

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΣΤΟΡΙΑΣ, ΑΡΧΑΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟ ΤΟΠΙΟ ΚΑΙ ΟΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗ
ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '20

Ευθύμογλου Ευάγγελος Αριθμός Μητρώου: 1113079

Επόπτες

Μήτσος Μπιλάλης
Πολυμέρης Βόγλης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

• ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	01
• ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	05
○ Η δεκαετία 1910-1919.....	09
• Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1920.....	12
• ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΒΟΛΟΥ.....	25
○ Αλληλογραφία.....	28
○ Πειθαρχικό Συμβούλιο.....	31
• ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	35
• ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	43

Μπορεί ο ιστορικός μέσα από τη μελέτη των επαγγελματικών σωματείων να εξάγει συμπεράσματα για μια εποχή ή ένα ζήτημα; Κι αν ναι, πόσο αντιπροσωπευτικά μπορούν να είναι αυτά για άλλες κοινωνικές και επαγγελματικές ομάδες; Τα σωματεία συνδέονται με όσα διαδραματίζονται σε κρατικό επίπεδο ή είναι αυστηρά περιορισμένα στα στενά τοπικά και κοινωνικά όρια στα οποία δρουν; Είναι με λίγα λόγια δυνατόν να αξιοποιηθούν τα αρχεία ενός επαγγελματικού συλλόγου ή σωματείου με σκοπό την μελέτη κρατικών πολιτικών και κοινωνικών αντιλήψεων; Οι προβληματισμοί αυτοί γίνονται ακόμη πιο έντονοι και περίπλοκοι όταν ο σύλλογος που καλείται κανείς να μελετήσει έχει ταυτόχρονα επαγγελματικό αλλά και επιστημονικό προσανατολισμό.

Αφορμή για την εκπόνηση αυτής της εργασίας υπήρξε η καταγραφή μέρους του αρχείου του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας από τα Γενικά Αρχεία του Κράτους Νομού Μαγνησίας. Τα Γ.Α.Κ. Μαγνησίας παρέλαβαν και κατέγραψαν το αρχείο στα πλαίσια της συνεργασίας τους με τον Ι.Σ.Β. και το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, με σκοπό την ανάδειξη της συμβολής των μελών του Συλλόγου στην τοπική ιστορία. Κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης στα Γ.Α.Κ. Μαγνησίας ασχολήθηκα με την περαιτέρω τεκμηρίωση και αποδελτίωση των δεδομένων ενός μέρους, του ήδη ταξινομημένου σε φακέλους, αρχείου του Ι.Σ.Μ. Αναλυτικότερα, μελέτησα τα έγγραφα των φακέλων, κυρίως του υπ' αριθμόν 202, κατέγραψα το είδος, το θέμα και το υπόστρωμα των εγγράφων, όπως επίσης και τον τόπο και χρόνο συγγραφής τους, ενώ για πολλά απ' αυτά σημείωσα επιπλέον πληροφορίες. Στη συνέχεια δημιούργησα ένα ηλεκτρονικό ευρετήριο του φακέλου ενσωματώνοντας τα παραπάνω στοιχεία. Ένα αντίστοιχο ηλεκτρονικό ευρετήριο δημιούργησα και για το βιβλίο 67 του ίδιου αρχείου, αυτό περιέχει τα πρακτικά των συνεδριάσεων του Συλλόγου. Μετά την ολοκλήρωση της πρακτικής μου και την επιστροφή των φακέλων σε χώρο του Ι.Σ.Μ. μελέτησα ξανά το περιεχόμενό τους για τις ανάγκες της εργασίας στο χώρο όπου φυλάσσονται. Οι ηλεκτρονικοί κατάλογοι που καταρτίστηκαν στα Γ.Α.Κ. Μαγνησίας αποδείχθηκαν σημαντικά εργαλεία για τη μελέτη του αρχείου του Ι.Σ.Μ. καθώς παρέχουν μια αναλυτική και γρήγορη εποπτεία ενός μεγάλου αριθμού δυσανάγνωστων εγγράφων.

Αρχική σκέψη ήταν η μελέτη της δράσης του Ιατρικού Συλλόγου σε τοπικό επίπεδο. Αυτό δεν κατέστη δυνατόν εξαιτίας της έλλειψης σχετικών πρωτογενών πηγών αλλά και δευτερογενούς βιβλιογραφίας. Η έλλειψη δευτερογενούς βιβλιογραφίας δεν

αφορά μόνο στην περιοχή της Θεσσαλίας, αλλά γενικότερα στη μελέτη επαγγελματικών σωματείων και ειδικότερα στη μελέτη Ιατρικών Συλλόγων.

Μοιραία λοιπόν η έρευνα και τα ερωτήματά της αναπροσαρμόστηκαν προς την κατεύθυνση των διαθέσιμων πηγών. Στραφήκαμε σταδιακά προς τη μελέτη των πολιτικών της υγείας στο συνολικό γεωγραφικό εύρος της ελληνικής επικράτειας. Το γεγονός αυτό επέτρεψε την αξιοποίηση περισσότερων πηγών και την εξέταση των κυβερνητικών πρακτικών στο πεδίο της υγείας στα πλαίσια ευρύτερων τάσεων. Οι πρακτικές που εφαρμόστηκαν σ' αυτό το πεδίο κατά τη δεκαετία 1920-1930 εξετάστηκαν ως παράγωγα της εποχής τους. Συνδέθηκαν με γεγονότα που έλαβαν χώρα στο εσωτερικό της Ελλάδας, σε διεθνές επίπεδο, αλλά και σε διακρατικό επίπεδο ανάμεσα στην Ελλάδα και γειτονικές χώρες. Οι πρακτικές αυτές συνδέθηκαν και με το πολιτικό πλαίσιο που κυριαρχούσε στη χώρα εκείνη την περίοδο.

Ο επαναπροσδιορισμός του χώρου στον οποίο θα αναφέρεται η εργασία επέβαλλε μια αλλαγή στη δομή των ερωτημάτων. Η εργασία δομείται σε δύο βασικά μέρη: στο πρώτο εξετάζεται το θεσμικό πλαίσιο σχετικά με την υγεία, ενώ στο δεύτερο μέρος του αρχείου του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, από την ίδρυσή του μέχρι τα τέλη της δεκαετίας. Συνεπώς, στο πρώτο μέρος τίθενται ερωτήματα που σχετίζονται με τη μεγάλη εικόνα, τις δομές, το θεσμικό πλαίσιο, τις κυβερνητικές πολιτικές και πρακτικές. Το δεύτερο μέρος εστιάζει τοπικά στο χώρο δράσης του Ιατρικού Συλλόγου, δηλαδή στην πόλη του Βόλου. Σ' αυτό το μέρος τίθενται ερωτήματα σχετικά με το ίδιο το ιατρικό επάγγελμα, το πώς αυτό αντιμετωπίζεται από τους ιατρούς αλλά και το κράτος, τους σκοπούς και τον τρόπο λειτουργίας του Συλλόγου.

Η εργασία αυτή επικεντρώνεται στις εξελίξεις που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1920. Υπάρχουν όμως σ' αυτήν αναφορές σε παλαιότερα γεγονότα και νομοθετήματα. Αυτό συνέβη καθώς το ζήτημα της υγείας δεν είναι ένα ζήτημα που προκύπτει ξαφνικά κατά την πρώτη μεσοπολεμική δεκαετία. Η υγεία, όπως αναφέρεται συχνά μέσα στην εργασία, απασχολεί το ελληνικό κράτος από τα πρώτα χρόνια της σύστασής του. Μερικά από τα ερωτήματα που τίθενται σ' αυτήν την εργασία είναι το πότε, το πόσο και το γιατί η υγεία απασχόλησε το κράτος, αλλά και το πώς αυτό αντέδρασε κάθε φορά. Επομένως κρίνεται σκόπιμη η υπέρβαση των χρονικών ορίων της δεκαετίας προς το παρελθόν, με σκοπό να ακολουθηθεί και να εξεταστεί η συνέχεια του ζητήματος. Ακόμη, εκτός των χρονικών ορίων της δεκαετίας του 1920 εντοπίζονται πολύ σημαντικές τομές, οι οποίες υπήρξαν

καθοριστικές για τις εξελίξεις στην περίοδο ενδιαφέροντος της εργασίας. Έτσι ένα κομμάτι του πρώτου σκέλους της εργασίας, που σχετίζεται με το θεσμικό πλαίσιο όπως προαναφέρθηκε, έχει αφιερωθεί στα χρόνια από το 1910 έως το 1919, με σκοπό την καλύτερη κατανόηση των αλλαγών που θα συντελεστούν κατά την επόμενη δεκαετία.

Παρόμοιες διευρύνσεις του χρονικού πλαισίου έχουν γίνει και στο δεύτερο σκέλος της εργασίας. Σκοπός τους αυτή τη φορά είναι η αποτύπωση των δομών που συγκροτούν τον ιατρικό κόσμο ως διακριτή κοινωνική ομάδα, όπως επίσης και των μηχανισμών που χρησιμοποιούνται για τη διατήρηση των σχέσεων εξουσίας του ιατρικού κόσμου έναντι άλλων κοινωνικών ομάδων, αλλά και του κράτους έναντι όσων δεν ακολουθούν τη γραμμή του. Στη βάση των παραπάνω, προέκυψε και διερευνήθηκε το ερώτημα κατά πόσο ο ιατρικός κόσμος και το πεδίο της υγείας μπορούν να λειτουργήσουν ως μηχανισμός άσκησης εξουσίας στην υπηρεσία του κράτους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εργασία αυτή θα γίνει προσπάθεια να προσεγγιστεί και να μελετηθεί το τοπίο της υγείας στο ελληνικό κράτος των αρχών του προηγούμενου αιώνα, με έμφαση στη δεκαετία του 1920. Επίσης, μέσα από τη μελέτη των βασικότερων σταθμών που καθόρισαν το τοπίο αυτό, θα εξεταστούν οι πολιτικές που ασκήθηκαν από τις ελληνικές κυβερνήσεις σχετικά με την υγεία, το πώς ο πολιτικός κόσμος αντιλαμβανόταν αυτό το πεδίο, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο ο ίδιος ο ιατρικός κόσμος εκλάμβανε τις αλλαγές και όριζε τον εαυτό του, τη θέση του και τον ρόλο του στην κοινωνία της εποχής. Η έρευνα θα βασιστεί κατά κύριο λόγο σε πρωτογενές υλικό. Σε φύλλα εφημερίδας κυβερνήσεως από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα ως τα τέλη της δεκαετίας του '20 και σε τμήμα του αρχείου του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας.

Η μελέτη του θέματος μέσα από τα Φ.Ε.Κ. αποδείχθηκε δύσκολη και χρονοβόρα υπόθεση, αυτό οφείλεται τόσο στον πολύ μεγάλο αριθμό φύλλων σε συνδυασμό με την έλλειψη της δυνατότητας αναζήτησης με βάση του περιεχόμενο. Χρησιμοποίησα τον ηλεκτρονικό κόμβο του Εθνικού Τυπογραφείου, όπου υπάρχουν ψηφιοποιημένα Φ.Ε.Κ. ταξινομημένα ανά έτος. Διάβασα τα περιεχόμενα όλων των φύλλων των τριάντα πρώτων ετών του 20^{ου} αιώνα και κατέγραψα όσα απ' αυτά περιέχουν Νόμους και Διατάγματα σχετικά με το αντικείμενο της εργασίας. Στη συνέχεια δημιούργησα λίστες στις οποίες ταξινόμησα τα Φ.Ε.Κ. ανά έτος και άλλες στις οποίες τα ταξινόμησα ανά έτος και τύπο νομοθετήματος. Συγκρότησα έτσι, για τις ανάγκες της συγγραφής αυτής της εργασίας, έναν πολυσέλιδο κατάλογο όπου περιέχονται με χρονολογική σειρά όλα τα σχετικά με την υγεία νομοθετήματα για την περίοδο 1920-1930.

