

## ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

# Πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων Alma-Ata 1978 και σήμερα. Τι έχει επιτευχθεί και τι αναμένεται;

Γίνεται ανασκόπηση των διαφόρων καταστάσεων και γεγονότων, καθώς και των συνθηκών που επικρατούσαν παγκοσμίως, πριν από τη σύναξη που συγκάλεσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) το 1978 στην Alma-Ata, πρωτεύουσα του Kazakhstan. Εκπρόσωποι από 134 χώρες, μαζί με την Ελλάδα, συγκεντρώθηκαν και αντάλλαξαν απόψεις για μία εβδομάδα αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των λαών. Με απόλυτη ομοφωνία έλαβαν σημαντικές αποφάσεις και έθεσαν ως στόχο: «Υγεία για όλους έως το 2000. Η πρωτογενής φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το κλειδί για την πραγματοποίηση του στόχου που τέθηκε». Με την πάροδο των ετών, έγινε σύντομα σαφές ότι ο στόχος δεν θα επιτυγχανόταν. Έτσι, το 2000 ο ΟΗΕ συγκάλεσε νέα σύσκεψη όπου αντιπροσωπεύτηκαν 189 χώρες και με χρονικό ορίζοντα το 2015 έθεσαν οκτώ, αρκετά φιλόδοξους στόχους. Σήμερα, μετά από την παρέλευση του μισού χρόνου απ' όσο υπολόγισαν ότι θα χρειαζόταν για την επιτυχία των στόχων, οι συγγραφείς, αρκετά απαισιόδοξοι, συνιστούν έναν ιδιαίτερο –εντελώς ελληνικό– τρόπο για την εξασφάλιση «υγείας για όλους» στην Ελλάδα. Σε συντομία, μια καλή προετοιμασία των πολιτών με την εφαρμογή έντονων προγραμμάτων «υγειονομικής διαφώτισης» από το κράτος και στη συνέχεια αναζήτηση, οργάνωση και συντονισμός των πλούσιων ευπατρίδων Ελλήνων για την επιτυχία του εγχειρήματος. Χρειάζονται μερικά «φωτισμένα μυαλά» για να δοκιμαστεί ο προτεινόμενος τρόπος.

Στη σημερινή εποχή, την εποχή της βασισμένης σε ενδείξεις Ιατρικής (evidence-based medicine), είναι συρρέουσες οι πληροφορίες, τα δεδομένα και οι αποδείξεις ότι τις τελευταίες δεκαετίες και σε όλα τα μήκη και τα πλάτη η σωστή και επιμελημένη εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων αποδίδει εντυπωσιακά αποτελέσματα<sup>1-23</sup> για την πρόληψη των χρονίων καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή προγραμμάτων για την πρόληψη της αθηροσκληρωτικής νόσου σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες (μελέτες Oslo, Veterans, Framingham, Helsinki, WOSCO, 4S, MRFIT κ.λπ.) είναι απολύτως πειστικά και αποδεικτικά. Η εφαρμογή των προληπτικών μέτρων στις μελέτες αυτές οδήγησε όχι μόνο σε πρόληψη (πρωτογενή και δευτερογενή), αλλά ακόμη και σε υποστροφή της αθηροσκληρωτικής νόσου.

Από το απλό περπάτημα και τη φροντίδα για σωστή-υγιεινή διατροφή μέχρι τη συστηματική καταπολέμησή ή

και την αποφυγή και τη διόρθωση όλων των γνωστών και άγνωστων, κλασικών και «νεότερων», τροποποιήσιμων και μη, παραγόντων κινδύνου (πίνακες 1, 2), όλα συμβάλλουν στην αποτελεσματική πρόληψη.

Τα συμπεράσματα των μελετών αυτών ενισχύονται και επιβεβαιώνονται επίσης από τις πλέον πρόσφατες στατιστικές της πορείας και εξέλιξης των χρονίων καρδιαγγειακών νοσημάτων, κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Οι στατιστικές της American Heart Association (εικόνες 1-4), που θεωρούνται από τις πλέον αξιόπιστες, παρέχουν άφθονες πληροφορίες και στοιχεία που καταδεικνύουν τα ευεργετικά, γενικά, αποτελέσματα τα οποία έχουν προκύψει. Τα αποτελέσματα αυτά αποδίδονται κατά ένα μεγάλο ποσοστό –εκτός από τις επιστημονικές εξελίξεις και τις θεραπευτικές προόδους– και στην εφαρμογή των προληπτικών προγραμμάτων.

Η σύγκριση της καρδιαγγειακής θνησιμότητας μεταξύ

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2010, 27(1):7-17  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2010, 27(1):7-17

Λ.Π. Ανθόπουλος,<sup>1</sup>  
Π.Λ. Ανθόπουλος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Β' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι  
<sup>2</sup>Αιμοδυναμικό Τμήμα, ΠΓΝ «Ευαγγελισμός», Αθήνα

Prevention of cardiovascular diseases: Alma-Ata 1978 and today. What has been achieved and what should be expected?

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Alma-Ata και πρόληψη  
Καρδιαγγειακή πρόληψη

Υποβλήθηκε 20.6.2009  
Εγκρίθηκε 25.6.2009

\* Παρουσιάστηκε ως η «κεντρική ομιλία» στο 26ο Συνέδριο της Εταιρείας Προληπτικής Ιατρικής, στις 26 Ιανουαρίου 2009 στο Ζάππειο, από τον πρώτο εκ των συγγραφέων

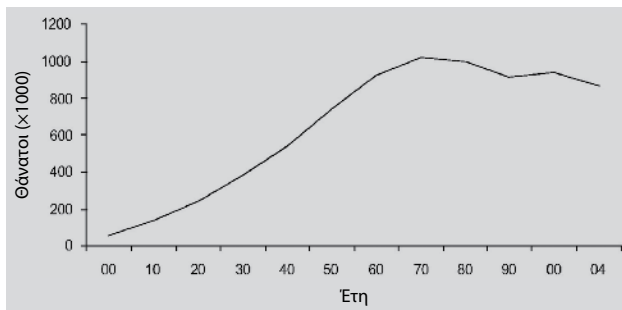
**Πίνακας 1.** Οι κλασικοί παράγοντες κινδύνου.

Τροποποιήσιμοι	Μη τροποποιήσιμοι
Κάπνισμα	Ηλικία
Αρτηριακή υπέρταση	Φύλο
Δυσλιπιδαιμία	Κληρονομικότητα
Παχυσαρκία	
Υπερουριχαιμία	
Άγχος και προσωπικότητα	
Σακχαρώδης διαβήτης*	

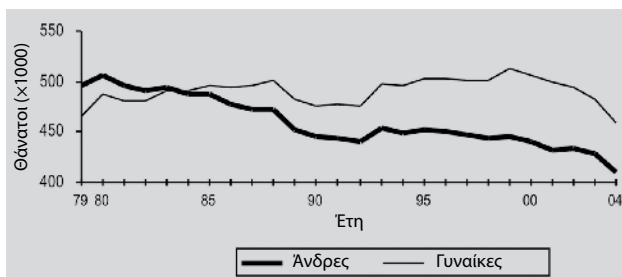
\* Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα

των δύο φύλων κατά την 25ετία 1979–2004 στις ΗΠΑ δείχνει –ενδεχομένως– την επίδραση του «φεμινιστικού κινήματος» (εικ. 2). Πάντως, η γραμμική θετική συσχέτιση του καρδιαγγειακού κινδύνου με τον αριθμό και τη βαρύτητα (Α–D) των κλασικών παραγόντων κινδύνου ισχύει και για τα δύο φύλα (εικ. 3).

Ο μύθος ότι οι νεοπλασματικές παθήσεις αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου και όχι οι καρδιαγγειακές έχει διαψευστεί (εικ. 4).



**Εικόνα 1.** Θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, ΗΠΑ, 1900–2005. Η ανοδική πορεία κάμφθηκε τη δεκαετία του 1970 και η καμπύλη έλαβε την κατιούσα τη δεκαετία του 1980, μετά από την παρέμβαση και της κυβέρνησης στην εφαρμογή προληπτικών μέτρων.



