

Γυναίκες και Υγεία, ΠΣΓ

ΠΟΛΙΤΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Ειδική Εκδήλωση

ΓΥΝΑΙΚΕΣ & ΥΓΕΙΑ

Δημαρχείο Αιγάλεω, 22 Νοεμβρίου 2017

Ευρωπαϊκές Πολιτικές Υγείας

Άννα Καραμάνου

Ο τομέας της υγείας δεν ανήκει στις αποκλειστικές αρμοδιότητες της ΕΕ. Στους τομείς, δηλαδή, που η ΕΕ μόνη της μπορεί να νομοθετεί και να εγκρίνει δεσμευτικές πράξεις. Οι αρμοδιότητες της ΕΕ χωρίζονται σε 3 βασικές κατηγορίες:

- αποκλειστικές αρμοδιότητες¹
- συντρέχουσες αρμοδιότητες
- υποστηρικτικές αρμοδιότητες

Σύμφωνα με τη Συνθήκη της Λισαβόνας, η **δημόσια υγεία** ανήκει στις συντρέχουσες αρμοδιότητες², όπου οι χώρες της ΕΕ μπορούν να νομοθετήσουν και να εγκρίνουν νομικά δεσμευτικές πράξεις, ενώ **η προστασία και η βελτίωση της ανθρώπινης υγείας** ανήκει στις υποστηρικτικές αρμοδιότητες, όπου η ΕΕ μπορεί να παρέμβει μόνο για να υποστηρίξει, να συντονίζει ή να συμπληρώνει τη δράση των χωρών της ΕΕ.

Η προστασία της δημόσιας υγείας και, ειδικότερα, τα ίδια τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να αποτελούν **πρωτίστως ευθύνη των κρατών μελών.**

Ωστόσο, η ΕΕ εξακολουθεί να είναι επιφορτισμένη με σημαντικό ρόλο, όσον αφορά την βελτίωση της δημόσιας υγείας, την πρόληψη και την διαχείριση των ασθενειών, την άμβλυνση των απειλών για την ανθρώπινη υγεία και την εναρμόνιση των στρατηγικών των κρατών μελών στον τομέα της υγείας.

Η ΕΕ έχει θέσει με επιτυχία σε εφαρμογή μια συνολική πολιτική μέσω της στρατηγικής «Μαζί για την υγεία», και του προγράμματος δράσης της για την περίοδο 2014–2020. Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο περιλαμβάνει την Υγεία και Ασφάλεια των Τροφίμων, καθώς και ειδικευμένους οργανισμούς, όπως είναι το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA).

Οι τρεις στρατηγικοί στόχοι της ΕΕ για την πολιτική υγείας είναι οι εξής:

1. Προαγωγή της καλής υγείας. Πρόληψη ασθενειών και προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής, μέσω της αντιμετώπισης προβλημάτων που συνδέονται με τη διατροφή, τη σωματική άσκηση, την κατανάλωση οινόπνευματων, καπνού και ναρκωτικών, τους περιβαλλοντικούς κινδύνους και τους τραυματισμούς.

2. Προστασία των πολιτών από απειλές κατά της υγείας — βελτίωση της παρακολούθησης και της ετοιμότητας για την αντιμετώπιση των επιδημιών και της βιοτρομοκρατίας, καθώς και αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης των νέων προκλήσεων, όπως η κλιματική αλλαγή.

3. Προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις της γήρανσης του πληθυσμού, στις

αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών και στην κινητικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών.

Παρά την απουσία σαφούς νομικής βάσης, η πολιτική σε θέματα δημόσιας υγείας είχε αναπτυχθεί σε διάφορους τομείς, πριν ακόμη αρχίσει να εφαρμόζεται η σημερινή Συνθήκη της ΕΕ (από 1.12.2009). Τα ερευνητικά προγράμματα στον τομέα της ιατρικής και της δημόσιας υγείας πρωτοξεκίνησαν το 1978 και έχουν καλύψει ζητήματα σχετικά με την ηλικία, το περιβάλλον και τον τρόπο διαβίωσης, τους κινδύνους από την ακτινοβολία και την ανάλυση του ανθρώπινου γονιδιώματος, με ιδιαίτερη έμφαση στις μείζονες ασθένειες.

Μεταξύ των σημαντικότερων πρωτοβουλιών που έχουν αναληφθεί, να θυμηθούμε τα προγράμματα «Η Ευρώπη κατά του καρκίνου» το 1987 και «Η Ευρώπη κατά του AIDS» το 1991. Περαιτέρω πρωτοβουλίες υλοποιούνται στο πλαίσιο του προγράμματος, *Ορίζοντας 2020*.