Το ελληνικό κράτος των αρχών του 20ου αιώνα διανύει μια πορεία εκσυγχρονισμού, οι απαρχές της οποίας εντοπίζονται ήδη από το τελευταίο τέταρτο του 19ου. Ο εκσυγχρονισμός του κράτους και η δημιουργία υποδομών αλλά και μηχανισμών ελέγχου θεωρείται από μερίδα του πολιτικού κόσμου της εποχής ως η μόνη οδός που μπορεί να οδηγήσει με ασφάλεια στην εδαφική επέκταση της Ελλάδας και την πραγμάτωση της Μεγάλης Ιδέας.¹ Το εκσυγχρονιστικό σχέδιο δομήθηκε με βάση δυτικά πρότυπα της εποχής και οι εμπνευστές του προσδοκούσαν τη δημιουργία ενός

¹ Κ. Κωστής, *Τα κακομαθημένα παιδιά της ιστορίας: Η διαμόρφωση του νεοελληνικού κράτους 18^{ος}-20^{ος} αιώνας*, Πατάκη, Αθήνα 2015, σ. 459-464.

κράτους στα πρότυπα κυρίως της Γαλλίας και της Βρετανικής Αυτοκρατορίας.

Το ελληνικό βασίλειο από τη δεκαετία του 1880 φαίνεται να βρίσκεται σε μια συνεχή προσπάθεια πολεμικής προετοιμασίας, ενώ ένα από τα μεγαλύτερα πεδία πολιτικής αντιπαράθεσης της εποχής αποτελούσε ο τρόπος διεξαγωγής του πολέμου, με τη μια πλευρά να υποστηρίζει πως για την εδαφική επέκταση απαιτείται ένας σύγχρονος, εκπαιδευμένος και σωστά εξοπλισμένος στρατός και την άλλη πλευρά να εναποθέτει τις ελπίδες της στη γενναιότητα των ατάκτων πολεμιστών και να προσδοκεί την επανάληψη του 1821.²

Η ήττα της Ελλάδας στον πόλεμο του 1897 μπορεί να θεωρηθεί το γεγονός που έλυσε δια παντός το δίλλημα και κατέστησε σαφή και επιτακτική την ανάγκη δημιουργίας τακτικού στρατού, αλλά και των κατάλληλων δομών ώστε να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητά του.³ Στην εκπνοή του 19ου αιώνα το ελληνικό βασίλειο καταβάλει μια έντονη, έως και εξαντλητική για τις δυνατότητές του, προσπάθεια να εφαρμόσει δυτικά μοντέλα κρατικής και στρατιωτικής οργάνωσης προκειμένου να επεκτείνει τα σύνορά του. Ομολογουμένως επιτυγχάνει σε σημαντικό βαθμό το στόχο του καταφέροντας να δημιουργήσει ένα λειτουργικό σιδηροδρομικό δίκτυο γύρω από τρεις βασικούς άξονες, το οποίο συνέδεε την Πελοπόννησο με τα βόρεια σύνορά του, ένα δίκτυο αμαξιτών οδών και ένα δίκτυο επικοινωνίας μέσω τηλεγράφου. Ο συνδυασμός των δικτύων χερσαίων μεταφορών, επικοινωνίας και θαλάσσιων μεταφορών, μέσω της διάνοιξης της διώρυγας της Κορίνθου και της κατασκευής νέων λιμένων, αποτελεί το υπόβαθρο για τη δράση του στρατού, του οποίου οι δομές, ο τρόπος και ο σκοπός λειτουργίας αλλάζουν ριζικά μέσα από μια σειρά νομοθετημάτων.

Η πορεία προς τον εκσυγχρονισμό δεν είναι ίδια για όλους του τομείς. Παρά τα αλματώδη βήματα στον τομέα των δημοσίων έργων και της στρατιωτικής οργάνωσης, το ελληνικό κράτος παραμελεί εντελώς την δημόσια υγεία. Το νομοθετικό πλαίσιο που ρυθμίζει την δραστηριότητα του ελληνικού κράτους σχετικά με την υγεία στις αρχές του 20ου αιώνα συγκροτείται στη βάση τριών νόμων του 1845, του υγειονομικού νόμου, του νόμου περί υγειονομικών αρχών εν γένει και του νόμου περί διατιμήσεως υγειονομικών και λοιμοκαθαρτικών δικαιωμάτων.⁴ Είναι

² Χ. Χατζηιωσήφ (επίμ.), *Ιστορία της Ελλάδας του 20^{ου} αιώνα: όψεις πολιτικής και οικονομικής ιστορίας 1900-1940*, σ. 165-167.

³ Στο ίδιο σ. 167-168.

⁴ Φ.Ε.Κ. Α 031 1845

ξεκάθαρο ότι η συζήτηση που έχει ξεκινήσει στην Ευρώπη ήδη από τα μέσα του 19ου αιώνα και ωθεί τα Ευρωπαϊκά κράτη στη λήψη μέτρων σχετικά με τη δημόσια υγεία δεν επηρέασε σημαντικά τις ελληνικές κυβερνήσεις στη διαμόρφωση της κοινωνικής τους πολιτικής⁵. Χαρακτηριστικό στοιχείο των τριών νόμων που αναφέρονται παραπάνω είναι έλλειψη μέτρων αντιμετώπισης των ασθενειών και η έντονη προσπάθεια προστασίας της επικράτειας από μολυσματικές ασθένειες προερχόμενες από το εξωτερικό. Με βάση τον υγειονομικό νόμο του 1845 εκδίδονται βασιλικά διατάγματα τα οποία επιχειρούν να θωρακίσουν την επικράτεια και να αποτρέψουν την είσοδο ασθενειών. Τα διατάγματα αυτά στη συντριπτική τους πλειοψηφία επιβάλλουν «καθάρσεις» σε πλοία εμπορεύματα και πληρώματα που αποπλέουν από περιοχές τις οποίες το κράτος θεωρεί μολυσμένες ή επικίνδυνες.⁶ Η διάρκεια των καθάρσεων ποικίλει από μερικές ώρες έως αρκετές ημέρες, ανάλογα με τις αποφάσεις του Ιατροσυνεδρίου που, σε συνεργασία με το υπουργείο οικονομικών, αξιολογεί την κατάσταση κατά περίπτωση. Η απόφαση ωστόσο του Ιατροσυνεδρίου τις περισσότερες φορές δεν παραμένει σταθερή, πολύ συχνό φαινόμενο αποτελεί η έκδοση συμπληρωματικών βασιλικών διαταγμάτων τα οποία επανακαθορίζουν τον προβλεπόμενο χρόνο, σπανιότερα χώρο, «κάθαρσης», δεν λείπουν επίσης οι περιπτώσεις στις οποίες το διάταγμα άρσης της επιβολής «κάθαρσης» ή άλλων υγειονομικών μέτρων εκδίδεται πριν συμπληρωθεί ο απαιτούμενος χρόνος εφαρμογής τους.⁷ Είναι φανερό ότι η προστασία της δημόσια υγείας από μολυσματικές ασθένειες δεν είναι πάντοτε πρώτη προτεραιότητα του κράτους καθώς τα έσοδα του θαλάσσιου εμπορίου είναι απαραίτητα για την κάλυψη των αναγκών της στρατιωτικής προετοιμασίας.

Το Ιατροσυνέδριο ιδρύθηκε το 1834 με Βασιλικό Διάταγμα. Αποτελούσε μέρος της γραμματείας εσωτερικών και αρμοδιότητές του ήταν η εξέταση ιατρών, φαρμακοποιών, κτηνιάτρων και μαιών, η παροχή ανώτατης ιατροδικαστικής άποψης και η παροχή συμβουλευτικού έργου προς την γραμματεία εσωτερικών όταν του

⁵ Γ. Κυριόπουλος, *Η υγεία και η κοινωνική ασφάλιση στο μεσοπόλεμο. Διδάγματα της ιστορικής εμπειρίας και μαθήματα για το μέλλον*, στο *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), Παπαζήση, Αθήνα 2008, σ. 54.

⁶ Παραδειγματικά, Φ.Ε.Κ. Α 297 1900,
Φ.Ε.Κ. Α 009 1901,
Φ.Ε.Κ. Α 156 1902,
Φ.Ε.Κ. Α 101 1903.

⁷ Παραδειγματικά, Φ.Ε.Κ. Α 212 1902,
Φ.Ε.Κ. Α 219 1902,
Φ.Ε.Κ. Α 002,005,008 1903.

ζητηθεί. Το Ιατροσυνέδριο αποτελούταν από έναν πρόεδρο και έξι συνέδρους και οι αποφάσεις του λαμβάνονταν με ψηφοφορία, σε περίπτωση ισοψηφίας η ψήφος του προέδρου ήταν αυτή που έκρινε την απόφαση, ενώ πρόεδρος ορίστηκε ο σύμβουλος της γραμματείας εσωτερικών.⁸

Το σύστημα της προστασίας της δημόσιας υγείας μέσω της αποφυγής κάθε είδους επαφής με μολυσματικές περιοχές δεν ήταν πάντοτε αποτελεσματικό. Η φυματίωση και η ελονοσία είναι δυο ασθένειες που κατά τις αρχές του 20^{ου} αιώνα ήταν ενδημικές στην ελληνική επικράτεια. Από το οπλοστάσιο του κρατικού μηχανισμού απουσίαζαν τα μέτρα και οι δομές που θα ήταν σε θέση να αντιμετωπίσουν την εμφάνιση μιας επιδημίας, τουλάχιστον μέχρι το 1915, χρονιά ίδρυσης του Υπουργείου Περιθάλψεως, που αποτελεί μια πρώτη προσπάθεια συγκέντρωσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Οι υγειονομικές υπηρεσίες ήταν διάσπαρτες σε διάφορα Υπουργεία και διευθύνσεις, ή, ορθότερα, κάθε φορέας είχε τη δυνατότητα να δημιουργεί και να στελεχώνει τις δικές του υγειονομικές υπηρεσίες, οι οποίες δρούσαν για λογαριασμό του χωρίς να υπάρχει ένας κεντρικός προγραμματισμός και συντονισμός. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο της ολοκληρωτικής έλλειψης οποιουδήποτε σχεδίου αντιμετώπισης των επιδημιών, η κεντρική εξουσία δρα κατά περίπτωση προβαίνουσα σε σπασμωδικές κινήσεις αντιμετώπισης των αποτελεσμάτων της ασθένειας και όχι των αιτιών που την προκαλούν. Παρατηρούνται έτσι ανά διαστήματα απότομες πυκνώσεις στα διατάγματα που αφορούν ιδρύσεις νοσοκομείων ή θεραπευτηρίων συγκεκριμένων ασθενειών, ενώ τα ιδρύματα αυτά στην πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν αναφέρονται ξανά σε διατάγματα μετά το τέλος της επιδημίας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας της εποχής είναι προσανατολισμένο στον διαχωρισμό μεταξύ των υγιών και των ασθενικών σωμάτων και όχι στην καταπολέμηση των ίδιων των ασθενειών. Προτεραιότητα των όποιων υγειονομικών αρχών είναι η προστασία των υγιών πολιτών από τη μιαιρότητα των ασθενών, ασθενών που είναι φορείς μιας αρρώστιας την οποία οι ιατροί αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν. Η απομόνωση των ασθενών γινόταν είτε με τον πολυήμερο περιορισμό τους στα λοιμοκαθατήρια, είτε, στις περιπτώσεις που το πρώτο μέτρο αποδεικνύονταν αναποτελεσματικό, με τον εγκλεισμό τους στα ειδικά θεραπευτήρια, συνήθως μακριά από τις πόλεις.⁹

⁸ Φ.Ε.Κ. Α 024 1834.

⁹ Γ. Στογιαννίδης, *Τα σανατόρια και το ζήτημα της φυματίωσης στην Αθήνα 1890-1940*, Βόλος 2015, σ. 191-192.

Η δεκαετία 1910-1919

Οι πρώτες ουσιαστικές αλλαγές στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας εντοπίζονται στα μέσα της δεκαετίας του 1910. Είναι σημαντικό να αναφερθούν και να αναλυθούν οι αλλαγές αυτές, σε αντίθετη περίπτωση δε θα είναι δυνατή η επαρκής κατανόηση των γεγονότων και καταστάσεων της δεκαετίας του 1920, η οποία αποτελεί και το κύριο σημείο ενδιαφέροντος αυτής της εργασίας.