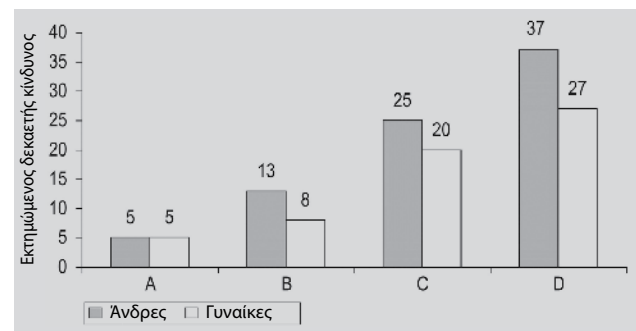
**Εικόνα 2.** Μεταβολές της καρδιαγγειακής θνησιμότητας στα δύο φύλα στις ΗΠΑ, κατά το τελευταίο τέταρτο του 20ού αιώνα. Μόλις περί το τέλος του αιώνα άρχισε να ελαττώνεται η καρδιαγγειακή θνησιμότητα στις γυναίκες. Ο ρόλος του «φεμινιστικού κινήματος».

**Πίνακας 2.** «Νεότεροι» παράγοντες κινδύνου.

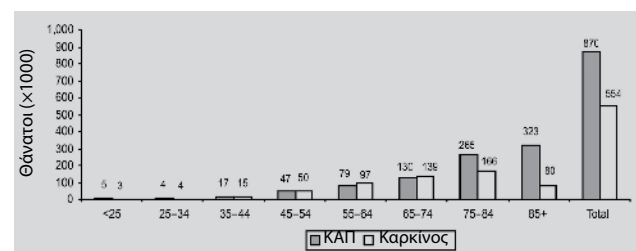
- Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης
- Αυξημένα επίπεδα λιποπρωτεΐνης little a (a), Lp(a)
- Αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων
- Υπερπηκτικότητα και μειωμένη δραστηριότητα του ινωδολυτικού μηχανισμού
- Υπερτροφία της αριστερής κοιλίας
- Λοιμώδεις παράγοντες-δείκτες φλεγμονής, π.χ. C-αντιδρώσα πρωτεΐνη
- Οξειδωτικό stress

Στο δυτικό κόσμο, πολλά από τα οξέα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (οξεία ρευματική καρδιοπάθεια, οξεία ενδοκαρδίτιδα, οξεία φλεβική θρόμβωση, αρτηριτίδες κ.λπ.) πρακτικά έχουν εξαλειφθεί και, όταν σπάνια εμφανίζονται κάποια οξέα νοσήματα του κυκλοφορικού, υπάρχουν διαθέσιμα τα κατάλληλα θεραπευτικά μέσα και μέτρα για την αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.<sup>24–32</sup>

Πρέπει να γίνει ιδιαίτερη μνεία των περιπτώσεων όπου οι οξείες καταστάσεις από το κυκλοφορικό σύστημα αποτελούν επιπλοκές μιας HIV-λοίμωξης.<sup>33–46</sup>



**Εικόνα 3.** Εκτιμώμενος δεκαετής κίνδυνος σε ενήλικες ηλικίας 55 ετών, σύμφωνα με τα επίπεδα (Α–D) παραγόντων κινδύνου (Framingham Heart Study).



**Εικόνα 4.** Η καρδιαγγειακή θνησιμότητα είναι υψηλότερη κατά 50% και πλέον από τη νεοπλασματική, ιδιαίτερα στις ηλικίες >75 ετών. ΚΑΠ: Καρδιαγγειακές παθήσεις.

Καθώς η λοίμωξη με τον ιό της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (HIV) έχει λάβει πανδημικούς χαρακτήρες, οι καρδιαγγειακές εκδηλώσεις σε προσβεβλημένα από τον ιό άτομα αυξάνουν συνεχώς και, πρακτικά, με την ειδική αυτή λοίμωξη έχουν συνδεθεί όλα σχεδόν τα γνωστά καρδιαγγειακά νοσήματα και παθήσεις, με διαφορετική συχνότητα εμφάνισης το καθένα. Τα πιθανά μοριακά μονοπάτια των μηχανισμών εμφάνισης των καρδιαγγειακών «επιπλοκών» και οι τυχόν δυνατότητες πρόληψης και αποφυγής τους βρίσκονται υπό εντατική διερεύνηση<sup>33-46</sup> και αναθεώρηση, με ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Τα αναφερόμενα πιο πάνω ισχύουν για το δυτικό, τον οικονομικά αναπτυγμένο κόσμο. Υπάρχει όμως μεγάλη ανομοιομορφία και πολλές ανισότητες στο επίπεδο υγείας των διαφόρων περιοχών του πλανήτη, των διαφόρων λαών και πληθυσμών, των διαφόρων κρατών. Ο ορισμός της υγείας είναι: «Η κατάσταση πλήρους φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας».

Τα προαναφερθέντα προβλήματα υγείας υφίστανται από παλιά και απασχολούν πάντοτε τη διεθνή κοινότητα. Στο πλαίσιο αυτό και ως «καταστάλαγμα» των διαβουλεύσεων και των συνεννοήσεων μεταξύ των ισχυρότερων κρατών, οδηγήθηκαν στην ίδρυση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το 1946. Ο ΠΟΥ, με τακτικές συνεννοήσεις μεταξύ των μελών του, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, ασχολείται με τα σοβαρά προβλήματα που απασχολούσαν μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες του πλανήτη. Προβλήματα που είχαν σχέση με την άνιση κατανομή, όχι του πλούτου, αλλά βασικών και στοιχειωδών αγαθών (πόσιμο νερό!) για τη διατήρηση της ζωής. Για την υγεία των πληθυσμών αυτών δεν μπορούσε να γίνει πολλή και άμεση, σοβαρή συζήτηση πριν από την αντιμετώπιση και τη λύση των απειλητικών για τη ζωή προβλημάτων. Ο χρόνος θεωρήθηκε ότι ήταν κατάλληλος για την πραγματοποίηση μιας παγκόσμιας Σύναξης για τη συζήτηση των προβλημάτων της υγείας μεταξύ όλων των χωρών του κόσμου.

Είχαν προηγηθεί πολλά συμβάντα, γεγονότα και καταστάσεις, πριν από τη συνδιάσκεψη αυτή. Αναφέρονται μερικά μόνο περιστατικά της περιόδου που προηγήθηκε:

- Τέλος ψυχρού πολέμου 1960–1970
- Ανακοίνωση του καναδικού προτύπου συστήματος υγείας Lalonde
- Οι θέσεις επί των θεμάτων υγείας του Βρετανού ιστορικού Thomas McKeown το 1974
- Η έκδοση του βιβλίου *Medical Nemesis* του Ivan Illich το 1976
- Η περίοδος της μαζικής παραγωγής «ξυπόλυτων γιατρών» και η είσοδος της Κίνας στους κύκλους των ΟΗΕ, ΠΟΥ κ.λπ. (1964–1976)

- Η καθιέρωση, τέλος, από τον ΟΗΕ το 1976 της νέας Διεθνούς Οικονομικής Ένωσης.

Για τον τόπο της Συνδιάσκεψης αποφασίστηκε τελικά να γίνει δεκτή η πρόταση-προσφορά της Σοβιετικής Ένωσης για τη σύγκλησή της στην Alma-Ata, πρωτεύουσα του Kazakhstan, στην ΕΣΣΔ. Ύστερα από παρατεταμένες διαπραγματεύσεις, συζητήσεις και «παζαρέματα» συγκεντρώθηκαν 3.000 αντιπρόσωποι από 134 χώρες (μια από τις οποίες ήταν η Ελλάδα) και 67 διεθνείς οργανισμούς. Οι 3.000 συνολικά μετέχοντες συνεδρίασαν από τις 6 μέχρι τις 12 Σεπτεμβρίου του 1978. Συζητήθηκε η άνιση κατανομή της υγείας και άλλα παγκόσμια (global) ζητήματα. Ομόφωνα διακηρύχθηκε<sup>48</sup> από τους παριστάμενους αντιπροσώπους ότι η *πρωτογενής φροντίδα υγείας* (ΠΦΥ) αποτελεί το κλειδί για την *πραγματοποίηση του στόχου που έθεσαν*:

#### «Υγεία για όλους έως το 2000»

Οι ριζοσπαστικές αρχές που διακήρυξε η συνάντηση της Alma Ata το 1978 ήταν:

- Ισότητα
- Κοινωνική δικαιοσύνη
- Υγεία για όλους
- Κοινωνική συμμετοχή
- Προαγωγή της υγείας
- Ορθή χρήση των διαθέσιμων πηγών και μέσων (resources)
- Διατομεακή δράση

ενώ χαρακτηρίστηκαν ως ιστορικό γεγονός για την υγεία και την πρωτογενή φροντίδα της υγείας. Αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την εξασφάλιση της υγείας θεωρήθηκε η επαρκής *κοινωνικοοικονομική στήριξη*, δηλαδή η εξασφάλιση:

- τροφής
- ασφάλειας
- καθαρού νερού
- κατάλληλης κατοικίας
- εκπαίδευσης-μόρφωσης.