Ο ρόλος του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, ως αρμόδιου για τη λήψη αποφάσεων οργάνου (το οποίο συναποφασίζει με το Συμβούλιο), είναι πολύ ισχυρός στα θέματα υγείας, περιβάλλοντος και προστασίας των καταναλωτών.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο έχει εργαστεί συστηματικά για την δημιουργία μιας συνεκτικής πολιτικής σε θέματα δημόσιας υγείας. Έχει επίσης υποστηρίξει ενεργά τη στρατηγική για την υγεία με πλήθος γνωμοδοτήσεων, ερευνών, συζητήσεων, γραπτών δηλώσεων και εκθέσεων για θέματα, όπως οι κίνδυνοι από τις ακτινοβολίες, η ασφάλεια των ασθενών που υποβάλλονται σε ιατρική θεραπεία, η ενημέρωση και οι στατιστικές για την υγεία, ο σεβασμός της ζωής και η περίθαλψη των ασθενών τελικού σταδίου, ο Ευρωπαϊκός Χάρτης Νοσηλευόμενου Παιδιού,

οι καθοριστικοί για την υγεία παράγοντες, η βιοτεχνολογία, συμπεριλαμβανομένων της μεταμόσχευσης κυττάρων, ιστών και οργάνων, η παρένθετη μητρότητα, οι σπάνιες νόσοι, η ασφάλεια και αυτάρκεια των αποθεμάτων αίματος στην ΕΕ, ο καρκίνος, οι ορμόνες και οι ουσίες που προκαλούν διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος, τα «ηλεκτρομαγνητικά πεδία», τα ναρκωτικά και η επίδρασή τους στην υγεία, η ιονίζουσα ακτινοβολία, η νόσος του Alzheimer και άλλα είδη άνοιας, η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, η τηλεϊατρική, η ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά, η βιοτεχνολογία και οι ιατρικές της εφαρμογές η ευρωπαϊκή κάρτα υγείας, η διατροφή, ο καπνός και το κάπνισμα, ο καρκίνος του στήθους και ειδικότερα η υγεία των γυναικών.

Το 2013, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ζήτησε την έγκριση νομοθεσίας για την παροχή διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης και αναθεώρηση του νομικού πλαισίου για τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα και τις προηγμένες θεραπείες³. Η έκθεση της Επιτροπής Δικαιωμάτων των Γυναικών και Ισότητας των Φύλων (FEMM, 9.11.2016) εξετάζει το θέμα των νοσητικών διαταραχών και τονίζει την ανάγκη να διατεθούν περισσότεροι πόροι για έρευνες. Τονίζει μάλιστα το γεγονός ότι η έμφυλη ανισότητα, η βία και ο σεξισμός εκθέτουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερους κινδύνους κατάθλιψης, άγχους και πνευματικών διαταραχών.

Για πολλά χρόνια υπήρχε η γενική άποψη ότι στη θεραπεία και την περίθαλψη δεν υπάρχουν διακρίσεις λόγω φύλου από το ιατροφαρμακευτικό σύστημα. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια άρχισε να γίνεται συνείδηση ότι υπάρχει διαφορετική μεταχείριση μεταξύ ανδρών και γυναικών στις ιατρικές και υγειονομικές υπηρεσίες και ότι το φύλο

αποτελεί σημαντικό & καθοριστικό υγειονομικό παράγοντα.

Στις παγκόσμιες διασκέψεις των Ηνωμένων Εθνών, στο Κάιρο το 1994 και στο Πεκίνο το 1995, οι σχέσεις μεταξύ φύλου και υγείας είχαν περιληφθεί στην ημερήσια διάταξη. Όμως, παρά την ύπαρξη αυτών των διεθνών πρωτοβουλιών για την προστασία της υγείας των γυναικών δεν υπήρξαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις, ούτε σε εθνικό, ούτε σε διεθνές επίπεδο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έδωσε, έως ένα σημείο, συνέχεια στην Πλατφόρμα του Πεκίνου, αλλά δεν εστίασε την προσοχή της στην ανάπτυξη μιας πολιτικής φύλου στο εσωτερικό του τομέα της υγείας.