Τα πρώτα χρόνια της διακυβέρνησής του ο Ελευθέριος Βενιζέλος επιχειρεί μέσω μιας σειράς νομοθετημάτων να παρέμβει στις σχέσεις κεφαλαίου-εργατών. Η προσπάθεια αυτή επιφέρει νομοθετικές αλλαγές που αφορούν σε πολλές περιπτώσεις και το πεδίο της υγείας. Εκτός από νομοθετήματα που ορίζουν το χρόνο εργασίας για εργάτες, εργάτριες, ανήλικους και ανήλικες, ψηφίζεται το 1911 ο νόμος περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών κατά τις ώρες εργασίας.¹⁰ Κατά τη διετία 1912-1914 η κυβέρνηση Βενιζέλου ψηφίζει μια σειρά νομοθετημάτων τα οποία θέτουν όρια στην άσκηση του ιατρικού και του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Το κράτος με αυτούς τους νόμους καταβάλλει μια προσπάθεια να περιορίσει την άσκηση μη επιστημονικών πρακτικών σε θέματα υγείας από κομπογιαννίτες. Η σημαντικότερη πρωτοβουλία της πρώτης κυβέρνησης των φιλελευθέρων στο πεδίο της υγείας αποτελεί η ψήφιση του νόμου 346/1914 περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας.¹¹ Ο νόμος αυτός μπορεί να χαρακτηριστεί ως η τομή ανάμεσα στο έως τότε ισχύον σύστημα δημόσιας υγείας και στο νέο που πρόκειται να συγκροτηθεί τα επόμενα χρόνια. Η ψήφιση του Ν. 346/1914 σήμανε την ολοκληρωτική αναίρεση της λογικής στην οποία στηριζόταν τον ισχύον σύστημα, δηλαδή, στον προσανατολισμό της μέριμνας για τη δημόσια υγεία προς το εξωτερικό του κράτους, όπως προαναφέρθηκε, με στόχο να διαφυλαχθεί η επικράτεια από την 'εισβολή' ασθενειών. Για πρώτη φορά το 1914 το ελληνικό κράτος οργανώνεται και δρα στην ενδοχώρα του και όχι στις παραμεθόριες περιοχές. Στο νέο νομοθέτημα υπάρχει πρόβλεψη για διορισμό υγειονομικών επιθεωρητών, προβλέπεται μάλιστα και ο διορισμός μέχρι τεσσάρων ειδικών υγειονομικών επιθεωρητών για συγκεκριμένα νοσήματα αν κριθεί απαραίτητο. Προβλέπεται επίσης ο διορισμός σε κάθε Νομό εμβολιαστών ιατρών και Νομιάτρων καθώς και η σύσταση Νομαρχιακών υγειονομικών συμβουλίων.¹² Προς την ίδια

¹⁰ Φ.Ε.Κ. Α 318 1911.

¹¹ Φ.Ε.Κ. Α 002 1915.

¹² Γ. Νικολαΐδης, Σ. Σακελλαρόπουλος, *Η κοινωνική πολιτική στη Ελλάδα τον μεσοπόλεμο: γεγονότα, συγκρούσεις και εννοιολογικοί μετασχηματισμοί*, στο *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: ο*

κατεύθυνση θα κινηθεί μερικά χρόνια αργότερα η ΚτΕ μετά τις ασθένειες που θα προκύψουν κατά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν οι ισχύουσες διεθνείς συμφωνίες απολύμανσης και καραντίνας θα αποδειχθούν ανεπαρκείς για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Έτσι η Οργάνωση Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών θα αναζητήσει και θα συμβάλει στη δόμηση νέων, περισσότερο αποτελεσματικών συστημάτων υγείας.¹³

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο άρθρο 10 του εν λόγω νόμου. Το άρθρο αυτό επιβάλλει τη σύσταση των Νομαρχιακών υγειονομικών συμβουλίων και ορίζει τη σύνθεσή τους. Στη σύνθεση του συμβουλίου μπορούσε να συμμετέχει και ο Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου ή Ιατρικής Εταιρίας του Νομού αν υπήρχε. Κάνοντας μια αποτίμηση των προβλέψεων του νόμου περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας, μπορεί να υποστηριχθεί ότι πριν από τη θέσπισή του η οργάνωση της περιθαλψής του πληθυσμού αποτελούσε προϊόν ατομικής ή συλλογικής δράσης με σκοπό το κέρδος ή και την προσφορά φιλανθρωπικού έργου. Ο εν λόγω νόμος εισάγει δομές απαραίτητες για την ανάμειξη του κρατικού μηχανισμού στα ζητήματα υγείας της επικράτειας. Η απουσία αυτών των δομών το προηγούμενο διάστημα δεν επέτρεπε, ακόμα κι αν υπήρχε η πρόθεση, καμία μορφή σοβαρής κρατικής παρέμβασης επί του ζητήματος.

Μετά την επικράτησή του επί του βασιλιά και την επάνοδό του στην Αθήνα το 1917, ο Βενιζέλος συνεχίζει τις αλλαγές στο πεδίο της υγείας. Τα συνεχώς εντεινόμενα υγειονομικά προβλήματα της δεκαετίας του 1910 ωθούν την κυβέρνηση, το 1917, να προχωρήσει στην ίδρυση του πρώτου, σχετικού με την υγεία, αυτοτελούς Υπουργείου. Την ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως ακολούθησε μια σειρά νομοθετημάτων, μέσω των οποίων ορίστηκαν οι αρμοδιότητες, το προσωπικό και η διοίκησή του, τέθηκαν ακόμη υπό την εποπτεία του κάποια νοσοκομεία αλλά και ένα νηπιαγωγείο.¹⁴ Παρά την ανάληψη της ευθύνης κάποιων νοσοκομείων, το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας του ελληνικού κράτους παρέμεινε

Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του, Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), Παπαζήση, Αθήνα 2008, σ. 445-449.

¹³Κ. Γαρδικα, *Η διεθνής βοήθεια στη δημόσια υγεία: ανθρωπιστική κρίση, διακίνηση ιδεών και κοινωνική πολιτική*, στο Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), ό.π. σ. 177-180.

¹⁴ Φ.Ε.Κ. Α 136 1917,
Φ.Ε.Κ. Α 188 1917,
Φ.Ε.Κ. Α 200 1917,
Φ.Ε.Κ. Α 270 1917,
Φ.Ε.Κ. Α 281 1917,
Φ.Ε.Κ. Α 307 1917.

διασκορπισμένο σε άλλους φορείς, ενώ το κύριο μέλημα του κράτους παρέμεινε η περίθαλψη των στρατιωτών, των οικογενειών τους και των προσφύγων.

Η υγειονομική υπηρεσία του στρατού φαίνεται να είναι η καλύτερη οργανωμένη και πιο δραστήρια υγειονομική υπηρεσία του κράτους. Καθ' όλη τη διάρκεια της πολεμικής δεκαετίας, αλλά ακόμα και πριν απ' αυτήν, κατά την περίοδο της προετοιμασίας του κράτους για την επερχόμενη σύγκρουση, εκδίδονται διατάγματα που αφορούν στην ίδρυση στρατιωτικών νοσοκομείων.¹⁵ Ο ρυθμός ίδρυσης πολιτικών νοσοκομείων και θεραπευτηρίων τις ίδιες περιόδους είναι αισθητά μικρότερος. Επιπλέον, όπως προκύπτει από τα νομοθετήματα της εποχής, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στον ανθρώπινο δυναμικό της στρατιωτικής υγειονομικής υπηρεσίας, όχι μόνο στην ποσότητά του, αλλά και στην ποιότητα.¹⁶ Η παροχή υποτροφιών για μετεκπαιδύσεις στο εξωτερικό για τους ιατρούς του στρατεύματος υπήρξε συχνή, αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι συχνές υπήρξαν και οι ανακλήσεις των εκπαιδευομένων στις θέσεις τους όταν παρουσιαζόταν ανάγκη, ωστόσο είναι φανερή η πρόθεση να διατηρηθεί υψηλό το επίπεδο των υπηρεσιών. Υπήρχε αντίστοιχη μέριμνα και για τους πολιτικούς ιατρούς, όχι όμως με την ίδια ένταση και συχνότητα. Βασικότερη αιτία που οδήγησε στην ύπαρξη αυτής της κατάστασης είναι η γενικότερη θέση του πολέμου ως προτεραιότητα σε ολόκληρο το φάσμα των λειτουργιών του κράτους. Η υγεία δε θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση σ' αυτόν τον κανόνα, θα ήταν όμως παράληψη να μη συνυπολογιστεί η υπαγωγή των υπηρεσιών υγείας του στρατεύματος στο Υπ. Στρατιωτικών, ένα οργανωμένο, αυτοτελές, προϋπάρχον Υπουργείο. Σε αντίθεση με τις υπηρεσίες υγείας που απευθύνονταν σε πολίτες οι οποίες είτε ήταν διασκορπισμένες σε διάφορες διευθύνσεις, είτε βρίσκονταν στην ευθύνη του ανοργάνωτου και νεοσύστατου Υπουργείου Περιθάλψεως που από τη στιγμή της ίδρυσής του καλείται να αντιμετωπίσει το συνεχώς εντεινόμενο ζήτημα των προσφύγων.

¹⁵ Παραδειγματικά: Φ.Ε.Κ. Α 062 1902, Φ.Ε.Κ. Α 161 1917.

¹⁶ Παραδειγματικά: Φ.Ε.Κ. Α 293 1900, Φ.Ε.Κ. Α 129 1902.

Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 1920

Η δεκαετία 1920-1929 δεν αποτελεί μια περίοδο ομαλότητας για το ελληνικό κράτος. Πρόκειται για μια δεκαετία κατά τη διάρκεια της οποίας συντελούνται μεγάλες αλλαγές. Η πολιτική αστάθεια και οι συνεχείς αλλαγές κυβερνήσεων και πρωθυπουργών αντικατοπτρίζουν στην κεντρική πολιτική σκηνή τόσο το μέγεθος, όσο και τη διάρκεια των αλλαγών που διαδραματίζονται αλλά και των αναταραχών που αυτές προκαλούν στο εσωτερικό του κράτους.

Οι πολιτικές που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας κατά την περίοδο αυτή παρουσιάζουν σημαντικές συνέχειες, οι οποίες ξεπερνούν χρονικά τις διάρκειες των πρωθυπουργικών θητειών, χωρίς ωστόσο να χάνουν τον επίκαιρο και βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα τους. Ταυτόχρονα παρατηρούνται πολύ σημαντικές τομές σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθούν οι τομές και οι συνέχειες αυτές που καθιστούν δυνατή τη μελέτη της δεκαετίας του 1920 ως ξεχωριστής περιόδου αναφορικά με τα ζητήματα της υγείας.

Με βάση τα Φ.Ε.Κ. της περιόδου 1900-1919, το ελληνικό κράτος των αρχών του 20^{ου} αιώνα μερίμνησε ώστε να διαφυλάξει την επικράτειά του από ασθένειες προερχόμενες από το εξωτερικό, όχι όμως για να θεραπεύσει τους ασθενείς του. Μερίμνησε επίσης για την ποιότητα και την ποσότητα του υγειονομικού προσωπικού του στρατεύματος, των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο στράτευμα αλλά και των υγειονομικών υποδομών που χρησιμοποιούνταν απ' αυτό. Παρά την ψήφιση του Ν. 346/1914 και τη ίδρυση αυτοτελούς Υπουργείου Περιθάλψεως το 1917 δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές σε πρακτικό επίπεδο, αλλά μόνο στο νομικό πλαίσιο. Η εξέλιξη αυτή δε θα πρέπει να προκαλεί έκπληξη, η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής πολιτικής ενός κράτους είναι ανάλογη της ορθής λειτουργίας και στελέχωσης του αρμόδιου Υπουργείου.¹⁷ Στην περίπτωση της Ελλάδας δεν λείπουν μόνο αυτοί οι παράγοντες, αλλά, μέχρι το 1922, και το ίδιο το αρμόδιο Υπουργείο.

Για πρώτη φορά μετά την ίδρυση του ελληνικού κράτους, το 1920, η κεντρική εξουσία αναλαμβάνει στην πράξη την ευθύνη της προστασίας του πληθυσμού από μολυσματικές ασθένειες, κυρίως από την φυματίωση, την κατ' εξοχήν ασθένεια του 20^{ου} αιώνα στον ελλαδικό χώρο. Κατά τη διάρκεια του 1920 εκδίδονται Νόμοι και

¹⁷ Θ. Δαρδαβέσης, *Η οργάνωση της κεντρικής διοίκησης για την υγειονομική πολιτική στην περίοδο του μεσοπολέμου*, στο Γ. Κυριόπουλος ό.π., σ. 99.