Έτσι θα μπορούσε να επιτευχθεί το: «Υγεία για όλους έως το 2000».

Στη Διακήρυξη τονίστηκε, επίσης, η ανάγκη για επείγουσα εθνική και διεθνή δράση που θα οδηγούσε στην ανάπτυξη και την εφαρμογή *προγραμμάτων πρωτογενούς φροντίδας υγείας* σε όλο τον κόσμο.

Οι στόχοι που τέθηκαν στην Alma-Ata έγιναν δεκτοί από τα Κοινοβούλια ή και τις Κυβερνήσεις των κρατών που μετείχαν, ενώ οι μηχανισμοί ενισχύθηκαν τοπικά, σε αρκετές από τις αναπτυσσόμενες χώρες, με την επιλογή και τη συστράτευση των κατάλληλων λειτουργών, που θα εφαρμόζαν τα εγκεκριμένα προγράμματα για τη διασφά-

λιση, τη συντήρηση και την ανάπτυξη της υγείας. Όμως, μόνο στις εύπορες χώρες παρατηρήθηκε κάποια πρόοδος και βελτίωση. Στα πτωχότερα τμήματα του πλανήτη οι «βελτιώσεις» ήταν από πολύ αμβληχρές και ήπιες μέχρι ανύπαρκτες.

Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ ήταν τότε ο Mahler, ο οποίος με μια σειρά παρεμβάσεων<sup>49</sup> και δημοσιευμάτων παρουσίαζε τις επιφυλάξεις, τους φόβους και τις αναστολές του στο αν και κατά πόσο οι στόχοι που είχαν τεθεί με τη Διακήρυξη μπορούσαν και σε τι ποσοστό να επιτευχθούν. Στο σημείο αυτό θα αναφερθούμε μόνο στην παρέμβαση του Mahler, κατά τη διάρκεια της Σύναξης. Είχε θέσει στους μετέχοντες στη Σύναξη, επιτόπου, 8 πιεστικά ερωτήματα. Ενδεικτικά αναφέρονται τα δύο πλέον σημαντικά:

1. Είστε έτοιμοι να εισαγάγετε, αν κριθεί αναγκαίο, ριζικές αλλαγές στο υπάρχον σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, ώστε να υποστηρίξει αυτό αποτελεσματικά (την πρωτογενή φροντίδα υγείας), ως το κυρίαρχο σύστημα;
2. Είστε έτοιμοι για τη διεξαγωγή των απαιτούμενων πολιτικών και τεχνολογικών μαχών, για το ξεπέραςμα των όποιων κοινωνικών και οικονομικών εμποδίων καθώς και των επαγγελματικών αντιστάσεων για τη γενικευμένη εισαγωγή (της ΠΦΥ);

Ο Marcos Cueto, από τη Σχολή Δημόσιας Υγείας της Λίμας του Περού, σε πρόσφατο –μόλις πριν από μια πενταετία– άρθρο του<sup>50</sup> κάνει μια ιστορική, πλήρη και ρεαλιστική ανασκόπηση, καθώς και κριτική ανάλυση όλων γενικά των γεγονότων και όλων των πάσης φύσεως συμβάντων και καταστάσεων που είχαν προηγηθεί ή και συντελεστεί την προηγηθείσα της Σύναξης 20ετία και των παραμέτρων που ίσχυαν, όταν το 1978 πραγματοποιήθηκε η Σύναξη του ΠΟΥ στην Alma-Ata. Όχι μόνο για ιστορικούς, αλλά για ουσιαστικούς κυρίως λόγους πρέπει ο κάθε λειτουργός υγείας, ιδιαίτερα αν δραστηριοποιείται στον τομέα της ΠΦΥ, να διαβάσει το άρθρο του Cueto.<sup>50</sup>

Με τη συμπλήρωση μιας πενταετίας από τη Διακήρυξη της Alma-Ata δημοσιεύτηκε από τον Roy,<sup>51</sup> ως κύριο άρθρο στο περιοδικό του ινδικού ιατρικού συλλόγου, μια έντονη κριτική με τίτλο «υγεία για όλους έως το 2000: Άρχισε η αντίστροφη μέτρηση;». <sup>51</sup> Ο συγγραφέας προέβη στις ακόλουθες διαπιστώσεις:

«Εκτός από την “υιοθέτηση” των διαλαμβανομένων στη Διακήρυξη από τις εθνικές κυβερνήσεις και τα κοινοβούλια, χρειαζόταν και μια τρίτη προϋπόθεση (indicator):<sup>48</sup> Οι χώρες έπρεπε να διαθέτουν το 5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (ΑΕΠ) για τις δαπάνες της υγείας».

Για τις περισσότερες από τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη κατά ένα λαβυρινθώδη και ανεξιχνίαστο-πολύπλοκο (inextricable) εν πολλοίς τρόπο, η διάθεση του 5% του ΑΕΠ για την υγεία είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Για τις λιγότερο αναπτυγμένες (least developed), επί το ακριβέστερον: ...υπανάπτυκτες χώρες, είναι σχεδόν αδύνατη.

Αναφορικά με την 5η προϋπόθεση-δείκτη που απαιτεί «ισόρροπη (equitable) κατανομή των πόρων στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες ή γεωγραφικές περιοχές», δεν έχει επιτευχθεί ακόμη το επιθυμητό επίπεδο στη χώρα του (Ινδία), ανέφερε ο συγγραφέας. Η διαπίστωση αυτή βέβαια ίσχυε για το σύνολο των οικονομικά ασθενέστερων χωρών. Αφού ο συγγραφέας προβαίνει και σε μια σειρά άλλων δυσμενών διαπιστώσεων, αναφέρει, ενδεικτικά για τις Ινδίες, κάποια στατιστικά δεδομένα που αξίζει να εμφανιστούν και εδώ, επειδή θα συντελέσουν στην καλύτερη κατανόηση από τον αναγνώστη των δυσκολιών που συναντώνται στην πράξη κατά την εφαρμογή των μέτρων που συχνά «ομόφωνα» γίνονται δεκτά στις συνάξεις και τις συνδιασκέψεις.

Αναφέρει ο Roy:

- Περίπου 361.000.000 του αγροτικού πληθυσμού της Ινδίας δεν έχουν επαρκή υποδομή για ύδρευση ή αποχέτευση
- Περίπου 50% των παιδιών ζουν υπό συνθήκες φτώχειας, στερήσεων και υποσιτισμού
- Περίπου 40% όλων των θανάτων στη χώρα συμβαίνουν σε παιδιά <5 ετών
- Περίπου 10% των γεννώμενων δεν ζουν για να γιορτάσουν τα πρώτα τους γενέθλια.

Επιπλέον, ο Roy επισημαίνει ότι η νεογνική και η παιδική θνησιμότητα αποτελούν ένα καυτό και κατεπείγον πρόβλημα για την αντιμετώπισή τους, σε παγκόσμιο επίπεδο. Κάποια προγράμματα που άρχισαν για τη σωστή σίτιση στην παιδική ηλικία στην Ινδία την εποχή εκείνη μόλις που άγγιξαν το πρόβλημα.