Η υγεία των γυναικών συχνά θεωρείται συνώνυμη με τη σεξουαλική και την αναπαραγωγική υγεία. Ωστόσο, οι γυναίκες, παρά το γεγονός ότι ζουν περισσότερα χρόνια από τους άνδρες, κατά γενική αντίληψη, έχουν χειρότερη υγεία και χρειάζονται περισσότερη θεραπεία. Η εμφάνιση οστεοπόρωσης είναι τέσσερις φορές πιο πιθανή στις γυναίκες παρά στους άντρες. Αυτό ερμηνεύεται, σε ένα βαθμό, από την περίπλοκη σχέση μεταξύ βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων, αλλά απαιτείται έρευνα σε αυτόν τον τομέα για να ερμηνευθεί ο μεγαλύτερος βαθμός ασθενικής υγείας και ανάγκης για ιατρική περίθαλψη.

Το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο μέσο προσδόκιμο ζωής σημαίνει ότι η πλειοψηφία του ηλικιωμένου πληθυσμού αποτελείται από γυναίκες. Πέραν του γεγονότος ότι οι γυναίκες αποτελούν την πολυπληθέστερη ομάδα του γηράσκοντος πληθυσμού, οι ηλικιωμένες γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες από ορισμένες παθήσεις που συνδέονται με την ηλικία, όπως οι ρευματικοί πόνοι και η ασθένεια του Αλτςχάιμερ.

Σύμφωνα με πρόσφατη ευρωπαϊκή επιστημονική μελέτη, του Ινστιτούτου Ανάλυσης Εφαρμοσμένων Συστημάτων της Αυστρίας, περίπου μία στις πέντε Ελληνίδες (ποσοστό 21%) και ένας στους έξι Έλληνες (17%) άνω των 65 ετών ζουν σήμερα με κάποια σωματική αναπηρία, που περιορίζει τις καθημερινές κινήσεις και δραστηριότητές τους, όπως να μαγειρέψουν, να ντυθούν, να κάνουν μπάνιο ή να πάνε για ψώνια.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες, λόγω των εισοδηματικών και ιδιοκτησιακών ανισοτήτων νωρίτερα στη ζωή τους, έχουν λιγότερα συνταξιοδοτικά οφέλη και διαθέτουν λιγότερους χρηματοοικονομικούς πόρους για περίθαλψη και θεραπεία. Αυτοί είναι ορισμένοι από τους λόγους για τους οποίους χρειαζόμαστε υγειονομικό σύστημα και γηριατρική φροντίδα καλώς αναπτυγμένα και χρηματοδοτούμενα από το κράτος. Σε διαφορετική περίπτωση, μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων γυναικών δεν θα έχει καμιά απαραίτητη περίθαλψη και θεραπεία. Είναι τώρα επίσης γνωστό ότι το φύλο του ασθενούς αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για το πώς οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα, κάνουν διάγνωση και προτείνουν θεραπευτική αγωγή – ακόμη και όταν τα συμπτώματα των γυναικών και των ανδρών είναι ακριβώς τα ίδια και κανένας βιολογικός παράγοντας δεν δικαιολογεί καμιά διαφορά.

Η διάσταση του φύλου στην ιατρική σημαίνει επίσης την εμφάνιση κακής υγείας που οφείλεται σε άνισες σχέσεις ισχύος μεταξύ των φύλων, όπως η βία των ανδρών κατά των γυναικών. Η ιατρική έρευνα σχετικά με το φύλο υπήρξε καθοριστική στο να τονίσει τη σημασία των επιπτώσεων στην υγεία, της βίας και της κακομεταχείρισης που υπέστησαν γυναίκες από

τους συντρόφους τους, καθώς και για θέματα εμπορίας γυναικών και πορνείας.

Παρά το γεγονός ότι η βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα τόσο εκτεταμένο πρόβλημα δημόσιας υγείας, έχει παραμείνει αόρατο φαινόμενο στον τομέα της ιατρικής εκπαίδευσης και πρακτικής. Για παράδειγμα, οι ασθενείς δέχονται ερωτήσεις για τις καπνιστικές συνήθειές τους, αλλά στις περισσότερες γυναίκες ασθενείς δεν υποβάλλονται ερωτήσεις σχετικά με το αν υφίστανται βία, παρά το γεγονός ότι η βία κατά των γυναικών, σύμφωνα με μελέτες, συμβαίνει συχνότερα & με χειρότερες επιπτώσεις από ό,τι για παράδειγμα, το κάπνισμα.⁴ Η βία κατά των γυναικών προκαλεί υψηλότερη θνησιμότητα στις γυναίκες ηλικίας 15 έως 44 ετών από όσο ο καρκίνος, η ελονοσία, τα τροχαία ατυχήματα ή ο πόλεμος. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει ότι τουλάχιστον μια στις πέντε γυναίκες στον κόσμο έχει υποστεί φυσική ή νοητική κακομεταχείριση στη ζωή της.⁵