Διατάγματα που προβλέπουν ιδρύσεις θεραπευτηρίων, νοσοκομείων, νοσοκομείου λοιμωδών νόσων και αντιφυματικών ιατρείων. Την ίδια χρονιά εκδίδεται Νόμος ο οποίος επικυρώνει παλαιότερο Βασιλικό Διάταγμα σχετικά με την ίδρυση του θεραπευτηρίου Σωτηρία. Σημαντικότερο νομοθέτημα αυτής της χρονιάς μπορεί να θεωρηθεί ο Ν. 1979, ο οποίος σηματοδότησε την ενεργό συμμετοχή του κράτους στον αντιφυματικό αγώνα, κίνηση που είχε αμεληθεί από τις αρχές του αιώνα, καθώς φιλανθρωπικές οργανώσεις είχαν αναλάβει το βάρος της καταπολέμησης της νόσου.¹⁸

Το 1920 υπήρξε ένα έτος με πλούσιο νομοθετικό έργο, ειδικά στο ζήτημα το οποίο μελετάμε. Εκτός από τις ιδρύσεις νέων νοσοκομείων, εγκρίθηκε χρηματικό ποσό για την επέκταση και συντήρηση των κρατικών λοιμοκαθαρητηρίων¹⁹. Τα λοιμοκαθαρητήρια ήταν οι χώροι όπου κατευθύνονταν τα πλοία που προέρχονταν από περιοχές οι οποίες είχαν κριθεί μολυσμένες, προκειμένου να τεθούν σε καραντίνα και να απολυμανθούν.

Είναι φανερό, σύμφωνα με τα παραπάνω, πως η αυγή της νέας δεκαετίας φέρνει για το ελληνικό κράτος μια εντυπωσιακή επέκταση των υποδομών των κρατικών υπηρεσιών περίθαλψης. Αυτή η επέκταση θα ήταν ατελέσφορη αν δεν είχε συνδυαστεί με αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο που αφορά αυτές τις υπηρεσίες. Παρατηρείται στις αρχές της δεκαετίας μια τάση οργάνωσης και διόγκωσης του Υπουργείου Περιθάλψεως, των καθηκόντων και των υπηρεσιών του. Στη δικαιοδοσία του υπάγονται νέα ιδρύματα αλλά και νέοι τομείς όπως το Τμήμα Ορφανοτροφείων, ενώ φέρει και αναθέτει την ευθύνη για την περίθαλψη των προσφύγων. Επίσης, καθορίζονται με νόμο οι δαπάνες του κράτους για τη δημόσια υγεία. Ο Ν. 1979, εκτός από τις αλλαγές που επέφερε σε πρακτικό επίπεδο με την ίδρυση θεραπευτηρίων, συνέβαλε και στη θεσμική οργάνωση της δημόσιας υγείας. Προέβλεπε το διαχωρισμό των αντιφυματικών δομών σε τρεις βαθμίδες. Καθόριζε τις ειδικότητες των υπαλλήλων που επρόκειτο να στελεχώσουν τις νέες δομές, ενώ εισήγαγε έναν νέο θεσμό για τα ελληνικά δεδομένα: πρόκειται για τις επιτροπές κυριών, στα πρότυπα του θεσμού της επισκέπτριας νοσηλεύτριας που λειτουργούσε ήδη με επιτυχία σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.²⁰

Το ελληνικό δημόσιο προχωρά σε εγκρίσεις δαπανών που δεν προβλέπονται στον

¹⁸ Φ.Ε.Κ. Α 033 1920

¹⁹ Φ.Ε.Κ. Α 147 1920

²⁰ Φ.Ε.Κ. Α 033 1920

προϋπολογισμό του Υπουργείου Περιθάλψεως, είναι όμως συναφείς με τις αρμοδιότητές του. Εγκρίνονται με Νόμους δαπάνες αρκετών εκατομμυρίων δραχμών για την περίθαλψη προσφύγων που προέρχονται από τις περιοχές της Τουρκίας και της Βουλγαρίας, κυρίως αυτών που έφτασαν μετά τον Μάρτιο του 1919.²¹

Η κρατική μέριμνα για τις υπηρεσίες και τις υποδομές περίθαλψης που αναλύθηκε παραπάνω αποτελεί την σημαντικότερη τομή της δεκαετίας σε σύγκριση με το παρελθόν. Είναι ένα στοιχείο που εμφανίζεται από τον πρώτο κιόλας χρόνο και παραμένει καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου που μελετάμε. Εξίσου σημαντικό δεδομένο με την αύξηση του ενδιαφέροντος για την περίθαλψη των πολιτών είναι η ταυτόχρονη μείωση των Νόμων και Διαταγμάτων που αφορούν την υγειονομική υπηρεσία του στρατεύματος. Η μετατόπιση αυτή του ενδιαφέροντος σημαίνει μια δεύτερη μεταστροφή του συστήματος υγείας, από ένα σύστημα στην υπηρεσία της πολεμικής μηχανής σε ένα σύστημα στην υπηρεσία των πολιτών. Η πρώτη μεταστροφή σημειώθηκε το 1914 με το Νόμο 346.

Το καλοκαίρι του 1922 η κυβέρνηση του Πέτρου Πρωτοπαπαδάκη ψήφισε το Ν. 2882. Με αυτόν επιχείρησε να ανασυγκροτήσει το Υπουργείο Περιθάλψεως. Η νέα δομή του Υπουργείου απαρτιζόταν από πέντε διευθύνσεις (Δημόσιας Υγιεινής, Κοινωνικής Υγιεινής, Δημόσιας Αντιλήψεως, Περιθάλψεως Θυμάτων Πολέμου και Διοικητικού). Το Υπουργείο μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Ο Νόμος δεν στόχευε μόνο στην αναδιάρθρωση ενός Υπουργείου αλλά στην οργάνωση του μεγαλύτερου μέρους των υπηρεσιών υγείας. Το νέο Υπουργείο απέσπασε πλήθος σχετικών αρμοδιοτήτων που παλαιότερα ανήκαν σε άλλα Υπουργεία.²² Η συγκέντρωση των υπηρεσιών σε έναν ενιαίο φορέα καθιστά αναμφίβολα ευκολότερη και αποτελεσματικότερη τη λειτουργία και διαχείρισή τους. Παράλληλα επιτρέπει στη διοίκηση του Υπουργείου και των διευθύνσεών του να ασχοληθούν με επιμέρους ζητήματα, αφού πλέον ο καταμερισμός των ευθυνών το επιτρέπει. Ο Νόμος αυτός παρέμεινε ωστόσο ανεφάρμοστος λόγω των εξελίξεων στο μέτωπο και της ραγδαίας αύξησης των προσφύγων.²³

²¹ Φ.Ε.Κ. Α 019 1920,
Φ.Ε.Κ. Α 023 1920,
Φ.Ε.Κ. Α 069 1920,
Φ.Ε.Κ. Α 142 1920.

²² Φ.Ε.Κ. Α 122 1922.

²³ Γ. Στογιαννίδης, *Τα Σανατόρια και το ζήτημα της φυματίωσης στην Αθήνα, 1890-1940*, Βόλος 2015, σ. 205.

Τον χειμώνα του ίδιου έτους η κυβέρνηση του Στυλιανού Γονατά ακύρωσε με Νομοθετικό Διάταγμα τον Ν. 2882 και προχώρησε σε μείωση των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου, το οποίο μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως.²⁴ Στην δικαιοδοσία του περιήλθαν μόνο οι υγειονομικές υπηρεσίες του Υπουργείου Εσωτερικών, χωρίς να αποκλείεται ωστόσο διεύρυνση των αρμοδιοτήτων και των υπηρεσιών του στο μέλλον.

Η ακύρωση του Νόμου 2882 και η μείωση των αρμοδιοτήτων του νέου Υπουργείου Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως ανακόπτει όλες τις πιθανές θετικές επιπτώσεις που αυτός θα έφερνε στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, ιδιαίτερα εκείνες που θα προέκυπταν από την ευκολότερη διοίκηση εξειδικευμένων διευθύνσεων. Η πορεία προς τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Υγείας όμως συνεχίζεται προς άλλη κατεύθυνση. Οι κυβερνόντες του ελληνικού κράτους του 1922 έδειξαν ενδιαφέρον για την οργάνωση και την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού των υγειονομικών υπηρεσιών. Με μια σειρά Νόμων και Νομοθετικών διαταγμάτων γίνεται προσπάθεια να οριστούν τα καθήκοντα και τα προσόντα των ιατρών αλλά και των λοιπών εργαζομένων στο σύστημα υγείας.²⁵ Ενώ παράλληλα, την ίδια χρονιά, με Βασιλικά διατάγματα προστίθεται η γυναικολογία ως νέο μάθημα στην Ιατρική Σχολή του Εθνικού Πανεπιστημίου και ως νέα έδρα²⁶. Γίνεται ακόμη προσπάθεια να τεθεί υπό έλεγχο το ιατρικό επάγγελμα, όπως και εκείνο του φαρμακοποιού και η άσκησή τους στο σύνολο της επικράτειας.

Οι δύο αυτοί επαγγελματικοί κλάδοι αντιμετωπίζονταν ως διαφορετικοί τόσο από το κράτος, το οποίο τους αναφέρει ξεχωριστά στα νομοθετήματα και όχι με τον γενικό όρο υγειονομικοί, όσο και από τους ίδιους του επαγγελματίες, οι οποίοι αργότερα συγκρότησαν διαφορετικά επαγγελματικά σωματεία και συλλόγους. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι ο Ιατρικός Σύλλογος Βόλου και ο Φαρμακευτικός Σύλλογος Βόλου πραγματοποίησαν σε πολλές περιπτώσεις κοινές συνελεύσεις και κράτησαν κοινή στάση απέναντι σε ζητήματα που τους αφορούσαν. Το σημαντικότερο ζήτημα που

²⁴ Φ.Ε.Κ. Α 269 1922.

²⁵ Φ.Ε.Κ. Α 018 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 050 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 062 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 192 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 198 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 161 1922.

²⁶ Φ.Ε.Κ. Α 003 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 028 1922.

απασχόλησε τους δύο συλλόγους στις κοινές τους διαδικασίες ήταν αυτό της κοινωνικής ασφάλισης, καθώς υπάγονταν και οι δύο στο Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών. Παρά το γεγονός ότι στα πλαίσια του Τ.Σ.Α.Υ. αντιμετωπίζονταν ως όμοια ομάδα, οι ίδιοι εξακολούθησαν να διατηρούν διαφορετικά και ανεξάρτητα τα όργανά τους. Δεν γνωρίζουμε αν παρόμοιες κινήσεις έχουν πραγματοποιηθεί από αντίστοιχους επαγγελματικούς συλλόγους σε άλλες πόλεις της Ελλάδας την ίδια περίοδο, είναι όμως πολύ πιθανό αν θεωρήσουμε την περίπτωση του Βόλου κανόνα και όχι εξαίρεση.

Παρά την αλλαγή κυβέρνησης και πολιτικής σε σχέση με το 1920, η στρατηγική της επέκτασης των υποδομών μέσω της δημιουργίας νέων κτιρίων εξακολουθεί να εφαρμόζεται. Στο πλαίσιο αυτής της στρατηγικής το ελληνικό κράτος προχωρά στην ίδρυση νέων νοσοκομείων και ασύλων όπως ορφανοτροφεία.²⁷ Σημαντική τομή που φέρνει το 1922 για τη δημόσια υγεία είναι η αύξηση των δημοσίων έργων που αφορούν την ύδρευση των πόλεων.