Του Roy είχαν προηγηθεί, αλλά και ακολουθήσει, αρκετοί άλλοι αρθρογράφοι που ασκούσαν αυστηρή κριτική για τα «αποτελέσματα» μετά από τη Διακήρυξη.<sup>52-61,74-89</sup>

Οι Boland και Young το 1982<sup>52</sup> διαπιστώνουν ότι, μετά τη Διακήρυξη, οι επενδύσεις στο χώρο της υγείας έχουν αυξηθεί σημαντικά παγκοσμίως, αλλά μόνο η Κίνα κατόρθωσε να προσφέρει μακροπρόθεσμα πλήρεις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας από εθνικούς πόρους, υπό συνθήκες χρόνιας εθνικής φτώχειας. Μαζί με αυτήν, η Κούβα και η Τανζανία πρόσφεραν κάλυψη για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στο 100% του πληθυσμού τους,

αλλά οι ριζικές αλλαγές στα συστήματα υγείας που οι ισχυρές αυτές κυβερνήσεις επέβαλαν στους πληθυσμούς τους συνδυάστηκαν με αναστολή των ατομικών ελευθεριών των πολιτών τους. Οι προσπάθειες στη Νιγηρία, στην Ινδία και στο Αφγανιστάν, παρά την επιμονή των κυβερνήσεών τους και την έξωθεν οικονομική βοήθεια, απέτυχαν. *Συμπεράναν οι κυβερνήσεις των χωρών αυτών ότι απαιτούνταν σημαντικές αλλαγές και αναπροσαρμογές σε μια πλειάδα εθνικών τομέων και διεθνής κατανομή των οικονομικών πόρων μεταξύ αναπτυγμένων και λιγότερο αναπτυγμένων χωρών.*

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής σε θέματα δημόσιας υγείας δεν χρειάζεται να τονιστεί ιδιαίτερα. Κατά τους McIntosh και McCormack,<sup>53</sup> η πρωτογενής φροντίδα υγείας, που χαρακτηρίστηκε ως θεμελιώδης συστατικό για την επιτυχία του στόχου της Διάσκεψης, προάγει τη συνεργασία στη Νοσηλευτική. Οι συγγραφείς του άρθρου, που είναι μέλη του διδακτικού εκπαιδευτικού προσωπικού της Νοσηλευτικής Σχολής στο Πανεπιστήμιο του Fredericton, New Brunswick, Καναδά, ύστερα από ολοκληρωμένη ανάλυση της σχετικής βιβλιογραφίας, κατέληξαν σε ενδιαφέρουσες ενδείξεις για το πώς μπορεί η συνεργασία αυτή μεταξύ των νοσηλευτών να διδαχθεί, να υποστηριχθεί, να βελτιωθεί και να εφαρμοστεί στην εκπαίδευση και τη νοσηλευτική έρευνα. Αυτό, γιατί θεωρούν την *πρωτοβάθμια φροντίδα ως τη βασικότερη προϋπόθεση για την εξασφάλιση «υγείας για όλους».*

Οι Hall και Taylor<sup>56</sup> αναφέρονται στη βασική αρχή της Διακήρυξης, ότι οι στόχοι θα επιτυγχάνονταν μέσω προληπτικών και θεραπευτικών (preventive and curative) υπηρεσιών, που θα προσφέρονταν στην κοινότητα από την ίδια την κοινότητα. Όμως, η πρωτογενής φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) δεν πέτυχε τους στόχους της στις αναπτυγμένες χώρες για πολλούς λόγους. Και καταλήγουν οι συγγραφείς: *«Είναι καιρός να εγκαταλείψουμε την οικονομική ιδεολογία και να προσδιορίσουμε τις μεθόδους που θα εξασφαλίσουν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας για όλο το λαό».*

Το ολιγόλογο συμπέρασμα των Ashorn, Kulmala και Vaahtera,<sup>57</sup> στο κύριο άρθρό τους στο *Annals of Medicine* το 2000, έχει ως εξής: *«Στον 21ο αιώνα, η ελάττωση της φτώχειας είναι η στρατηγική-κλειδί για τη βελτίωση της υγείας στις υπανάπτυκτες (least developed) χώρες».*

Σε άρθρό τους το Σεπτέμβριο του 2008 οι αξιωματούχοι του ΠΟΥ Anyangwe και Mtonga<sup>59</sup> αναλύουν την κρατούσα κατάσταση από πλευράς αριθμού εργαζομένων στο χώρο της υγείας. Αναφέρουν ότι υπάρχει εκτίμηση πως το «εργατικό δυναμικό» (health workforce) που ασχολείται με το θέμα της υγείας, παγκοσμίως, απαρτίζεται από περίπου 59 εκατομμύρια έμμισθα, πλήρους απασχόλησης

άτομα. Θεωρούν ότι ο αριθμός αυτός δεν είναι επαρκής. Το εργατικό αυτό δυναμικό σώζει ζωές και βελτιώνει την υγεία. Κατά τους συγγραφείς: *«Το health workforce αποτελεί τη σπονδυλική στήλη κάθε συστήματος υγείας, το λιπαντικό που διευκολύνει την ομαλή εφαρμογή για διαρκή κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη».* Αξίζει να μεταφερθούν εδώ οι θέσεις των συγγραφέων για τους τρόπους με τους οποίους εκτιμούν αυτοί –οι οποίοι λόγω της θέσης που έχουν στα κλιμάκια της διοίκησης του ΠΟΥ γνωρίζουν καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο τα πράγματα– ότι θα μπορεί να υπάρχει ελπίδα επιτυχίας κάποιων από τους στόχους της Διακήρυξης της Alma-Ata. *«... Η παγκόσμια κρίση στο health workforce μπορεί να ελπίζεται ότι θα αντιμετωπιστεί επιτυχώς, αν υπάρξει σφαιρική υπευθυνότητα, πολιτική βούληση, οικονομική δέσμευση και αγαστή συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα...».*

Τα αναφερόμενα από τους παραπάνω συγγραφείς αφορούν σε σχέδια που πρέπει να εκπονηθούν ή και σε μέτρα που πρέπει να εφαρμοστούν σφαιρικά, σε ολόκληρο τον κόσμο. Χρειάζεται δηλαδή εκ νέου μια γενικευμένη συμφωνία.

Το 2003, ο Banerji<sup>60</sup> από το Πανεπιστήμιο Jawaharlal Nehru του New Delhi, αρκετά αγανακτισμένος με τα συμβαίνοντα και με τα κατά την πρώτη 25ετία από την Alma-Ata επιτευχθέντα, γράφει στο *International Journal of Health Services*, μεταξύ άλλων: *«Από τη Διακήρυξη και μετά, ένα συνδικάτο των πλούσιων χωρών και της ισχυρής ελίτ των πτωχών χωρών, βοηθούμενοι από τον ΠΟΥ, την Παγκόσμια Τράπεζα, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου και άλλα διεθνή ιδρύματα, καταβάλλουν προσπάθειες να ανατρέψουν τις πρωτοβουλίες της Διακήρυξης για πρωτογενή φροντίδα υγείας».*

Προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής και αποτελεσματική φροντίδα υγείας είναι γενικά παραδεκτό<sup>55,59,62-89</sup> ότι «εκ των ων ουκ άνευ» είναι ένα ισχυρό πρωτογενές σύστημα υγείας, τόσο σε πλούσιες όσο και σε πτωχές χώρες. Ιδιαίτερα για τις πτωχές χώρες πρέπει να ενισχυθούν οι ερευνητικές τους δραστηριότητες, με τη συστράτευση, τη συνεργασία και την εμπλοκή των κλινικών γιατρών της πρωτογενούς φροντίδας στο ερευνητικό τους πρόγραμμα (εγχείρημα). Με τον τρόπο αυτόν, τα όποια αποτελέσματα προκύψουν από την έρευνα θα μπορούν να εφαρμοστούν στην κλινική πράξη και έτσι η πρωτογενής φροντίδα θα βασίζεται σε ενδείξεις και αποδείξεις (evidence-based). Πρέπει να θεωρείται ως δεδομένη η ύπαρξη, η καλλιέργεια και η ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας στην πρωτογενή φροντίδα υγείας. Χωρίς εντατική έρευνα δεν θα είναι δυνατή η εξασφάλιση ικανοποιητικού επιπέδου πρωτογενούς φροντίδας υγείας. Προϋπόθεση για ανάπτυξη

αποτελεσματικής έρευνας στην πρωτογενή φροντίδα είναι η εξασφάλιση ισχυρής υποδομής, δηλαδή:

- Ενίσχυση των πανεπιστημιακών τμημάτων
- Καλλιέργεια διασύνδεσης με ερευνητές άλλων τομέων
- Βελτίωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για παραγωγή μελλοντικών ερευνητών πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Ανάπτυξη και άλλων δικτύων έρευνας βασισμένης στην κλινική πράξη
- Αύξηση των δαπανών για την έρευνα στην πρωτογενή πρόληψη.