Μια ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στο νοσοκομείο **Danderyd στη Στοκχόλμη της Σουηδίας** κατέδειξε ευρύτατες ανισότητες μεταξύ ανδρών και γυναικών από πλευράς, **συνταγογράφησης, θεραπείας και κόστους**. Για παράδειγμα, οι άνδρες δέχονταν διπλάσιες ελαφρές θεραπείες του σώματος, σε σύγκριση με τις γυναίκες, για διάγνωση εκζέματος ή ψωρίασης, παρά το γεγονός ότι αυτές οι παθήσεις είναι εξίσου κοινές και στα δυο φύλα. Το συμπέρασμα της έρευνας από πλευράς κόστους είναι ότι, αν οι γυναίκες ακολουθούσαν την ίδια εντατική θεραπευτική αγωγή με τους άνδρες, οι πόροι που θα δαπανούνταν για τη θεραπεία των γυναικών θα αυξάνονταν κατά 61%. Από την άλλη πλευρά, αν οι άνδρες εφαρμόζουν μικρότερης έκτασης θεραπευτική αγωγή, όπως συμβαίνει με τις

γυναίκες, θα σημειωνόταν εξοικονόμηση πόρων για κόστος θεραπείας της τάξης του 33%.⁶

Οι στεφανιαίες νόσοι των γυναικών εκδηλώνονται διαφορετικά, μέχρις ενός σημείου, και, όταν απαιτείται νοσοκομειακή περίθαλψη, δεν αντιμετωπίζονται με την ίδια ταχύτητα όπως στους άνδρες. Οι γυναίκες με οξείες καρδιολογικές παθήσεις αναγκάζονται να περιμένουν περισσότερο χρόνο για τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο και, όταν μεταφέρονται σε νοσοκομείο, η υποδοχή τους δεν είναι η ίδια. Απαιτείται περισσότερος χρόνος πριν υποβληθούν σε ακτινογραφία καρδιάς και δεν λαμβάνουν άμεση θεραπευτική αγωγή το ίδιο συχνά υπό μορφή αγγειοπλαστικής ή εγχείρησης στεφανιαίας παράκαμψης. Μια μελέτη σχετικά με την οφθαλμολογική περίθαλψη καταδεικνύει ότι η πρόσβαση των γυναικών σε εγχειρήσεις καταρράκτη είναι δυσκολότερη.

Οι γυναίκες υποφέρουν συχνότερα από παρενέργειες καρδιολογικών φαρμάκων και αυτό πιθανώς οφείλεται σε εσφαλμένη δοσολογία. Ωστόσο, δεν έχει διεξαχθεί έρευνα για τον προσδιορισμό της αιτίας.⁷ **Τα φάρμακα επενεργούν διαφορετικά στους άνδρες και στις γυναίκες.** Παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες καταναλώνουν περισσότερα φάρμακα από τους άνδρες, οι άνδρες εξακολουθούν να αποτελούν συχνότερα το πρότυπο στην ιατρική έρευνα και την εξέλιξη νέων φαρμάκων. Οι στατιστικές εμφανίζουν ότι οι άνδρες έχουν ταχύτερη πρόσβαση σε νέα φάρμακα και σύγχρονη θεραπεία.⁸

Ο καρκίνος του μαστού είναι ένας από τους περισσότερο κοινούς τύπους καρκίνου μεταξύ των γυναικών στην ΕΕ και σε άλλες βιομηχανικές χώρες, όπως οι ΗΠΑ και ο Καναδάς. Ελάχιστη έρευνα έχει πραγματοποιηθεί για τα αίτια και τους παράγοντες του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου

του μαστού. Η υφιστάμενη έρευνα καταδεικνύει ότι οι κίνδυνοι αυξάνονται προϋούσης της ηλικίας, ότι η κληρονομικότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα, πολλές όμως γυναίκες προσβάλλονται από καρκίνο χωρίς να συντρέχει κάποιος από αυτούς τους παράγοντες.

Τροφικές διαταραχές, όπως η νευρική βουλιμία και η ανορεξία, έχουν αυξηθεί, ιδιαίτερα μεταξύ των νέων γυναικών. Αυτό συχνά συνδέεται, από τη βιομηχανία της μόδας και την εμμονή των μέσων μαζικής ενημέρωσης, με το αδυνάτισμα και την εμφάνιση. Ελάχιστες επιστημονικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί για τα προβλήματα των τροφικών διαταραχών. Ορισμένες από αυτές καταδεικνύουν ότι μπορεί να συνδέονται με την κακομεταχείριση και την ενδοοικογενειακή βία.⁹ Υπάρχει ανάγκη για έρευνα, ώστε να ερμηνευθούν και συνεπώς να προληφθούν αυτές οι διαταραχές και, με τη λήψη κατάλληλων μέτρων, να βοηθηθούν οι νέες γυναίκες που έχουν ήδη προσβληθεί.