Η σύνδεση της ύπαρξης δικτύων ύδρευσης και αποχέτευσης στις πόλεις, όπως και της ποιότητας του πόσιμου νερού με τη δημόσια υγεία είχε ήδη γίνει σε χώρες της Ευρώπης από τη δεκαετία του 1880²⁸. Η διατύπωση της θεωρίας των μικροβίων κατέστησε το κράτος υπεύθυνο για τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας μέσα από την κατασκευή υδρευτικού και αποχετευτικού συστήματος στον αστικό χώρο. Το ελληνικό κράτος από την ίδρυσή του επιχείρησε να ανταποκριθεί σ' αυτό το καθήκον, το 1833 ψηφίστηκε ο νόμος περί υγιεινής οικοδομών των πόλεων και των κωμών σε μια προσπάθεια εξυγίανσης του αστικού χώρου. Η σταθερή παροχή ικανοποιητικής ποσότητας πόσιμου νερού ανά κάτοικο ημερησίως υπήρξε αναγκαιότητα για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός. Το ελληνικό κράτος δεν κατάφερε να εξασφαλίσει αυτήν την προϋπόθεση ως τα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Σημαντικό ρόλο σ' αυτήν την αποτυχία διαδραμάτισε η αύξηση του μεγέθους των πόλεων, κυρίως της Αθήνας και η συνακόλουθη αύξηση του πληθυσμού της.²⁹

Η πολεμική δεκαετία ανέστειλε σε μεγάλο βαθμό την πορεία προς την εξυγίανση των

²⁷Παραδειγματικά: Φ.Ε.Κ. Α 117 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 191 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 195 1922,
Φ.Ε.Κ. Α 257 1922.

²⁸ Γ. Μαυρογόνατου, *Η πολιτισμική οικειοποίηση του δικτύου ύδρευσης της Αθήνας την περίοδο 1880-1930. Η διάσταση της υγιεινής στη δημόσια και ιδιωτική σφαίρα*, στο Γ. Κυριόπουλος (επίμ), ό.π., σ 197.

²⁹Στο ίδιο σ. 204

πόλεων, τόσο σε πρακτικό όσο και σε θεσμικό επίπεδο. Μετά την ήττα στο μικρασιατικό μέτωπο και τη λήξη του πολέμου το ζήτημα της δημόσιας υγείας και της υγιεινής του αστικού χώρου επανέρχεται στο προσκήνιο, ενώ η παρουσία μεγάλου αριθμού προσφύγων σε παραπήγματα στις παρυφές των πόλεων κατέστησε την ανάγκη λήψης μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας επιτακτικότερη. Το ενδιαφέρον για τις υποδομές των υδροδοτικών συστημάτων ξεκινά να εντείνεται από το 1922, ενώ αυξάνεται σταδιακά προς τα τέλη της δεκαετίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της αύξησης του ενδιαφέροντος, αλλά και των αλλαγών σε πρακτικό και θεσμικό επίπεδο, αποτελεί η λύση του υδροδοτικού προβλήματος της πρωτεύουσας το 1930 με την κατασκευή του φράγματος στη λίμνη του Μαραθώνα.³⁰

Το τέλος του πολέμου φέρνει το ελληνικό κράτος αντιμέτωπο με μια ακόμη πρόκληση, την διαχείριση της διογκωμένης υγειονομικής υπηρεσίας του στρατεύματος. Όπως έχει ήδη αναφερθεί καθ' όλη τη διάρκεια της πολεμικής αναμέτρησης δόθηκε μεγάλη προσοχή στην δημιουργία και συντήρηση ενός αποτελεσματικού υγειονομικού σώματος στην υπηρεσία των ενόπλων δυνάμεων, το ανθρώπινο δυναμικό του οποίου δεν αποτελούνταν από μόνιμα στελέχη αλλά από κληρωτούς εφέδρους. Σ' αυτούς δόθηκαν, όπως φαίνεται από τα φύλλα της Εφημερίδας της Κυβέρνησης, ορισμένα προνόμια ή διευκολύνσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού ή συναφών επαγγελματιών.

Αρκετοί υγειονομικοί υπάλληλοι και κυρίως υγειονομικοί αξιωματικοί του στρατού, εκτός από την εμπειρία που απέκτησαν από τις συνεχείς πολεμικές αναμετρήσεις, είχαν λάβει επιπλέον εκπαίδευση σε χώρες του εξωτερικού. Αποτέλεσαν έτσι, με την άσκηση υγειονομικών επαγγελμάτων, μια πολύτιμη αρωγή στον αγώνα του κράτους για τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας. Η σημασία αυτής της πρακτικής μεγιστοποιείται αν συνυπολογιστεί η ιστορική συγκυρία κατά την οποία εισήλθαν στα υγειονομικά επαγγέλματα, αυτό έγινε ακριβώς τη στιγμή που το ελληνικό κράτος κλήθηκε να περιθάλψει περισσότερους από 1.200.000 πρόσφυγες. Τέλος, η παροχή αδειών για άσκηση επαγγέλματος απέτρεψε τον κίνδυνο μεγαλύτερων κοινωνικών ταραχών εξαιτίας της δυσαρέσκειας των απολυμένων στρατιωτών. Από το 1923 υπάρχουν Διατάγματα τα οποία παραχωρούν άδειες ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος σε πρόσφυγες ιατρούς.³¹ Για την άσκηση όμως του επαγγέλματος

³⁰Στο ίδιο σ. 213

³¹Φ.Ε.Κ. Α 043 1923,

ισχύει η ρήτρα της ελληνικής ιθαγένειας, όπως ορίζεται με άλλο Νομοθετικό Διάταγμα του 1923.³²

Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται από το κράτος στο επάγγελμα των φαρμακοποιών, τα περισσότερα Διατάγματα χορήγησης αδειών του 1923 αφορούν φαρμακοποιούς, ενώ υπάρχουν άλλα Διατάγματα της ίδιας χρονιάς τα οποία ρυθμίζουν την γενικότερη λειτουργία αυτού του κλάδου.³³ Φαίνεται ότι υπάρχει μια νέα προσπάθεια ελέγχου της αγοράς και διάθεσης φαρμάκων, ειδικά της κινίνης,³⁴ αλλά και άλλων *μυστηρίων φαρμάκων* όπως χαρακτηριστικά αναφέρονται.³⁵ Σ' αυτό το σημείο είναι σημαντικό να γίνει μια αναφορά στις μη ενδεδειγμένες από το κράτος και τον ιατρικό κόσμο θεραπευτικές και φαρμακευτικές μεθόδους, καθώς και τις προσπάθειες ελέγχου και περιορισμού τους.

Με τον όρο *μυστήρια φάρμακα* περιγράφονται όλα τα μη πιστοποιημένα φαρμακευτικά σκευάσματα που κατασκευάζονταν και προωθούνταν από φαρμακοποιούς ή και ανειδίκευτους λαϊκούς θεραπευτές. Το φαινόμενο του λαϊκού θεραπευτή, ή, ορθότερα, των μη ιατρικών θεραπευτικών μεθόδων, εξακολουθεί να υπάρχει στον ελλαδικό χώρο ακόμα και στον 21^ο αιώνα. Εμφανίζεται πλέον είτε με τη μορφή φαρμακευτικών σκευασμάτων από βότανα, ορισμένοι μάλιστα επικαλούνται ως αυθεντίες που νομιμοποιούν τα φάρμακά αυτά μοναχούς και αρχαίους συγγραφείς, είτε με τη μορφή δοξασιών με πιο διαδεδομένη το ξεμάτιασμα, την αντιμετώπιση της βασκανίας.

Η ύπαρξη των λαϊκών θεραπειών και η χρήση 'ξορκιών' και θαυματουργών φαρμάκων, χωρίς καμία επιστημονική τεκμηρίωση, δεν αποτελεί προϊόν μόνο των πρώιμων νεωτερικών κοινωνιών³⁶. Το φαινόμενο αυτό, με μικρούς μετασχηματισμούς, έχει φτάσει ως τις μέρες μας. Θα μπορούσε επομένως να χαρακτηριστεί ως ένα επιβίωμα του λαϊκού πολιτισμού της Δυτικής Ευρώπης που

Φ.Ε.Κ. Α 159 1923,

Φ.Ε.Κ. Α 308 1923.

³²Φ.Ε.Κ. Α 231 1923

³³Φ.Ε.Κ. Α 061 1923,

Φ.Ε.Κ. Α 293 1923,

Φ.Ε.Κ. Α 380 1923,

Φ.Ε.Κ. Α 390 1923.

³⁴Φ.Ε.Κ. Α 102 1923,

Φ.Ε.Κ. Α 257 1923.

³⁵Φ.Ε.Κ. Α 193 1923,

Φ.Ε.Κ. Α 227 1923.

³⁶Γ. Στογιαννίδης, ό.π., σ. 150.

κινείται μεταξύ της ψευδοϊατρικής και της πίστης στο μεταφυσικό. Η εμφάνιση και η επικράτηση τέτοιων θεραπευτικών μεθόδων στο ελληνικό κράτος είναι αποτέλεσμα μιας σειράς παραγόντων. Το κόστος και η δυσκολία διάθεσης πραγματικών φαρμάκων, η αξιοπιστία των ιατρών σε σχέση με τη δικτύωση των λαϊκών θεραπευτών στις τοπικές κοινωνίες, το κοινωνικό χάσμα μεταξύ ιατρών και ασθενών, όπως επίσης και τα αντανακλαστικά της ιατρικής κοινότητας για την αντιμετώπιση τέτοιων πρακτικών και τη μονοπώληση της άσκησης των επαγγελματιών υγείας είναι οι σημαντικότεροι απ' αυτούς τους παράγοντες.

Το ελληνικό βασίλειο επιχείρησε να οριοθετήσει τις επιτρεπτές πρακτικές υγείας ήδη από τα πρώτα του νομοθετήματα. Κατά την περίοδο της βαυαρικής Αντιβασιλείας, συγκεκριμένα το 1834³⁷, πραγματοποιήθηκε η πρώτη προσπάθεια καταγραφής των ασκούντων τα επαγγέλματα της υγείας. Σ' αυτούς επιβλήθηκε η απόκτηση πιστοποίησης από το ιατροσυνέδριο για το δικαίωμα ασκήσεως του επαγγέλματος. Αυτή προσπάθεια μέσω νομοθετικής ρύθμισης δεν στάθηκε αρκετή ώστε να τεθούν υπό έλεγχο οι θεραπευτικές πρακτικές και τα πρόσωπα που τις ασκούσαν.

Αν αναλογιστεί κανείς την έντονη κοινωνική, πνευματική και οικονομική διαφορά μεταξύ των ιατρών και της πλειοψηφίας των πολιτών, θα μπορούσε να θεωρήσει ότι τα *μυστήρια φάρμακα* και οι λοιπές μη ενδεδειγμένες μέθοδοι αποτελούν προϊόν εσωτερικής παραγωγής και κατανάλωσης των κατώτερων τάξεων. Η πραγματικότητα ωστόσο είναι διαφορετική. Το φαινόμενο αυτό έλαβε μεγάλες διαστάσεις μέχρι και τις αρχές του 20^{ου} αιώνα, καθώς το ελληνικό κράτος βρισκόταν σε διαδικασία εκσυγχρονισμού και δεν είχε ακόμη συγκροτήσει δομές, μηχανισμούς και θεσμικό πλαίσιο του συστήματος υγείας ώστε να ανακόψει την έξαρση του φαινομένου. Υπάρχουν μάλιστα καταγεγραμμένες περιπτώσεις ιατρών και φαρμακοποιών που, όχι μόνο χρησιμοποιούν *μυστήρια φάρμακα*, αλλά τα εισάγουν ή τα παρασκευάζουν οι ίδιοι. Η πλέον γνωστή περίπτωση εισχώρησης του φαινομένου αυτού στον ιατρικό κόσμο είναι υπόθεση Βαρλά³⁸. Η έκταση της υπόθεσης αυτής ήταν τέτοια ώστε να χαρακτηριστεί ως ένα από τα δύο σημαντικά γεγονότα του 19^{ου} αιώνα, το δεύτερο γεγονός ήταν ο ελληνοτουρκικός πόλεμος του 1887³⁹.

Το 1923 συστήνονται με Νομοθετικό Διάταγμα οι Ιατρικοί Σύλλογοι σε όλες τις

³⁷ Φ.Ε.Κ. Α 008 1834.

³⁸ Γ. Στογιαννίδης, ό.π. σ. 156-163.

³⁹ Στο ίδιο σ. 157.