Και το μεγάλο προς απάντηση ερώτημα, τόσο παλιότερα όσο και σήμερα, πιθανότατα και στο διηνεκές, σε όλα τα πλάτη και τα μήκη, παραμένει το πώς και από πού θα εξασφαλιστούν οι οικονομικοί πόροι για την πραγμάτωση ενός τόσο θεάρεστου και μεγαλεπήβολου εγχειρήματος, που θα εξασφάλιζε «υγεία για όλους ...», μέχρι ... χωρίς χρονικό όριο.

Η πείρα δίδαξε στην ανθρωπότητα ότι το πρόβλημα της «υγείας για όλους» χρειάζεται διαφορετική προσέγγιση. Από τη Διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 μέχρι σήμερα, σχεδόν 1/3 του αιώνα αργότερα, είναι αναμφισβήτητο ότι άλλαξαν –βελτιώθηκαν σημαντικά– πολλά πράγματα που συνδέονται με τη φροντίδα της υγείας. Αντλήθηκαν πολλά διδάγματα και επαναλήφθηκαν αρκετά από αυτά διαχρονικά, όμως όλα μαζί καταλήγουν στο ερώτημα που διατυπώθηκε πιο πάνω. Αφού μέχρι το τέλος της δεύτερης χιλιετίας, που είχε τεθεί ως χρονικό όριο, δεν επιτεύχθηκε η «υγεία για όλους», προκύπτει ότι *είναι αναγκαία η αλλαγή πλεύσης για την τρίτη χιλιετία*, που κινείται με μεγάλη ταχύτητα.

Από την αρχή της δεκαετίας του 1950, ο ΠΟΥ είχε προτείνει προγράμματα για τη βελτίωση της ΠΦΥ σε όλο τον κόσμο. Τόσο ο ΠΟΥ όσο και άλλοι οργανισμοί εστίασαν και ασχολήθηκαν με τον έλεγχο των νόσων (κάθετο πρόγραμμα) και όχι με το οριζόντιο πρόγραμμα της πρωτογενούς φροντίδας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η πείρα έδειξε ότι το οριζόντιο σύστημα φροντίδας της υγείας βελτιώνει την κατάσταση της υγείας περισσότερο απ' ό,τι το κάθετο. Η «ενσωμάτωση» του οικογενειακού γιατρού σε μια ομάδα καλά εκπαιδευμένων γιατρών που αναμειγνύουν το κάθετο με το οριζόντιο σύστημα φροντίδας υγείας αποδίδει περισσότερο. Ίσως με τον τρόπο αυτόν θα μπορεί να επιτευχθεί η «υγεία για όλους». Ήδη από το 1953 το Εκτελεστικό Γραφείο του ΠΟΥ δήλωνε ότι: «... η βοήθεια στο πεδίο της υγείας πρέπει να σχεδιάζεται πρωτίστως στην ενίσχυση των βασικών υπηρεσιών υγείας της χώρας και στην ικανοποίηση των επειγόντων προβλημάτων που επηρεάζουν μεγάλα τμήματα του πληθυσμού».

Οι προσπάθειες που αναλήφθηκαν στις διάφορες χώρες τις δύο πρώτες δεκαετίες οδήγησαν σε κάποιες βελτιώσεις, αλλά απείχαν πόρρω από το να αποκαταστήσουν μια σωστή ΠΦΥ. Σε μια προσπάθεια να ενισχυθεί περαιτέρω η ιδέα της υγείας για όλους, αντιπρόσωποι από 189 χώρες συναντήθηκαν το 2000 στον ΟΗΕ και συμφώνησαν στους επόμενους οκτώ στόχους για τη νέα χιλιετία. Οι στόχοι περιελάμβαναν:

- Εκρίζωση της υπερβολικής φτώχειας και της πείνας
- Επίτευξη παγκόσμιας πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης
- Προώθηση της ισότητας των φύλων
- Ελάττωση της παιδικής θνησιμότητας
- Βελτίωση της υγείας της μητέρας
- Ακύρωση της διασποράς των κύριων νόσων, όπως του HIV/AIDS και της ελονοσίας
- Βελτίωση του περιβάλλοντος
- Ανάπτυξη σφαιρικών συνεργασιών.

*Η κατάληξη είναι το 2015.*

Η Dr Margaret Chan, Γενική Γραμματέας του ΠΟΥ, στην εισαγωγική της ομιλία στο Διεθνές Σεμινάριο για την πρωτογενή φροντίδα υγείας στην ύπαιθρο της Κίνας, που πραγματοποιήθηκε στο Πεκίνο την 1η Νοεμβρίου 2007, επέμενε να τονίζει τη σημασία της ΠΦΥ για την επιτυχία τόσο των αρχικών στόχων της σύναξης της Alma-Ata όσο και των στόχων της χιλιετίας που έθεσαν οι 189 χώρες του ΟΗΕ, το 2000. Οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας, κατά την ομιλήτρια, φέρουν το κύριο βάρος της προσφοράς πλήρους και επαρκούς ΠΦΥ. Η Γενική Γραμματέας του ΠΟΥ ανέφερε τα πιο κάτω ενδιαφέροντα:

*«Οι τρεις κυρίαρχες αρχές της δημόσιας υγείας είναι οι επόμενες:*

*Πρώτον: Υπέρτατο καθήκον της δημόσιας υγείας είναι η προστασία της υγείας των πληθυσμών από κινδύνους και απειλές. Το καθήκον αυτό ανήκει στην κυβέρνηση. Περιλαμβάνει βασικές λειτουργίες της δημόσιας υγείας, όπως τη διασφάλιση της ποιότητας των φαρμάκων, την ασφάλεια της τροφής και του νερού και την επάρκεια αίματος.*

*Επίσης, περιλαμβάνει την ευθύνη να εξασφαλίζεται στον πληθυσμό η πληροφόρηση και τα μέσα για την προστασία της υγείας τους. Σαφώς περιλαμβάνει ρυθμιστικές λειτουργίες και απαιτεί την επένδυση δημόσιων κονδυλίων.*

*Δεύτερον: Η υψηλότερη ηθική αξία της δημόσιας υγείας είναι η ισότητα. Αυτό μπορεί να εκφραστεί με απλούς όρους. Οι λαοί δεν πρέπει να στερούνται την πρόσβαση σε παρεμβάσεις που σώζουν τη ζωή ή προάγουν την υγεία για λόγους άδικους, περιλαμβανομένων κοινωνικών και οικονομικών.*

*Τρίτον: Η μεγαλύτερη δύναμη της δημόσιας υγείας είναι η*

πρόληψη. Η Ιατρική εστιάζεται στον άρρωστο, αλλά η δημόσια υγεία ζητά να χειρίζεται τα αίτια της επηρεασμένης υγείας με τρόπους που να εξασφαλίζουν ευρύτερη πληθυσμιακή προφύλαξη.

Όλες οι πιο πάνω αρχές ενσωματώνονται στην προσέγγιση της πρωτογενούς φροντίδας υγείας».

(Από τη βασική ομιλία –Keynote address– της Dr Chan, Director General of the World Health Organization στο International Seminar on Primary Health Care in Rural China. Beijing, China, 1.11.2007).

## ΣΧΟΛΙΟ

Η Margaret Chan συνιστά σαφώς τη φροντίδα των πληθυσμών κατά τρόπο οριζόντιο και την ελαχιστοποίηση του κάθετου συστήματος που επικεντρώνεται στην εκρίζωση και την εξάλειψη μιας νόσου.

Υπάρχουν πολλές επιστημονικές και ερευνητικές ομάδες που δεν έχουν ολοκληρωτικά απογοητευτεί ή εγκαταλείψει τις ελπίδες και επιμένουν στις προσπάθειες για αναβίωση και πραγματοποίηση –έστω και καθυστερημένα, έστω και μερικώς– των στόχων της Διακήρυξης της Alma-Ata.