Μέγα θέμα υπάρχει με τις **καισαρικές τομές**.¹⁰ Οι περισσότερες δεν είναι επιβεβλημένες, αλλά είναι απόρροια του γεγονότος, ότι οι περισσότερες πραγματοποιούνται σε προκαθορισμένη ημερομηνία, παρά τους σοβαρούς κινδύνους που συνεπάγονται για τη μητέρα και το παιδί. Ασφαλώς η αύξηση των περιπτώσεων καισαρικής τομής συνεπάγεται μεγάλες δαπάνες για τα εθνικά συστήματα υγείας, αλλά και κινδύνους για την υγεία.

Η καλή υγεία για όλους/ες πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο σε όλες τις διαδικασίες λήψης πολιτικών και οικονομικών αποφάσεων. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή μας σε στρατηγικές πρόληψης των ασθενειών που περιλαμβάνουν κατάλληλη πληροφόρηση του κοινού και εξασφαλισμένη πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη για όλους.

Χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη η διάσταση του φύλου σε όλες τις πολιτικές για την υγεία και τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων, τόσο στις στρατηγικές δημόσιας υγείας των κρατών μελών, όσο και στην στρατηγική περί υγείας της ΕΕ.

Τέλος, αξίζει να τονιστεί ότι οι γυναίκες που απασχολούνται στον τομέα της υγείας είναι σαφώς περισσότερες από τους άντρες, αλλά σαφώς υποεκπροσωπούνται στις επιτελικές θέσεις. Γι αυτό είναι ανάγκη να προωθηθεί η ισότητα των φύλων στις επιτελικές θέσεις του ιατρικού τομέα και να εξαλειφθούν όλες οι προκαταλήψεις λόγω φύλου και ηλικίας. Αυτός είναι ένας από τους βασικούς στόχους του ΠΣΓ.

Άννα Καραμάνου

Αντιπρόεδρος Π.Σ.Γ

**Δρ Πολιτικής Επιστήμης & Δημόσιας
Διοίκησης ΕΚΠΑ**

**π. ευρωβουλευτρια -Πρόεδρος Επιτροπής
Δικαιωμάτων των Γυναικών & Ισότητας των
Φύλων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου**

¹ Σε αυτές ανήκουν: τελωνειακή ένωση, κανόνες ανταγωνισμού, νομισματική πολιτική, διατήρηση των βιολογικών πόρων της θάλασσας, [κοινή αλιευτική πολιτική](#), εμπορική πολιτική & η υπό όρους σύναψη διεθνών συμφωνιών.

² [άρθρο 6](#) της ΣΛΕΕ

³ Directive 2011/24/EU codifies patients' rights to reimbursement for healthcare received in another EU Member State

⁴ Lundgren, Heimer, Westerstrand, Kallioski: 'Captured Queen – men's violence against women in 'equal' Sweden – a prevalence study', Fritzes 2001.

5 World Health Organisation: Violence against Women Fact Sheets WHO/FRHWHD/97.8, 1997.

6 Osika, Ingrid: 'Ett konkret exempel på ojämställd vård' (A specific example of unequal care), Linköping University.

7 Asplund. Wigzell: 'Jämställd vård?' (Equal care?), National Board of Health and Welfare (2004), pp. 55–57.

8 *ibid.* p. 74.

9 WHO World Report on Violence and Health 2002, Heise Lori et al Population Report: Ending Violence against women, John Hopkins School of Public Health 1999.

10 Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι ιατρικά αποδεκτή είναι η καισαρική τομή στο 15% των τοκετών. Στις χώρες της Ε.Ε. ο μέσος όρος των καισαρικών δεν ξεπερνάει το 30%. Στην Ελλάδα σχεδόν το 58% των τοκετών γίνεται με καισαρική τομή, ποσοστό που σε επίπεδο χωρών του ΟΟΣΑ «ανταγωνίζεται» μόνο η Τουρκία, με 51% των τοκετών. Ο υπουργός Υγείας Ανδρέας Ξανθός έχει ζητήσει από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας ένα πλαίσιο κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων βάσει των οποίων θα επιλέγεται η διενέργεια καισαρικής τομής.