επαρχίες του κράτους.⁴⁰ Εκτός από τους τοπικούς Συλλόγους το ίδιο Διάταγμα προβλέπει σύσταση δευτεροβάθμιου οργάνου, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Το νομοθέτημα ορίζει λεπτομερώς τα όργανα, τις διαδικασίες, τους σκοπούς και τις αρμοδιότητες των Συλλόγων, καθιστά ακόμη υποχρεωτική τη συμμετοχή των ιατρών σ' αυτούς. Οι Ιατρικοί Σύλλογοι χρησιμοποιήθηκαν από το Υπουργείο για την καλύτερη και ευκολότερη οργάνωση και διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών στις επαρχιακές περιοχές. Συχνά οι Σύλλογοι καλούνταν να διορίσουν ιατρούς μέσω των δικών τους οργάνων ή να παραδώσουν στην κεντρική διοίκηση στοιχεία σχετικά με επιδημικές ασθένειες.

Η σύσταση των κατά τόπους Ιατρικών Συλλόγων άνοιξε το δρόμο προς την συνδικαλιστική οργάνωση των ιατρών, αλλά και τη συνεργασία τους με άλλους επαγγελματικούς κλάδους και σωματεία. Ο Ιατρικός Σύλλογος Βόλου δραστηριοποιήθηκε έντονα σχετικά με το ζήτημα της κοινωνικής ασφάλισης, συνεργάστηκε μάλιστα με το σωματείο των καπνεργατών Καβάλας και τον Φαρμακευτικό Σύλλογο Βόλου, όπως προκύπτει από τα αρχεία του Ι.Σ.Β.⁴¹

Οι πολιτικές της υγείας που εφαρμόστηκαν το 1923 παραμένουν σε μεγάλο βαθμό σταθερές και την επόμενη χρονιά. Το 1924 δεν παρατηρούνται αλλαγές στην κρατική στρατηγική σ' αυτόν το τομέα, πρόκειται για μια χρονιά στην οποία, αν και η γενική στρατηγική δεν φαίνεται να αλλάζει, μειώνεται εμφανώς η ένταση με την οποία ασκείται. Δεν μπορεί ωστόσο να γίνει λόγος για ολική τελμάτωση του πεδίου. Ιδρύονται οικοτροφεία σε διάφορες πόλεις, ενώ στον τομέα της θεσμικής οργάνωσης δεν εντοπίζονται σημαντικές αλλαγές, τα νομοθετήματα περιορίζονται σε τροποποιήσεις και παρατάσεις ισχύος παλαιότερων Διαταγμάτων.⁴²

Ο επόμενος βασικός σταθμός της διαμόρφωσης του τοπίου της υγείας εντοπίζεται το έτος 1925. Με Νομοθετικό Διάταγμα ιδρύεται το Ταμείο Συντάξεως και Αυτασφαλείας των Ιατρών εν Ελλάδι,⁴³ η ίδρυση του Τ.Σ.Α.Ι. προκάλεσε έντονες αντιδράσεις μεταξύ των ιατρών, κάνοντας σαφές ότι η κοινωνική ασφάλιση εξακολουθούσε να μην θεωρείται αυτονόητη κίνηση, μάλιστα από ορισμένους ιατρούς θεωρήθηκε μη αναγκαία και άδικη.

⁴⁰ Φ.Ε.Κ. Α 309 1923.

⁴¹ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202, έγγραφα 83-86.

⁴² Φ.Ε.Κ. Α 042 1924,

Φ.Ε.Κ. Α 055 1924.

⁴³ Φ.Ε.Κ. Α 212 1925.

Την ίδια χρονιά συνεχίζεται η ίδρυση νέων νοσοκομειακών ιδρυμάτων.⁴⁴ Γίνεται προσπάθεια ρύθμισης και περαιτέρω οργάνωσης του θεσμικού πλαισίου αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, ενώ συγκροτούνται μητρώα υγειονομικών.⁴⁵

Οι Ιατρικοί Σύλλογοι επανιδρύονται με νέο Νομοθετικό Διάταγμα της κυβέρνησης Πάγκαλου, το οποίο ακυρώνει το προηγούμενο Διάταγμα σύστασης και τις τροποποιήσεις του.⁴⁶ Τα δύο Διατάγματα δεν παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές ως προς το περιεχόμενό τους. Η ίδια δικτατορική κυβέρνηση αποφασίζει τον Ιανουάριο του 1926 την κατάργηση του Υπουργείου Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως και την ίδρυση της Ανωτάτης Διευθύνσεως Προσφύγων.⁴⁷ Τμήματα του καταργηθέντος Υπουργείου μοιράζονται στα Υπουργεία Παιδείας, Εσωτερικών και Στρατιωτικών. Εκδίδονται Διατάγματα που ακυρώνουν αποφάσεις του πρώην Υπουργείου και καταργούν θέσεις που ανήκαν στην αρμοδιότητά του.

Η κατάργηση του Υπουργείου συνέπεσε χρονικά με την ίδρυση της Στρατιωτικής Ιατρικής Σχολής,⁴⁸ την κατάργηση πολιτικών υγειονομικών ιδρυμάτων⁴⁹ και την ίδρυση στρατιωτικού υγειονομικού συμβουλίου.⁵⁰ Όλα τα παραπάνω συντελούν στη δημιουργία μιας εικόνας επιστροφής της θεσμικής οργάνωσης της δημόσιας υγείας στα επίπεδα που βρισκόταν πριν το 1917.

Η κατάσταση αυτή δεν διήρκεσε για μεγάλο χρονικό διάστημα, τον Αύγουστο του ίδιου έτους η κυβέρνηση του Γ. Κονδύλη με Νομοθετικό Διάταγμα επανίδρυσε το Υπουργείο Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως.⁵¹ Το Ν.Δ. της επανίδρυσης προβλέπει κατάργηση της Ανωτάτης Διευθύνσεως Προσφύγων και κάθε άλλης σχετικής απόφασης της προηγούμενης κυβέρνησης, κλείνοντας με αυτόν τον τρόπο τη μικρή περίοδοπισωγυρίσματος στο θέμα της θεσμικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Παρά την επαναφορά του Υπουργείου και των οργανωτικών δομών και υπαλλήλων του, η κατάσταση παρέμεινε στάσιμη στον τομέα της υγείας για το επόμενο διάστημα. Τους βασικότερους παράγοντες αυτής της στασιμότητας αποτελούν η

⁴⁴ Παραδειγματικά: Φ.Ε.Κ. Α 200 1925.

⁴⁵ Φ.Ε.Κ. Α 306 1925.

⁴⁶ Φ.Ε.Κ. Α 362 1925.

⁴⁷ Φ.Ε.Κ. Α 011 1926.

⁴⁸ Φ.Ε.Κ. Α 004 1926.

⁴⁹ Φ.Ε.Κ. Α 174 1926,

Φ.Ε.Κ. Α 201 1926.

⁵⁰ Φ.Ε.Κ. Α 076 1926.

⁵¹ Φ.Ε.Κ. Α 286 1926.

έλλειψη μακροπρόθεσμων σχεδίων λειτουργίας του συστήματος υγείας και η διάθεση μικρού μέρους του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία. Το ενδιαφέρον του ελληνικού κράτους για το ζήτημα της δημόσιας υγείας θα ανακάμψει απότομα από το 1928 κι έπειτα, κατά τη διάρκεια της τελευταίας περιόδου διακυβέρνησης από τον Ελευθέριο Βενιζέλο. Η επιδημία δάγκειου πυρετού που έπληξε τη χώρα αυτή τη χρονιά πήρε την μορφή πανδημίας και προσέβαλε μέχρι και τον τότε Πρωθυπουργό. Η επιδημία αυτή εκδηλώθηκε σε δύο κύματα, το πρώτο ξέσπασε το φθινόπωρο του 1927, ενώ το δεύτερο και ισχυρότερο τον Αύγουστο του 1928. Το δεύτερο κύμα προσέλαβε γρήγορα τη μορφή πανδημίας, κυρίως στις νότιες περιοχές της επικράτειας. Κάποιοι νομοί της βόρειας Ελλάδας μάλιστα παρέμειναν σχεδόν απρόσβλητοι από την ασθένεια. Πρόκειται για την σοβαρότερη επιδημία δάγκειου πυρετού στην Ευρώπη. Για την αντιμετώπισή του οι υγειονομικές υπηρεσίες εξέδωσαν οδηγίες προς τους ιατρούς αλλά και προς του πολίτες, προτείνοντας τρόπους προφύλαξης από τα κουνούπια, τα οποία είναι οι κύριοι φορείς του ιού που προκαλεί τον δάγκειο πυρετό.⁵²

Η νόσος που ενέσκηψε μέσα σε ένα κλίμα έντονης πολιτικής και οικονομικής αστάθειας άσκησε στην κοινωνία, τις υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά και τον πολιτικό κόσμο την ώθηση που απαιτούταν ώστε η υγεία να αποτελέσει ξανά κεντρικό ζήτημα στα κυβερνητικά προγράμματα. Προϊόν της πίεσής της μπορεί να θεωρηθεί μεγάλο μέρος του έργου που παράχθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών της δεκαετίας του 1920.

Το γεγονός αυτό δεν αρκεί για να επισκιάσει το συνολικό έργο των κυβερνήσεων Βενιζέλου, το οποίο συνεχίστηκε και κατά τη διάρκεια της τελευταίας του θητείας. Ο ίδιος σε προεκλογική του ομιλία είχε τονίσει την ανάγκη διεξαγωγής αγώνα ενάντια στις μολυσματικές ασθένειες και υπέρ της προστασίας της υγείας κατά την παιδική ηλικία, στα πρότυπα άλλων ευρωπαϊκών χωρών και πάλι.⁵³ Η τελευταία κυβέρνηση των Φιλελευθέρων επιδίωξε και κατάφερε, σε μεγάλο βαθμό, να επαναφέρει τη χώρα στην εκσυγχρονιστική της πορεία, η οποία είχε διακοπεί κατά τη διάρκεια των δικτατορικών κυβερνήσεων.

Καθ' όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα, αλλά κυρίως κατά τη δεκαετία του 1920,

⁵² Δ. Χριστοδούλου, *Η επιδημία του δάγκειου πυρετού το 1928*, στο Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), *ό.π.*, σ. 171.

⁵³ Θ. Δαρδαβέσης, *Η οργάνωση της κεντρικής διοίκησης για την υγειονομική πολιτική στην περίοδο του μεσοπολέμου*, στο Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), *ό.π.*, σ. 103.

παρατηρείται η προσπάθεια του κρατικού μηχανισμού να βελτιώσει το επίπεδο και την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού των υγειονομικών υπηρεσιών, αυτό επιτυγχάνονταν σχεδόν αποκλειστικά με αποστολές φοιτητών για φοίτηση σε ιδρύματα του εξωτερικού, ή αντίστοιχα ιατρών για μετεκπαίδευση. Το 1929 η ελληνική κυβέρνηση, λαμβάνοντας υπ' όψιν συμβουλές της ΚτΕ που είχαν δοθεί σε προκατόχους της, προχωρά στην ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών (Υ.Σ.Α.).

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών ιδρύθηκε έχοντας ως κύριο στόχο την καταπολέμηση της ελονοσίας και την εκπαίδευση υγεινολόγων. Λειτουργήσε όμως και σαν οργανωτική μονάδα του υγειονομικού συστήματος της χώρας. Με τη συμβολή της ιδρύθηκαν πειραματικά εργαστήρια και πειραματικοί σταθμοί. Παράλληλα με την Υ.Σ.Α. ιδρύθηκε το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών. Μετά την ίδρυση της Σχολής εγκαταστάθηκε σ' αυτήν κλιμάκιο του ιδρύματος Rockefeller με πρόσκληση της ελληνικής Κυβέρνησης.⁵⁴

Το ίδρυμα Rockefeller ενίσχυε την οργάνωση υγείας της ΚτΕ. Χρηματοδοτούσε έρευνες και υγειονομικές σχολές σε χώρες της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης, προσπαθώντας να εφαρμόσει σ' αυτές ένα υγειονομικό σύστημα αντίστοιχο με το γερμανικό, έχοντας ως κεντρικό πεδίο ενδιαφέροντος και δράσης την πρωτοβάθμια περίθαλψη⁵⁵. Η ύπαρξη και η λειτουργία της Υ.Σ.Α. οδήγησαν στην επιτυχία του αγώνα ενάντια στην ελονοσία και στην εξάλειψη της νόσου από τη χώρα.