Το άρθρο των Lee et al<sup>64</sup> στο *NEJM* είναι μεγάλο και λεπτομερές. Προχωρεί και σε άλλες επιμέρους αναλύσεις στην προσπάθεια διακρίβωσης του τι –τέλος πάντων– φταίει που τόσο ουσιαστικοί, απλοί και εύκολα πραγματοποιήσιμοι στόχοι δεν μπορούν να επιτευχθούν στις σύγχρονες κοινωνίες. Δεν πρόκειται για μη αποτελεσματικά προληπτικά μέτρα. Πρόκειται για δυσκολία στην εφαρμογή των προληπτικών μέτρων.

Αναφορικά με τη δυσκολία στην εφαρμογή των προληπτικών μέτρων γενικά, παραπέμπουμε στο βιβλίο «Επιδημιολογία και πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων». Εδώ μεταφέρεται αυτούσια μια παράγραφος αυτού του βιβλίου,<sup>12</sup> το οποίο αναφέρεται στους τρόπους και τις μεθόδους πρόληψης των χρόνιων καρδιαγγειακών νοσημάτων:

«Προκύπτει από όσα εκτέθηκαν έως τώρα ότι το να ασχοληθεί ένας νέος επιστήμονας στον τομέα της πρόληψης όχι μόνο δεν είναι άχαρο και μη αποδοτικό, αλλά αντίθετα είναι μια επίκαιρη και άκρως ενδιαφέρουσα πνευματική άσκηση και επιστημονική πρόκληση για συμβολή στην επινόηση πιο εύκολων και πιο αποτελεσματικών τρόπων εφαρμογής των προληπτικών μέτρων ή στην κατάργηση της ανάγκης για εφαρμογή τους με την αναζήτηση και την ανακάλυψη μέσων και μεθόδων που να επιτρέπουν να απολαμβάνει ο σύγχρονος άνθρωπος τα αγαθά για τα οποία τόσο έχει κοπιάσει να τα αποκτήσει (και εξακολουθητικά αγωνίζεται να τα διατηρή-

σει), χωρίς να υπάρχει φόβος και κίνδυνος να τον βλάψουν (π.χ. τρόποι και φάρμακα που να εμποδίζουν την ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας, φάρμακο κατά του άγχους, της παχυσαρκίας, υποκατάστατο του καπνού κ.λπ.)».

Συμπερασματικά, θα πρέπει να τονιστεί ότι, ενώ η σωστή εφαρμογή των προληπτικών μέτρων για τα χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα, σε ατομικό ή πληθυσμιακό επίπεδο, αποδίδει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα, η εφαρμογή των μέτρων αυτών στην πράξη δεν πραγματοποιείται με ικανοποιητική πειθαρχία πάντοτε από τους ενδιαφερόμενους.

Να ευχηθούμε η επιστημονική έρευνα που κατευθύνεται προς τους νεότερους προσανατολισμούς να στεφθεί με επιτυχία, ώστε να μην αφήνεται ολόκληρη η ευθύνη της εφαρμογής των προληπτικών μέτρων στα υψηλού κινδύνου να εμφανίσουν ή στα ήδη προσβεβλημένα από καρδιαγγειακό νόσημα άτομα.

Η παράγραφος που ακολουθεί πιο κάτω, ως «επίλογος» των στοιχείων που επιλεκτικά παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν μέχρι το σημείο αυτό, είμαστε βέβαιοι ότι θα προκαλέσει πολλά σχόλια, κυρίως ειρωνικά, και αυστηρή κριτική με σκληρούς χαρακτηρισμούς για το συγγραφέα. Οι συγγραφείς μπορεί να θεωρηθούν από κάποιους ως αιθεροβάμονες, θεωρητικοί, εξωπραγματικοί. Ο Καζαντζάκης έγραψε ότι αν ο Χριστός ξανακατέβαινε στη Γη, οι άνθρωποι θα τον ξανασταύρωναν. Μήπως σήμερα τα πράγματα είναι αλλιώς απ' ό,τι τα πρώτα 2000 χρόνια μετά από τη γέννηση του Χριστού;

Στις παραγράφους που ακολουθούν, θα παρουσιάσουμε επιγραμματικά την άποψή μας για αναζήτηση λύσης στο πρόβλημα της «υγείας για όλους».

Κατά την άποψή μας, τα απαιτούμενα, επιβαλλόμενα και δυνάμενα να γίνουν στη χώρα μας, είναι τα ακόλουθα:

- Να αναληφθεί από την Κυβέρνηση προσπάθεια για την υγειονομική διαφώτιση ολόκληρου του πληθυσμού στο πλαίσιο μιας εκστρατείας διά βίου ενημέρωσης
- Να επιζητηθεί –να επιβληθεί «ει δυνατόν»– για το σκοπό αυτόν η συστράτευση, η συνεργασία και η συμπόρευση κάθε πολίτη, όλων των μέσων μαζικής ενημέρωσης, όλων των συλλόγων, επιστημονικών, πολιτικών, πολιτιστικών, επαγγελματικών, εκκλησιαστικών, συνδικαλιστικών και πάσης φύσεως φορέων, σωματείων και οργανισμών
- Να αναληφθεί πρωτοβουλία από «ευπατρίδες» συμπολίτες για οργάνωση κοινής δράσης του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, ώστε να εξασφαλιστούν οι απαραίτητοι οικονομικοί πόροι για την επιτυχία της υγειονομικής διαφώτισης



- Η ιστορία της Ελλάδας είναι πλουσιότερη από την αξιολογούμενη και μοναδική διαδρομή και δράση γενεών ολόκληρων εθνικών ευεργετών. Οι πανελλήνιας αποδοχής πνευματικοί ταγοί να αναλάβουν την πρωτοβουλία για να συνενώσουν όλους τους οικονομικά ισχυρούς –και δυνητικά εθνικούς ευεργέτες– του τόπου και, από κοινού με όσους πολίτες θα επιθυμούν να «εργαστούν επ' αμοιβή» στο «Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Ελλήνων», να επιδοθούν στην πραγμάτωση του εγχειρήματος
- Μακροπρόθεσμα, ένα τέτοιο εγχείρημα, εφόσον θα ήταν επιτυχημένο, θα δημιουργούσε πολλές θέσεις εργασίας για τους πολίτες του τόπου, ώστε να μπορούν να «τρέχουν» τα διάφορα προγράμματα του συστήματος, αυτοσυντηρούμενα.

## ABSTRACT

### Prevention of cardiovascular diseases. Alma-Ata 1978 and today. What has been achieved and what should be expected?

L.P. ANTHOPOULOS,<sup>1</sup> P.L. ANTHOPOULOS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Second Clinic of Cardiology, Medical Center of Athens, <sup>2</sup>Department of Hemodynamics, "Evangelismos" General Hospital, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2010, 27(1):7–17*

A review of the world situation and the events of the preceding 20 years, along with the socioeconomic conditions prevailing world-wide in the late 1970s, led WHO officials to the decision to call an international meeting of official representatives of the world countries. Their mandate was to review and discuss the health status of the population and the health care services in the different countries and institute the appropriate adjustments indicated for their improvement. Representatives from 134 countries, including Greece, gathered in Alma-Ata, the capital of Kazakhstan in the former USSR, and after a week's discussions arrived at certain conclusions and made some very radical decisions and suggestions: They stated the goal of "Health for all by the year 2000", through the optimal organization of primary health care services (PHCS), defining a series of steps for achievement of this goal. It soon became evident, however, particularly in the underdeveloped world, that such a goal was not feasible. Approximately 20 years later the UN called a new conference, which took place in the year 2000 with representatives from 189 nations. Again, 8 very important, quite radical and generous decisions were made, with the promise and the hope that the expected results would be evident by the year 2015. We are now in the middle of that time span and we do not think that we can be very optimistic about expecting impressive results. We propose that Greece (Hellas) undertakes the sole responsibility of securing "Health for all Greeks", through a national endeavor: The State will organize this lifelong campaign and will enlighten its citizens on the very rewarding results of applying recognized and successful preventive measures and programs, on both an individual and a population basis, for primary and secondary prevention. Greece has a very rich and long history of national benefactors. The authors strongly believe that if some enlightened personalities would cooperate to organize such a campaign, they could coordinate a number of wealthy countrymen to invest the necessary funds for such an enterprise.

