαίνει σημαντική.

2. Αυτονομία και αναγκαστική θεραπεία

Το δεύτερο σοβαρό ζήτημα που τίθεται, αφορά την αυτονομία του προσώπου για τη φροντίδα της υγείας του.

Εδώ, η αρχή της «συναίνεσης ύστερα από πληροφόρηση» ενδεχομένως επιδέχεται περιορισμούς, ιδίως ως προς τη διάσταση της «άρνησης θεραπείας». Επειδή εκείνο που διακυβεύεται άμεσα είναι και η υγεία των άλλων, η άρνηση θεραπείας δεν έχει την ηθική δικαιολόγηση που αναγνωρίζεται σε άλλες περιστάσεις.

Το γεγονός αυτό μπορεί να θέσει υπό συζήτηση την αναγκαστική θεραπεία ή πρόληψη (π.χ. υποχρεωτικό εμβολιασμό), ιδίως μάλιστα αν αυτός είναι ο μόνος τρόπος για να αποκατασταθεί η εν γένει αυτονομία του (υποκείμενου σε περιορισμό) ενδιαφερομένου.

Το ίδιο μπορεί να υποθεθεί και για την έκταση της (ατομικής) ενημέρωσης, αλλά και για την εξασφάλιση εναλλακτικών επιλογών θεραπείας, που επίσης περιορίζονται από τις έκτακτες συνθήκες και τους χρονικούς περιορισμούς μιας επιδημίας.

Η ένσταση που θα διατύπωνε κάποιος εδώ, είναι ότι η αναγκαστική θεραπεία δεν αποτελεί τη μόνη επιλογή για να αντιμετωπισθεί μια άρνηση του πάσχοντος. Κατά το μέρος, μάλιστα, που αποτελεί άμεση επέμβαση στο ίδιο το σώμα του τελευταίου, παραμένει αμφίβολο αν συμβιβάζεται με τον σεβασμό της ανθρώπινης αξίας του, καθώς φαίνεται να τον χρησιμοποιεί ως κοινό «μέσον» προκειμένου να προστατευθεί το κοινωνικό σύνολο. Η εναλλακτική λύση –αν δεχθούμε αυτή την ένσταση- θα ήταν η επιβολή άλλου είδους περιορισμών για την προστασία των άλλων, π.χ. περιορισμών στην κίνηση και στην εγκατάσταση, οι οποίοι δεν συνεπάγονται αναγκαστική θεραπεία. Η στάθμιση από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο της προτιμότερης για εκείνον επιλογής είναι, με τα παραπάνω δεδομένα, περισσότερο συμβατή με την αυτονομία του.

Αν εξαιρέσει κανείς, πάντως, επείγουσες καταστάσεις στις οποίες δεν έχει προλάβει να επέμβει η Πολιτεία– όποτε δικαιολογείται ηθικά η αυτενέργεια του ιατρού – η άσκηση της αυτονομίας δεν εξαφανίζεται μπροστά στο δημόσιο συμφέρον. Ιδίως σε περιπτώσεις ήπιων ή δύσκολα μεταδιδόμενων ασθενειών, η υποχρέωση σεβασμού της αυτονομίας παραμένει ακέραιη.

3. Η έκταση του ιατρικού καθήκοντος

Συχνά, όταν απειλείται η δημόσια υγεία από μεταδοτική ασθένεια, οι αντικειμενικές συνθήκες – ιδίως ο χρόνος - δεν επιτρέπουν την ανεμπόδιστη άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος. Στις περιπτώσεις αυτές, καθήκον του ιατρού είναι να ορίσει προτεραιότητες στην περίθαλψη του πληθυσμού, με κίνδυνο κάποιοι να μην έχουν περίθαλψη. Είναι προφανές ότι η διαθεσιμότητα του ιατρού αποτελεί την αναγκαία εξωτερική προϋπόθεση της αυτονομίας του ασθενούς.