Συνοψίζοντας, λαμβάνοντας υπ' όψιν όλα τα παραπάνω, μπορούμε με ασφάλεια να καταλήξουμε στην επιβεβαίωση του αρχικού ισχυρισμού που διατυπώθηκε σ' αυτήν την ενότητα σχετικά με το τοπίο της Υγείας σε θεσμικό επίπεδο και τις πολιτικές γύρω απ' αυτό. Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα ακολούθησε από το τελευταίο τέταρτο του 19^{ου} αιώνα μια εκσυγχρονιστική πορεία, αυτή εντάθηκε κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1920 και οδηγήθηκε σε μια πλήρη μεταστροφή των πρακτικών αλλά και των στόχων του. Συγκεκριμένα, από την ίδρυση του ελληνικού βασιλείου μέχρι και τη δεύτερη δεκαετία του 20^{ου} αιώνα, η μέριμνα για την υγεία του πληθυσμού περιοριζόταν στη λογική της απομόνωσης των ασθενών, οι οποίοι είτε απομονώνονταν σε θεραπευτήρια μακριά από τα αστικά κέντρα, είτε απαγορευόταν η

⁵⁴ Ν. Βακάλης, *Η καταπολέμηση της ελονοσίας στην περίοδο του μεσοπολέμου και η συμβολή της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών*, στο Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), ό.π., σ. 185-188.

⁵⁵ P. Weindling, *The League of Nations, the Rockefeller Foundation, and Public Health in Europe in the Interwar Period*, στο Γ. Κυριόπουλος (επίμ.), ό.π., σ. 79-94.

είσοδος τους στο κράτος. Τα διατάγματα απαγόρευσης εισόδου σε πλοία, άτομα και εμπορεύματα είναι εξαιρετικά συχνά στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως μέχρι και τις αρχές του προηγούμενου αιώνα. Η πρακτική αυτή αποτελεί τη μεγαλύτερη ως τότε προσπάθεια του κράτους να προστατεύσει τη δημόσια υγεία. Εξαίρεση μπορούν να αποτελέσουν κάποια διατάγματα εγκρίσεως χρηματοδότησης για μυοκτονίες και απεντομώσεις σε συγκεκριμένες περιοχές, αυτά αποτελούν και τη μοναδική ως τότε απόπειρα εξυγίανσης του εσωτερικού⁵⁶. Καθ' όλη αυτή τη διάρκεια οι υγειονομικές υπηρεσίες βρίσκονταν διάσπαρτες σε φορείς και Υπουργεία που διατηρούσαν τη δυνατότητα να τις ιδρύουν. Πραγματική και οργανωμένη μέριμνα υπήρχε αποκλειστικά για την περίθαλψη των ενόπλων δυνάμεων, η περίθαλψη θεωρήθηκε χρήσιμη μόνο στο βαθμό που εξυπηρετούσε τις επεκτατικές βλέψεις της κυρίαρχης ιδεολογίας. Κατά τις περιόδους εξάρσεων επιδημικών νόσων, οι αρχές λειτουργούσαν σπασμωδικά ιδρύοντας προσωρινά νοσοκομεία κατά τόπους. Οι υγειονομικές υπηρεσίες του κράτους στο τέλος της δεκαετίας του '20 είχαν πλέον στρέψει εξ ολοκλήρου το ενδιαφέρον τους προς το εσωτερικό της επικράτειας, όπου κατέστη δυνατή η επίβλεψη της δημόσιας υγείας μέσα από ένα σύνθετο πλέγμα δομών στελεχωμένων με εκπαιδευμένο προσωπικό, με σαφές αντικείμενο ευθύνης υπό τις εντολές ενός μόνο Υπουργείου. Παράλληλα, η κοινωνική πολιτική του Ελευθερίου Βενιζέλου είχε ανοίξει το δρόμο στο κράτος πρόνοιας, κατά την τελευταία του Πρωθυπουργική θητεία, ώστε να έχει τη δυνατότητα να μεριμνά σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με το παρελθόν για την πρόληψη των ασθενειών και όχι μόνο για την καταπολέμησή τους. Στο ελληνικό κράτος λειτουργούσαν δημόσια, πολιτικά, νοσοκομεία, κοινωφελή ιδρύματα και θεραπευτήρια, μέσω των οποίων η Πολιτεία αναλάμβανε την ευθύνη της περίθαλψης των ασθενών, των προσφύγων, των τραυματιών πολέμου, των ορφανών και άλλων πολιτών που έχρηζαν περίθαλψης.

⁵⁶ Φ.Ε.Κ. Α 076 1901.

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΑΡΧΙΑΣ ΒΟΛΟΥ

Τα διαθέσιμα αρχεία του Ιατρικού Συλλόγου παρέχουν μια ξεκάθαρη εικόνα των αντιλήψεων των ιατρών για το ζήτημα και τη σημασία της υγείας, ενώ παράλληλα βοηθούν στην ανασυγκρότηση της ταυτότητας του ιατρού στην Ελλάδα της δεκαετίας του 1920. Μέσα από τη μελέτη της αλληλογραφίας, των πρακτικών των συνεδριάσεων του Συλλόγου αλλά και του Πειθαρχικού Συμβουλίου μπορεί να ανιχνευθεί το πώς οι ίδιοι οι ιατροί αντιλαμβάνονταν την επαγγελματική, αλλά και εν γένει την κοινωνική τους ταυτότητα.

Τα αρχεία του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας που θα μελετηθούν κυρίως σ' αυτήν την εργασία ξεκινούν από την πρώτη συνεδρίαση του Συλλόγου και εκτείνονται ως το τέλος του 1929.

Το 1923, όπως προαναφέρθηκε, εκδίδεται Νομοθετικό Διάταγμα το οποίο προβλέπει την ίδρυση Ιατρικών Συλλόγων. Μπορούμε με βάση αυτό να θεωρήσουμε ως συμβατική ημερομηνία ίδρυσης του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου την ημερομηνία δημοσίευσης του Φ.Ε.Κ. 309/1923. Η Ιατρική Εταιρεία Βόλου λειτουργούσε πολύ πριν την αναγκαστική μετατροπή της σε Σύλλογο. Δεν έχουν βρεθεί αρχεία της Εταιρείας, συνεπώς είναι αδύνατον να γνωρίζουμε με βεβαιότητα την στιγμή της ίδρυσής της και τη δράση της. Γνωρίζουμε όμως από αναφορές που υπάρχουν στο αρχείο του Ι.Σ.Β. ότι η Εταιρεία δραστηριοποιούνταν ενεργά στην περιοχή Βόλου ήδη πριν τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο.

Τις περισσότερες πληροφορίες για την Εταιρεία αντλούμε από την επιστολή του Γεωργίου Αντωνόπουλου προς τον Ιατρικό Σύλλογο Επαρχίας Βόλου στις 30 Ιουνίου 1925⁵⁷. Με την επιστολή αυτή ο Αντωνόπουλος ενημερώνει τον Πρόεδρο σχετικά με την εύρεση επίπλων που ανήκαν στην Ιατρική Εταιρεία και επιτάχθηκαν από το Γαλλικό στρατό κατά τη διάρκεια του πολέμου. Από την επιστολή μαθαίνουμε επίσης την έδρα του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου, η οποία έχει παραμείνει ίδια με αυτήν της Εταιρείας και εκείνη την περίοδο βρίσκεται στο κτίριο του Συλλόγου Τριών Ιεραρχών. Από άλλα έγγραφα του αρχείου αντλούμε επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τα περιουσιακά και οικονομικά στοιχεία του Ιατρικού Συλλόγου Επαρχίας Βόλου. Κύρια πηγή αποτελούν οι ετήσιοι οικονομικοί προϋπολογισμοί και απολογισμοί, σ' αυτούς αναγράφονται λεπτομερώς οι πηγές εσόδων, κατά κύριο λόγο οι εισφορές των

⁵⁷ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202, έγγραφο 13.

ιατρών-μελών, αλλά και τα έξοδα του Συλλόγου. Το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων εξυπηρετούσε τη συντήρηση της έδρας του Συλλόγου (ενοίκιο, θέρμανση, αναλώσιμα κλπ.) και τη συνδρομή σε επιστημονικά περιοδικά. Μικρότερα ποσά εξασφαλιζόνταν για την κάλυψη των μεταφορικών εξόδων εκπροσώπων του Ι.Σ.Β. σε άλλες πόλεις για συμμετοχή σε συνέδρια ή σε διαδικασίες του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Εκτός από την αγορά επιστημονικών συγγραμμάτων και περιοδικών, ο Ι.Σ.Β. εμπλούτιζε τη βιβλιοθήκη του δεχόμενος δωρεές μελών του ή και απλών πολιτών⁵⁸. Για την κάλυψη εκτάκτων ή ειδικών εξόδων ήταν δυνατή η διενέργεια εράνων, πρακτική πολύ διαδεδομένη στις αρχές του 20^{ου} αιώνα για την κάλυψη εξόδων φιλανθρωπικών ιδρυμάτων, ωστόσο δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τους εράνους που πιθανόν να διενέργησε ο Σύλλογος ή η Εταιρία. Μοναδικό στοιχείο όπου βασίζεται η υπόθεση αυτή αποτελεί η ευχαριστήρια επιστολή του ιατρού Γερουλάνου για το ποσό που έλαβε μετά από έρανο⁵⁹. Ο έρανος αυτός δεν εμφανίζεται ούτε στον οικονομικό απολογισμό του 1928, έτος που πιθανότατα διενεργήθηκε.

Η παλαιότερη καταγεγραμμένη συνεδρίαση του Ι.Σ.Β. έλαβε χώρα στις 24 Μαρτίου 1924 και είχε ως θέμα την εκλογή νέου Διοικητικού Συμβουλίου⁶⁰. Πρόκειται για τη συνεδρίαση που σηματοδοτεί το τέλος της Ιατρικής Εταιρείας και την μετάβαση προς τον Ιατρικό Σύλλογο. Η θέση αυτή ενισχύεται από την ύπαρξη άλλου εγγράφου του ίδιου αρχείου: πρόκειται για πρόσκληση προς τους ιατρούς για σύσκεψη σχετικά με το καθεστώς της φορολογικής τους διαβάθμισης. Την πρόσκληση απευθύνει και σφραγίζει η Ιατρική Εταιρεία Βόλου στις 8 Φεβρουαρίου 1924⁶¹. Οι Συνελεύσεις του Συλλόγου ήταν μηνιαίες, τα μέλη ενημερώνονταν για τη διεξαγωγή τους από το Διοικητικό Συμβούλιο με τοιχοκολλημένες ανακοινώσεις. Υπάρχουν διαστήματα στα οποία παρατηρείται ασυνέχεια στις ημερομηνίες διεξαγωγής των Συνελεύσεων, πιθανή εξήγηση για το φαινόμενο αυτό είναι η έλλειψη απαρτίας, χωρίς όμως αυτό να επιβεβαιώνεται από το ίδιο το αρχείο.

Οι τοιχοκολλημένες ανακοινώσεις του Δ.Σ. σχετικά με τη διεξαγωγή Συνελεύσεων συνοδεύονταν από λίστες στις οποίες οι ιατροί υπέγραφαν ότι «έλαβαν γνώση». Ο αριθμός των υπογραφών στις λίστες αυτές είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από τον

⁵⁸ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202 έγγραφο 5.

⁵⁹ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202 έγγραφο 15.

⁶⁰ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, βιβλίο 67, σελίδα 1.

⁶¹ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202, έγγραφο 2.

αριθμό των ιατρών που συμμετείχαν στις συνεδριάσεις. Σύμφωνα με τα πρακτικά των Συνελεύσεων, ο αριθμός των συμμετεχόντων κυμαίνεται συνήθως μεταξύ των 25 και 30 ιατρών. Οι ενημερωμένοι ιατροί για τις συνεδριάσεις αυτές συνήθως υπερβαίνουν τους 60. Σε κάποιες περιπτώσεις στα πρακτικά δεν αναφέρεται ακριβής αριθμός συμμετεχόντων, αλλά μόνο το γεγονός ότι υπήρξε απαρτία.

Τα πρακτικά των Συνελεύσεων, αλλά και η αλληλογραφία του Ιατρικού Συλλόγου προσφέρουν πληθώρα πληροφοριών σχετικά με την πόλη και την κοινωνία του Βόλου εκείνης της εποχής. Κατά τη διάρκεια συζητήσεων γίνονται αναφορές σε ιδιωτικά ιατρεία, στις διευθύνσεις και τους ιδιοκτήτες τους. Ενώ από ορισμένα επιστολόχαρτα ευκατάστατων ιατρών μαθαίνουμε ακόμα και τους αριθμούς των επαγγελματιών τους τηλεφώνων.