**Key words:** Alma-Ata, Cardiovascular disease, Prevention

## Βιβλιογραφία

1. WANG VL. Social goals, health policy and the dynamics of development as bases for health education. *Int J Health Educ* 1977, 20:13–18
2. KOPP M, SKRABSKI A. What does the legacy of Hans Selye and Franz Alexander mean today? (The psychophysiological approach in medical practice). *Int J Psychophysiol* 1989, 8:99–105
3. ROTHENBERG R, FORD ES, VARTIAINEN E. Ischemic heart disease prevention: Estimating the impact of interventions. *J Clin Epidemiol* 1992, 45:21–29
4. WANG CY, ABBOTT LJ. Development of a community-based diabetes and hypertension preventive program. *Public Health Nurs* 1998, 15:406–414
5. ELLSWORTH DL, SHOLINSKY P, JAQUISH C, FABSITZ RR, MANOLIO TA. Coronary heart disease. At the interface of molecular genetics and preventive medicine. *Am J Prev Med* 1999, 16:122–133



6. BRØNNUM-HANSEN H. Predicting the effect of prevention of ischaemic heart disease. *Scand J Public Health* 2002, 30:5–11
7. SANDERS CG, AYCOCK N, SAMUEL-HODGE CD, GARCIA BA, KELSEY KS, GARNER S ET AL. Extending the reach of public health nutrition: Training community practitioners in multilevel approaches. *J Womens Health (Larchmt)* 2004, 13:589–597
8. VIADRO CI, FARRIS RP, WILL JC. The WISEWOMAN projects: Lessons learned from three states. *J Womens Health (Larchmt)* 2004, 13:529–538
9. CHIURCHIU C, REMUZZI G, RUGGENENTI P. Angiotensin-converting enzyme inhibition and renal protection in non-diabetic patients: The data of the meta-analyses. *J Am Soc Nephrol* 2005, 16(Suppl 1):S58–S63
10. POMERLEAU J, LOCK K, KNAI C, MCKEE M. Interventions designed to increase adult fruit and vegetable intake can be effective: A systematic review of the literature. *J Nutr* 2005, 135:2486–2495
11. MENSAH GA, BROWN DW, CROFT JB, GREENLUND KJ. Major coronary risk factors and death from coronary heart disease: Baseline and follow-up mortality data from the Second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES II). *Am J Prev Med* 2005, 29(Suppl 1):68–74
12. ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ ΛΠ, ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΛ. *Επιδημιολογία και πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων*. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 2006:19
13. FINKELSTEIN EA, KHAVJOU O, WILL JC. Cost-effectiveness of WISEWOMAN, a program aimed at reducing heart disease risk among low-income women. *J Womens Health (Larchmt)* 2006, 15:379–389
14. FLYNN MA, McNEIL DA, MALOFF B, MUTASINGWA D, WU M, FORD C ET AL. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: A synthesis of evidence with “best practice” recommendations. *Obes Rev* 2006, 7(Suppl 1):7–66
15. GEMMELL I, HELLER RF, PAYNE K, EDWARDS R, ROLAND M, DURINGTON P. Potential population impact of the UK government strategy for reducing the burden of coronary heart disease in England: Comparing primary and secondary prevention strategies. *Qual Saf Health Care* 2006, 15:339–343
16. KO M, KIM MT, NAM JJ. Assessing risk factors of coronary heart disease and its risk prediction among Korean adults: The 2001 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Int J Cardiol* 2006, 110:184–190
17. KABIR Z, BENNETT K, SHELLEY E, UNAL B, CRITCHLEY J, FEELY J ET AL. Life-years-gained from population risk factor changes and modern cardiology treatments in Ireland. *Eur J Public Health* 2007, 17:193–198
18. GRACEY MS. Nutrition-related disorders in Indigenous Australians: How things have changed. *Med J Aust* 2007, 186:15–17
19. PANDIAN JD, SRIKANTH V, READ SJ, THRIFT AG. Poverty and stroke in India: A time to act. *Stroke* 2007, 38:3063–3069
20. NAIK AD, ISSAC TT, STREET RL Jr, KUNIK ME. Understanding the quality chasm for hypertension control in diabetes: A structured review of “co-manuevers” used in clinical trials. *J Am Board Fam Med* 2007, 20:469–478
21. HOERGER TJ, AHMANN AJ. The impact of diabetes and associated cardiometabolic risk factors on members: Strategies for optimizing outcomes. *J Manag Care Pharm* 2008, 14(1 Suppl C):S2–S6
22. LEE IM, BUCHNER DM. The importance of walking to public health. *Med Sci Sports Exerc* 2008, 40(Suppl 7):S512–S518
23. STARFIELD B, HYDE J, GÉRVAS J, HEATH I. The concept of prevention: A good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008, 62:580–583
24. BARNARD MJ, LINTER SP. Acute circulatory support. *Br Med J* 1993, 307:35–41
25. KETCH T, BIAGGIONI I, ROBERTSON R, ROBERTSON D. Four faces of baroreflex failure: Hypertensive crisis, volatile hypertension, orthostatic tachycardia, and malignant vagotonia. *Circulation* 2002, 105:2518–2523
26. SKYSCHALLY A, ERBEL R, HEUSCH G. Coronary microembolization. *Circ J* 2003, 67:279–286
27. GOKCE N. L-arginine and hypertension. *J Nutr* 2004, 134(Suppl 10):S2807–S2819
28. BOYLE R. Meeting the challenge of cardiovascular care in the new National Health Service. *Heart* 2004, 90(Suppl 4):iv3–iv5
29. FRAUENFELDER T, WILDERMUTH S, MARINCEK B, BOEHM T. Non-traumatic emergent abdominal vascular conditions: Advantages of multi-detector row CT and three-dimensional imaging. *Radiographics* 2004, 24:481–496
30. RIVERS EP, McINTYRE L, MORRO DC, RIVERS KK. Early and innovative interventions for severe sepsis and septic shock: Taking advantage of a window of opportunity. *CMAJ* 2005, 173:1054–1065
31. STEFFEL J, LÜSCHERTF, TANNER FC. Tissue factor in cardiovascular diseases: Molecular mechanisms and clinical implications. *Circulation* 2006, 113:722–731
32. BECATTINI C, VEDOVATI MC, AGNELLI G. Prognostic value of troponins in acute pulmonary embolism: A meta-analysis. *Circulation* 2007, 116:427–433
33. LUGINBUHL LM, ORAV EJ, McINTOSH K, LIPSHULTZ SE. Cardiac morbidity and related mortality in children with HIV infection. *JAMA* 1993, 269:2869–2875
34. FISHER SD, LIPSHULTZ SE. Epidemiology of cardiovascular involvement in HIV disease and AIDS. *Ann N Y Acad Sci* 2001, 946:13–22
35. HOFFMANN C, JAEGER H. Cardiology and AIDS – HAART and the consequences. *Ann N Y Acad Sci* 2001, 946:130–144
36. ZAREBA KM, LAVIGNE JE, LIPSHULTZ SE. Cardiovascular effects of HAART in infants and children of HIV-infected mothers. *Cardiovasc Toxicol* 2004, 4:271–279
37. KULASEKARAM R, PETERS BS, WIERZBICKI AS. Dyslipidaemia and cardiovascular risk in HIV infection. *Curr Med Res Opin* 2005, 21:1717–1725
38. SANI MU, OKEAHIALAM BN, ALIYU SH, ENOCH DA. Human immunodeficiency virus (HIV) related heart disease: A review. *Wien Klin Wochenschr* 2005, 117:73–81
39. HÜRLIMANN D, WEBER R, ENSELEIT F, LÜSCHER TF. HIV infection, antiretroviral therapy, and endothelium. *Herz* 2005, 30:472–480
40. BARBARO G. Reviewing the cardiovascular complications of HIV infection after the introduction of highly active antiretroviral therapy. *Curr Drug Targets Cardiovasc Haematol Dis*