Ως προηγούμενο τέτοιου καθορισμού προτεραιοτήτων μπορούμε να μνημονεύσουμε ανάγκες που δημιουργεί ο πόλεμος. Γίνεται γενικότερα αποδεκτή – από την εποχή του Α' Παγκοσμίου Πολέμου - μια τριμερής κατανομή του πληθυσμού ως προς την προτεραιότητα (“triage”), με κριτήριο τις πιθανότητες θεραπείας: προηγούνται εκείνοι που χρειάζονται άμεση βοήθεια, ακολουθούν όσοι μπορούν να μεταφερθούν σε νοσοκομείο έστω και αν έχουν προσβληθεί πιο σοβαρά και, τέλος, εκείνοι που είτε

έχουν προσβληθεί ελαφρά είτε έχουν ελάχιστες πιθανότητες επιβίωσης. Μπορεί, όμως, να υποθέσει κανείς και άλλα κριτήρια (π.χ. προτεραιότητα σε όσους θα θεραπεύσουν άλλους, προτεραιότητα στους νεότερους, στους πιο ηλικιωμένους, ακόμη και στους πρώτους που θα σπεύσουν για θεραπεία). Όσο και αν η πρακτική “triage” έχει συνδεθεί κυρίως με τον πόλεμο (καθώς και με φυσικές καταστροφές ή εκτροχιασμούς τραίνων), η κεντρική της σύλληψη χρησιμοποιείται επίσης και για τις περιπτώσεις επιδημιών.

Οι προτεραιότητες στην περίθαλψη πρέπει, πάντως, να ορίζονται εκ των προτέρων με σταθερούς κανόνες από όργανο της Πολιτείας, ώστε να μην επιβαρύνεται ατομικά ο ιατρός με τόσο αμφισβητούμενες ηθικά κρίσεις.

4. Επιμέρους θέματα: κλινικές δοκιμές, ευρεσιτεχνίες

Η ανάγκη άμεσης πρόληψης και θεραπείας που παρουσιάζεται στον πληθυσμό σε περιπτώσεις επιδημιών, θέτει με έμφαση το ζήτημα των τυχόν ανεπιθύμητων ενεργειών των νέων θεραπευτικών μέσων (φαρμάκων, εμβολίων) που δοκιμάζονται για την ανάσχεση του κινδύνου.

Με δεδομένο ότι οι κλινικές δοκιμές υπόκεινται πλέον σε μια συγκεκριμένη διαδικασία ελέγχου, που αποβλέπει στην ασφάλεια τόσο των εθελοντών που συμμετέχουν όσο και του τελικού προϊόντος πριν αυτό διατεθεί στο κοινό, ερωτάται αν αυτή η διαδικασία πρέπει να σχετικοποιείται, όταν επείγει η προσφορά νέων θεραπειών. Επειδή είναι προφανές ότι η επιδίωξη απόλυτης ασφάλειας, ακόμη και σε ομαλές συνθήκες, ουσιαστικά θα κατέληγε να αναιρέσει την προσπάθεια για νέες θεραπείες (ως υπερβολικά δαπανηρή σε χρόνο και σε πόρους), ο προβληματισμός για τη «μεγέθυνση του κινδύνου» δεν είναι αβάσιμος. Τα κριτήρια του κοινωνικά αποδεκτού βαθμού κινδύνων από ένα νέο φάρμακο ή εμβόλιο είναι, σε τελική ανάλυση, ζήτημα βιοηθικής και έτσι πρέπει να εξετάζονται.

Ανάλογος είναι και ο προβληματισμός για την εμβέλεια του δικαιώματος ευρεσιτεχνίας – επομένως και του εμπορικού προνομίου – σε νέα θεραπευτικά μέσα, υπό συνθήκες επείγοντος. Και εδώ, αποτελεί ζήτημα βιοηθικής ο περιορισμός του χρόνου απόλαυσης του προνομίου από τον δικαιούχο, για χάρη της ευχερέστερης (και φθηνότερης) προσφοράς ενός αναγκαίου φαρμάκου ή εμβολίου στο κοινό.

III. Η νομική διάσταση του προβλήματος

1. Το διεθνές δίκαιο

Με δεδομένο ότι η δημόσια υγεία θεωρείται από τα κράτη ως εμπίπτουσα στην εθνική κυριαρχία, διεθνείς πολιτικές προστασίας της από επιδημίες δεν προωθούνται, προς το παρόν, με ειδικούς κανόνες του διεθνούς δικαίου, αν εξαιρέσει κανείς τον τομέα της διακίνησης τροφίμων και ζωοτροφών. Σε αυτό προστίθεται και η διστακτικότητα των αναπτυγμένων χωρών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση σοβαρών μεταδοτικών ασθενειών που ενδημούν σε αναπτυσσόμενες χώρες (π.χ. ελονοσία, φυματίωση, HIV).

Παρ' όλα αυτά, ρυθμίσεις για τη διεθνή προστασία από επιδημίες υπάρχουν σε επίπεδο κατευθυντήριων οδηγιών (IHRs), προερχόμενες από την Π.Ο.Υ. Οι οδηγίες αυτές δεν είναι, βέβαια, νομικά δεσμευτικές, ωστόσο η μη τήρησή τους μπορεί να επισύρει άλλου είδους κυρώσεις (π.χ. την έκδοση ταξιδιωτικών οδηγιών από την Π.Ο.Υ.). Με την παγκοσμιοποίηση που διευκόλυνε διεθνείς μετακινήσεις, μεταναστευτικά ρεύματα και συναλλαγές και με την εμπειρία της μεγάλης εξάπλωσης μεταδοτικών ασθενειών τα τελευταία χρόνια, συζητούνται πια προτάσεις για την ανάπτυξη κανόνων διεθνούς δικαίου στο πεδίο αυτό.

2. Το ελληνικό δίκαιο

Η προστασία του κοινωνικού συνόλου από την εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών οριοθετείται νομικά από τις διατάξεις των άρθρων 21 παρ. 3 και 5 παρ. 4 του Συντάγματος, καθώς και από τη διάταξη του άρθρου 5 παρ. 1 (ε) της Ευρωπαϊκής Σύμβασης Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ)¹.

¹ Άρθρο 5 παρ. 4 Σ. «Απαγορεύονται ατομικά διοικητικά μέτρα που περιορίζουν σε οποιονδήποτε Έλληνα την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σε αυτή. Τέτοιου περιεχομένου περιοριστικά μέτρα είναι δυνατόν να επιβληθούν μόνο ως παρεπόμενη ποινή με απόφαση ποινικού δικαστηρίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις ανάγκης, και μόνο για την πρόληψη αξιόποινων πράξεων, όπως νόμος ορίζει.

Ερμηνευτική δήλωση:

Στην απαγόρευση της παραγράφου 4 δεν περιλαμβάνεται η απαγόρευση της εξόδου με πράξη του εισαγγελέα, εξαιτίας ποινικής δίωξης, ούτε η λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως νόμος ορίζει»

Με τη διάταξη 21 παρ. 3, το Σύνταγμα αναγνωρίζει την υγεία ως αντικείμενο κοινωνικού δικαιώματος, πέρα από την κατοχύρωσή της και ως αντικείμενο ατομικού δικαιώματος². Διαφοροποιεί έτσι την φροντίδα καθενός μεμονωμένα για τη δική του ατομική υγεία από τη φροντίδα που αναλαμβάνει το κράτος για την υγεία όλων. Με την έννοια αυτή, το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως βάση για τη λήψη μέτρων προστασίας της δημόσιας υγείας με πρωτοβουλία της Πολιτείας (π.χ. οργάνωση εμβολιασμών, αιμοδοσίας κ.λπ.)

Τόσο το Σύνταγμα όσο και η ΕΣΔΑ αναγνωρίζουν, όμως, την ανάγκη λήψης και περιοριστικών μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας.