- ord 2005, 5:337–343
41. SÁNCHEZ-TORRES RJ, GARCÍA-PALMIERI MR. Cardiovascular disease in HIV infection. *P R Health Sci J* 2006, 25:249–254
  42. SUDANO I, SPIEKER LE, NOLL G, CORTI R, WEBER R, LÜSCHER TF. Cardiovascular disease in HIV infection. *Am Heart J* 2006, 151:1147–1155
  43. MANGILI A, GERRIOR J, TANG AM, O'LEARY DH, POLAK JK, SCHAEFER EJ ET AL. Risk of cardiovascular disease in a cohort of HIV-infected adults: A study using carotid intima-media thickness and coronary artery calcium score. *Clin Infect Dis* 2006, 43:1482–1489
  44. CROOK M. The basis and management of metabolic abnormalities associated with cardiovascular risk in human immunodeficiency virus infection and its treatment. *Ann Clin Biochem* 2007, 44:219–231
  45. CALZA L, MANFREDI R, POCATERRA D, CHIODO F. Risk of premature atherosclerosis and ischemic heart disease associated with HIV infection and antiretroviral therapy. *J Infect* 2008, 57:16–32
  46. KHUNNAWAT C, MUKERJI S, HAVLICHEK D Jr, TOUMA R, ABELA GS. Cardiovascular manifestations in human immunodeficiency virus-infected patients. *Am J Cardiol* 2008, 102:635–642
  47. INSTITUTE OF MEDICINE, COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. National Academy Press, Washington DC, 2001:232
  48. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. WHO, Geneva, Switzerland, 1978
  49. CUETO M. Public health then and now. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004, 94:1864–1874
  50. Intervention of Director General of WHO, H. Mahler. In: Alma-Ata 1978, International Conference on Primary Health Care, 6–12 September 1978, Statements by Participants in the Plenary Meetings. 4–6, ICPHC/ALA/78.1–11, WHO Library, Geneva
  51. ROY BN. Health for all by the year 2000: The countdown has begun. *J Indian Med Assoc* 1983, 80:108–111
  52. BOLAND RG, YOUNG ME. The strategy, cost, and progress of primary health care. *Bull Pan Am Health Organ* 1982, 16:233–241
  53. McINTOSH J, McCORMACK D. Primary health care progress in nursing citations. *Int Nurs Rev* 1995, 42:115–120
  54. MAHLER HT. World Health 2000 and beyond: Address to the 41st World Health Assembly 3 May 1984. Mahler Speeches/Lectures, Box 1, WHO Library
  55. McINTOSH J, McCORMACK D. An integrative review illuminates curricular applications of primary health care. *J Nurs Educ* 2000, 39:116–123
  56. HALL JJ, TAYLOR R. Health for all beyond 2000: The demise of the Alma-Ata declaration and primary health care in developing countries. *Med J Aust* 2003, 178:17–20
  57. ASHORN P, KULMALA T, VAAHTERA M. Health for all in the 21st century? *Ann Med* 2000, 32:87–89
  58. McINTOSH J, McCORMACK D. Partnerships identified within primary health care literature. *Int J Nurs Stud* 2001, 38:547–555
  59. ANYANGWE SC, MTONGA C. Inequities in the global health workforce: The greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health* 2007, 4:93–100
  60. BANERJI D. Reflections on the twenty-fifth anniversary of the Alma-Ata declaration. *Int J Health Serv* 2003, 33:813–818
  61. NABARRO D. Emergency doctor says WHO has key role in health crises. *Bull World Health Organ* 2005, 83:90–91
  62. BEASLEY JW, STARFIELD B, VAN WEEL C, ROSSER WW, HAQ CL. Global health and primary care research. *J Am Board Fam Med* 2007, 20:518–526
  63. MONTEGUT AJ. To achieve “health for all” we must shift the world’s paradigm to “primary care access for all”. *J Am Board Fam Med* 2007, 20:514–517
  64. LEE TH, BODENHEIMER T, GOROLL AH, STARFIELD B, TREADWAY K. Perspective roundtable: Redesigning primary care. *N Engl J Med* 2008, 359:e24
  65. LAWN JE, ROHDE J, RIFKIN S. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008, 372:917–927
  66. GILLAM S. Is the declaration of Alma-Ata still relevant to primary health care? *Br Med J* 2008, 336:536–538
  67. WALLEY J, LAWN JE, TINKER A, de FRANCISCO A, CHOPRA M, RUDAN I ET AL. Primary health care: Making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008, 372:1001–1007
  68. DAVEY SMITH G, KRIEGER N. Tackling health inequities. *Br Med J* 2008, 337:a1526
  69. GUNN JM, PALMER VJ, NACCARELLA L, KOKANOVIC R, POPE CJ, LATHLEAN J ET AL. The promise and pitfalls of generalism in achieving the Alma-Ata vision of health for all. *Med J Aust* 2008, 189:110–112
  70. HIXON AL, MASKARINEC GG. The declaration of Alma-Ata on its 30th anniversary: Relevance for family medicine today. *Fam Med* 2008, 40:585–588
  71. RAWAF S, de MAESENEER J, STARFIELD B. From Alma-Ata to Almaty: A new start for primary health care. *Lancet* 2008, 372:1365–1367
  72. SALVAGE J. World’s best practice. Two nurse-led primary care projects based in the UK have gained global recognition. *Nurs Stand* 2008, 22:64
  73. CHAN M. Return to Alma-Ata. *Lancet* 2008, 372:865–866
  74. MOSZYNSKI P. Global health goals depend not just on more aid but better delivery. *Br Med J* 2008, 336:1461
  75. MAYOR S. WHO calls for better living conditions to reduce health gap. *Br Med J* 2008, 337:a1451
  76. GREEN LW. From Alma-Ata to prescription for health: Correcting 30 years of drift in primary care prevention and behavioral interventions. *Am J Prev Med* 2008, 35(Suppl 5):S434–S436
  77. FRANK E. A new way to train and support the world’s health workers. *Medscape J Med* 2008, 10:219
  78. De MAESENEER J, MOOSA S, PONGSUPAP Y, KAUFMAN A. Primary health care in a changing world. *Br J Gen Pract* 2008, 58:806–809
  79. STARFIELD B. An evidence base for primary care. Interview by John Marcille. *Manag Care* 2008 17:33–6, 39
  80. FRANKLIN BA. Physical activity to combat chronic diseases and escalating health care costs: The unfilled prescription. *Curr*

- Sports Med Rep* 2008, 7:122–125
81. LEE IM, BUCHNER DM. The importance of walking to public health. *Med Sci Sports Exerc* 2008, 40(Suppl 7):S512–S518
82. COUNTDOWN COVERAGE WRITING GROUP, COUNTDOWN TO 2015 CORE GROUP, BRYCE J, DAELMANS B, DWIVEDI A, FAUVEAU V ET AL. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions. *Lancet* 2008, 371:1247–1258
83. COUNTDOWN 2008 EQUITY ANALYSIS GROUP, BOERMA JT, BRYCE J, KINFU Y, AXELSON H, VICTORA CG. Mind the gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet* 2008, 371:1259–1267
84. ROHDE J, COUSENS S, CHOPRA M, TANGCHAROENSATHIEN V, BLACK R, BHUTTA ZA ET AL. 30 years after Alma-Ata: Has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008, 372:950–961
85. CLEMENTS CJ, NSHIMIRIMANDA D, GASASIRA A. Using immunization delivery strategies to accelerate progress in Africa towards achieving the Millennium Development Goals. *Vaccine* 2008, 26:1926–1933
86. BHUTTA ZA, ALI S, COUSENS S, ALI TM, HAIDER BA, RIZVI A ET AL. Alma-Ata: Rebirth and revision 6 interventions to address maternal, newborn, and child survival: What difference can integrated primary health care strategies make? *Lancet* 2008, 372:972–989
87. GREENHALGH T. Thirty years on from Alma-Ata: Where have we come from? Where are we going? *Br J Gen Pract* 2008, 58:798–804
88. FLECK F. Consensus during the cold war: Back to Alma-Ata. *Bull World Health Organ* 2008, 86:745–746
89. DRIFE JO. Alma-Ata no more. *Br Med J* 2008, 337:a2613
90. DOWNING R. African family medicine. *J Am Board Fam Med* 2008, 21:169–170

*Corresponding author:*

L.P. Anthopoulos, 5–7 Distomou street, GR-151 25 Marousi, Greece  
e-mail: lanthop@nurs.uoa.gr

---