Έτσι το άρθρ. 5 παρ. 4 Σ. (ερμηνευτική δήλωση) δέχεται κατ' εξαίρεση την επιβολή ατομικών διοικητικών μέτρων *«για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως νόμος ορίζει»*. Σημαντικό είναι να υπογραμμισθεί ότι τα μέτρα αυτά αποτελούν έντονο περιορισμό της προσωπικής ελευθερίας – απαγορεύοντας *«την ελεύθερη κίνηση ή εγκατάσταση στη Χώρα, καθώς και την ελεύθερη έξοδο και είσοδο σ' αυτήν»* - μπορούν να επιβάλλονται και από όργανο της Διοίκησης (υγειονομικές αρχές, αστυνομία, ΟΤΑ κ.λπ.), στο πλαίσιο πάντως ειδικής πρόβλεψης νόμου.

Στην ίδια κατεύθυνση, η ΕΣΔΑ (σύμβαση με αυξημένη τυπική ισχύ έναντι της κοινής μας νομοθεσίας) δέχεται στέρηση της προσωπικής ελευθερίας, μεταξύ άλλων, και *«...εάν πρόκειται περί νομίμου κρατήσεως ατόμων δυναμένων να μεταδώσωσι μεταδοτικήν ασθένειαν...»* (άρθρ. 5 παρ. 1 ε), πάντοτε, όμως, *«συμφώνως προς την νόμιμον διαδικασίαν»*.

Στο πλαίσιο των παραπάνω διατάξεων, η ευχέρεια του κοινού νομοθέτη να προχωρήσει σε περιορισμούς ατομικών ελευθεριών προσώπων που πάσχουν από μεταδοτικές ασθένειες εμφανίζεται ευρεία, σε κάθε όμως περίπτωση οριοθετούνται οι αρμοδιότητες του νομοθέτη από το Σύνταγμα.. Υπάρχουν, ωστόσο, και όρια:

α) Οι παραπάνω περιορισμοί αφορούν, κατ' αρχήν, την προσωπική ελευθερία και όχι άλλα θεμελιώδη δικαιώματα. Εγγυώνται, δηλαδή, την προστασία των άλλων από τη μετάδοση μιας ασθένειας και όχι την ίδια την αντιμετώπιση της ασθένειας ως προς τον ασθενή που τους υφίσταται. Δεν μπορούν, επομένως, να θεμελιώσουν και μέτρα υποχρεωτικής θεραπείας, παρακάμπτοντας τη βούληση του ασθενούς.

Άρθρο 21 παρ. 3 Σ. «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

² *Άρθρο 5 παρ. 5 Σ.* «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας...».

β) Οι περιορισμοί υπόκεινται στην αρχή της αναλογικότητας (άρθρο 25 παρ.1 Σ.). Δικαιολογούνται, δηλαδή, μόνον στην έκταση που το επιβάλλει η προστασία των άλλων.

γ) Επί πλέον δεν φθάνουν να αναιρούν εντελώς την προσωπική ελευθερία. Ο «πυρήνας» αυτού του δικαιώματος πρέπει να διατηρείται αλώβητος σε κάθε περίπτωση.

IV. Συμπερασματικές παρατηρήσεις

Με βάση τα δεδομένα που προαναφέρθηκαν, μπορούμε να καταλήξουμε σε ορισμένα συμπεράσματα, υποβοηθητικά για την διατύπωση μιας γνώμης της Επιτροπής.

1. Οι αποφάσεις ενός προσώπου για τα θέματα της υγείας του είναι δυνατόν να επηρεάσουν καθοριστικά την υγεία των άλλων, όπως φαίνεται χαρακτηριστικά στο παράδειγμα των μεταδοτικών λοιμωδών νοσημάτων. Η άσκηση της αυτονομίας επομένως, στο πεδίο αυτό, πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη το δημόσιο συμφέρον –δηλαδή την προστασία της δημόσιας υγείας- και, πάντως, οριοθετείται από αυτό το συμφέρον.
2. Η προηγούμενη παραδοχή δεν σημαίνει ότι η αυτονομία του προσώπου καθίσταται «διάτρητη» -και οριακά φθάνει να αναιρείται- από πολιτικές επιλογές που επικαλούνται την προστασία της δημόσιας υγείας. Η αυτονομία παραμένει ως κανόνας, ακόμη και σε περιπτώσεις επιδημιών ή πανδημιών, κάτι που σημαίνει ότι οποιαδήποτε μέτρα σχετικοποίησής της είναι πάντοτε εξαιρετικά και δικαιολογούνται μόνον στην έκταση που αποδεικνύονται κατάλληλα για τον εκάστοτε επιδιωκόμενο σκοπό (αρχή της αναλογικότητας). Η διάκριση εν προκειμένω των μεταδοτικών νοσημάτων σε κατηγορίες, βάσει του βαθμού επικινδυνότητας και μεταδοτικότητας είναι αναγκαία.
3. Η έγκαιρη πρόβλεψη γενικών κανόνων –ει δυνατόν σε «ανύποπτο» χρόνο-, τόσο για την επιβολή περιοριστικών μέτρων όσο και για την πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, κατά την εκδήλωση επιδημίας ή πανδημίας, δεν εγγυάται μόνο την αποτελεσματικότητα της πρόληψης ή της θεραπείας: ενισχύει, επί πλέον, το αίσθημα δίκαιης κατανομής πόρων και μέσων σε έκτακτες περιστάσεις, που επιβάλλει ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξία.
4. Το ενδεχόμενο κοινωνικού στιγματισμού προσώπων ή ολόκληρων ομάδων, με πρόσχημα την προστασία της δημόσιας υγείας είναι ιδιαίτερα σοβαρό, σε

καταστάσεις όπου επιβάλλεται η λήψη μέτρων. Ο κίνδυνος αυτός δεν αντιμετωπίζεται παρά με διαρκή εγρήγορση, βασισμένη στην έγκυρη και ακριβή ενημέρωση, κυρίως από την πλευρά των αρμοδίων οργάνων και θεσμών της Πολιτείας. Η δημόσια υγεία δεν είναι ανεκτό να προκαλεί φοβικά αντανάκλαστικά σε μια σύγχρονη δημοκρατική κοινωνία.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Δαγτόγλου Π. Δ., *Συνταγματικό Δίκαιο, Ατομικά Δικαιώματα Α'*, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1991.

Εμμανουηλίδη Δ. / Παπαγιάννη Ι., *Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, Δικαιώματα του Ανθρώπου* 2000.

Κοντιάδη Ξ., *Κράτος πρόνοιας και κοινωνικά δικαιώματα*, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1997.

Beauchamp, Dan E., *The Health of the Republic: Epidemics, Medicine, and Moralism as Challenges to Democracy*, Temple U. P., Philadelphia PA, 1988

Brandt, Allan M., *No Magic Bullet: A Social History of Venereal Disease in the United States since 1880*, Oxford U. P., N. York 1987.

Breslow, L., Duffy, J., Beauchamp, Dan E., Soskolne, C. L., Public Health, in: S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, v. 4, 3d ed., McMillan Reference, N. York, 2004, p. 2202 – 2221

Encyclopedia of public health / edited by Lester Breslow, online access

Evans, R. J., Epidemics, in: S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, v. 2, 3d ed., McMillan Reference, N. York, 2004, p. 789 – 794

Gostin L., The International Health Regulations and beyond, *Lancet, Infectious Diseases*, 4, 2004, pp. 606 – 607

Grad, F. P., Beauchamp, Dan E., Public Health Law, in: S. G. Post (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, v. 4, 3d ed., McMillan Reference, N. York, 2004, p. 2222 – 2234

Iseron, Kenneth V. and John C. Moskop, Triage in Medicine, Part I: Concept, History, and Types, *Annals of Emergency Medicine*, 49(3), 2007, pp. 275-281

Link, Bruce I., and Jo C Phelan, Stigma and its public health implications, *Lancet*, 367, 2006, pp. 528-529