Ενδιαφέρον προκαλούν τα πρόσωπα που εμφανίζονται συνεχώς στα πρακτικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο Δημήτριος Σαράτσης, ιατρός και πολιτικός, μετέπειτα Υφυπουργός Υγιεινής, με έντονη παρουσία, τόσο στον Ιατρικό Σύλλογο, όσο και στην ευρύτερη περιοχή του Βόλου. Οι ιατροί που πρωταγωνιστούν στις εσωτερικές διαδικασίες του Συλλόγου και κατέχουν υψηλές θεσμικές θέσεις φαίνεται ότι πρωταγωνιστούν και σε άλλους τομείς της τοπικής κοινωνίας, τέτοιο παράδειγμα αποτελεί ο Πρόεδρος Κωνσταντίνος Κουτσορόδης, διευθυντής του ωτορινολαρυγγολογικού τμήματος του Αχιλλοπούλειου νοσοκομείου. Δεν γνωρίζουμε αν η εκλογή διάσημων ιατρών σε θεσμικές θέσεις του Συλλόγου ήταν πάγια τακτική των μελών του, καθώς δεν είναι γνωστές οι λεπτομέρειες για τη ζωή και την δράση όλων των Προέδρων, όπως του Αγησίλαου Βαρλαμίδα. Γνωρίζουμε ωστόσο, από τα πρακτικά των συνεδριάσεων, ότι υπήρχε αντιπαλότητα ανάμεσα στους ιδιώτες ιατρούς και στους διορισμένους στο Αχιλλοπούλειο νοσοκομείο, με τους πρώτους να υποστηρίζουν ότι οι δεύτεροι δεν θα έπρεπε να διορίζονται σε θέσεις μέσω του Συλλόγου, κατηγορώντας τους για αθέμιτο ανταγωνισμό.

Η έλλειψη των αρχείων της Ιατρικής Εταιρείας Βόλου δημιουργεί ένα μεγάλο κενό στην μελέτη του τοπίου και των πολιτικών της υγείας την περίοδο πριν του 1924. Ταυτόχρονα η ύπαρξη μιας οργανωμένης Ιατρικής συλλογικότητας ήδη από τη δεκαετία του 1910, κατά την οποία ο κρατικός μηχανισμός δεν είχε ακόμα ξεφύγει από το καθεστώς πλήρους αδράνειας, είναι από μόνη της εντυπωσιακή.

Αλληλογραφία

Τα έγγραφα της αλληλογραφίας του Ι.Σ.Β. περιέχουν κατά κύριο λόγο επιστολές μεταξύ του Συλλόγου και των μελών του, επιστολές από άλλους Συλλόγους αλλά και την υπηρεσιακή αλληλογραφία με τις κεντρικές υγειονομικές και οικονομικές υπηρεσίες του κράτους. Τα περισσότερα από τα έγγραφα αυτά συνιστούν την εισερχόμενη αλληλογραφία. Σπανιότερα συναντώνται έγγραφα αλληλογραφίας που δεν προέρχονται από τον Ι.Σ.Β. ή δεν προορίζονται άμεσα γι' αυτόν, αλλά αποτελούν κοινοποιημένη αλληλογραφία ή ανακοινώσεις μεταξύ ιδιωτών ή του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και άλλων Συλλόγων. Σ' αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφερθεί πως στο αρχείο του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας υπάρχει φάκελος ο οποίος περιέχει υλικό αλληλογραφίας μεταξύ του Συλλόγου και του Υπουργείου Υγιεινής κατά τα έτη 1924-1928⁶². Ο φάκελος αυτός δεν έχει ακόμα καταγραφεί, ούτε κατέστη δυνατή η μελέτη του στα πλαίσια αυτής της εργασίας. Θα ληφθεί όμως υπ' όψιν η ύπαρξη και ο σημαντικός αριθμός των εγγράφων που περιέχει για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Σε πολλές περιπτώσεις τα έγγραφα της αλληλογραφίας που υπάρχουν στο αρχείο είναι γραμμένα και στις δύο όψεις. Έχουν χρησιμοποιηθεί ως πρόχειρα σημειώματα στα οποία άγνωστοι συγγραφείς κρατούν συνήθως πρακτικά συνελεύσεων, ή γράφουν προσχέδια επιστολών. Οι πληροφορίες αυτών των σημειωμάτων μπορούν να θεωρηθούν αρχεία αλληλογραφίας, αν λάβουμε ως δεδομένο ότι αντίγραφά τους έχουν αποσταλεί από μέλη του Συλλόγου. Αποτελούν εν ολίγοις μια πηγή πληροφοριών για την εξερχόμενη αλληλογραφία.

Ένα από τα ζητήματα που συνεχώς επανέρχονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των ιατρών της εποχής είναι η φορολογία και οι ασφαλιστικές εισφορές. Καθίσταται έτσι σαφές ότι οι Ιατρικοί Σύλλογοι λειτουργούν σε μεγάλο βαθμό ως επαγγελματικά σωματεία, τα οποία δρουν με γνώμονα την προάσπιση των κλαδικών τους συμφερόντων και όχι μόνο ως επιστημονικοί κύκλοι. Ο Σύλλογος βρισκόταν σε συχνή επαφή με την Οικονομική Εφορεία προσφέροντας στοιχεία των μελών του και ενημερώνοντάς τα σχετικά με τις φορολογικές τους υποχρεώσεις⁶³, ενώ μέλος του Συλλόγου συμμετείχε στις επιτροπές που συγκροτούνταν για τον καθορισμό των οφειλών των ιατρών.

Η ίδρυση του Ταμείου Συντάξεως και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών το 1926

⁶² Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 123.

⁶³ Παραδειγματικά: Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202, έγγραφα 6-10.

αποτελούσε απόρροια της κοινωνικής πολιτικής που άσκησε ο Ελευθέριος Βενιζέλος κατά τα προηγούμενα έτη. Η ίδρυση του ταμείου προξένησε έντονες αντιδράσεις στους κόλπους του ιατρικού κόσμου. Στα έγγραφα του αρχείου του Ι.Σ.Μ. φαίνεται μια επικοινωνία του Συλλόγου με τον αντίστοιχο Σύλλογο Πατρών⁶⁴. Στην επιστολή προς τον Σύλλογο Πατρών ο Πρόεδρος ενημερώνει για τις διατάξεις του Νόμου, σημειώνει και αναλύει τις ενστάσεις του. Ο Ιατρικός Σύλλογος Βόλου προτείνει την σύγκληση Γενικής Συνέλευσης των Προέδρων των Ιατρικών Συλλόγων του κράτους για να συζητηθεί το ζήτημα σε πανελλήνιο επίπεδο. Η θέση αυτή είχε προκύψει κατά τη συνεδρίαση του Ι.Σ.Β. τον Μάρτιο του 1925 όταν συζητήθηκε το θέμα⁶⁵. Οι ενστάσεις αφορούν κυρίως τις εισφορές που καλούνται να πληρώσουν οι ιατροί, ο Πρόεδρος αντιπροτείνει τη μείωση των εισφορών στο μισό και απευθύνει έκκληση προς το Ταμείο για δικαιότερη παροχή συντάξεων.

Για το ίδιο θέμα υπήρξε επικοινωνία και σύμπραξη του Ι.Σ.Β. με τον αντίστοιχο Σύλλογο Καβάλας, ο οποίος προχώρησε στην οργάνωση τοπικού ιατρικού συνεδρίου με κύριο θέμα τις ασφαλιστικές εισφορές. Ο ιατρικός Σύλλογος Καβάλας προσκάλεσε με επιστολή του τους ιατρούς του Βόλου, ενδεχομένως και άλλων περιοχών, να συμμετάσχουν στη δράση του αλλά και στη διαδικασία λήψης απόφασης για την τήρηση κοινής γραμμής των ιατρών. Με νέα του επιστολή ενημέρωσε τον Ι.Σ.Β. για τις αποφάσεις του συνεδρίου.⁶⁶

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1920, η αλληλογραφία του Συλλόγου έχει να κάνει κυρίως με οικονομικά ζητήματα που αφορούν τα μέλη του. Ο Σύλλογος λειτουργεί ως διαμεσολαβητής των ιατρών και του κράτους. Σε μικρότερο αριθμό στα αρχεία βρέθηκαν επιστολές γενικής θεματολογίας και άλλες που σχετίζονται με αμιγώς ιατρικά ζητήματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η απαντητική επιστολή του Ιατρικού Συλλόγου προς γυμνασιάρχη θηλέων της πόλης του Βόλου. Ο γυμνασιάρχης έλαβε από το Υπουργείο εντολή να εμβολιαστούν οι μαθήτριες του εξαιτίας εμφάνισης κρούσματος πανώλης. Ζήτησε γνωμοδότηση από τον Ιατρικό Σύλλογο, τον οποίο αναφέρει ο ίδιος ως Ιατρική Εταιρεία, προκειμένου να διαπιστωθεί ότι δεν πρόκειται για πραγματικό κρούσμα πανώλης και να αποφύγει τον εμβολιασμό. Ο Πρόεδρος του Συλλόγου στην απαντητική του επιστολή προέτρεψε τον γυμνασιάρχη να πραγματοποιήσει τον εμβολιασμό και να μην λαμβάνει υπ' όψιν τις ανυπόστατες

⁶⁴ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202, έγγραφα 20-21.

⁶⁵ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, βιβλίο 67.

⁶⁶ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202, έγγραφα 89,92,93.

διαδόσεις.

Μέσα από τη μελέτη της αλληλογραφίας του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου μπορεί κανείς να εξάγει συμπεράσματα σχετικά με τα ζητήματα που απασχολούσαν τόσο τους ιατρούς σε τοπικό επίπεδο, όσο και σε υπερτοπικό. Με μια πρώτη ματιά τα ζητήματα αυτά δείχνουν να είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα απ' όσα συμβαίνουν στην κεντρική πολιτική σκηνή, τις αποφάσεις και τις μεταρρυθμίσεις αναφορικά με την Υγεία. Ο τοπικός Ιατρικός Σύλλογος δηλαδή μοιάζει να αναλώνεται στα εσωτερικά του προβλήματα, αυτά των μελών του και των στενών του γεωγραφικών ορίων, με εξαίρεση το ζήτημα της ασφάλισης, το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι τον απασχόλησε εξαιτίας των άμεσων οικονομικών του επιπτώσεων στους ιατρούς.

Παρατηρείται εν ολίγοις μια αναντιστοιχία μεταξύ των κινήσεων της κεντρικής εξουσίας που αναλύθηκαν στην προηγούμενη ενότητα και των κινήσεων των τοπικών Ιατρικών Συλλόγων. Το χάσμα αυτό εξηγείται από το θεσμικό πλαίσιο βάσει του οποίου λήφθηκαν οι αποφάσεις για τις θεσμικές και οργανωτικές μεταρρυθμίσεις της Υγείας σ' αυτή τη δεκαετία. Πρόκειται για αλλαγές που προήλθαν κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από τα πάνω με πρωτοβουλίες των Κυβερνήσεων. Η οργανωμένη και θεσμοθετημένη συμβολή του ιατρικού κόσμου υπήρξε μόνο μέσω του Ιατροσυνεδρίου.

Η αναντιστοιχία αυτή δεν θα μπορούσε να είναι πλήρης. Παρά την ενασχόλησή τους με τοπικά ζητήματα, οι Σύλλογοι δεν έπαψαν να αποτελούν ένα όργανο στην υπηρεσία της κεντρικής εξουσίας, με σκοπό τον έλεγχο προσώπων και μεθόδων του χώρου της υγείας· ένα όργανο που αποδείχθηκε αποτελεσματικότερο από τις νομοθετικές προσπάθειες που προηγήθηκαν προς αυτήν την κατεύθυνση. Σ' αυτό λοιπόν το πλαίσιο οι Σύλλογοι ακολούθησαν τις εξελίξεις του νομοθετικού πλαισίου, ακόμα κι αν αυτό δεν αποτυπώνεται πάντοτε στις εσωτερικές τους διαδικασίες.

Προς τα τέλη της δεκαετίας, ιδιαίτερα από το 1928 κι έπειτα, παρατηρείται σημαντική αλλαγή στη θεματολογία των επιστολών του Ι.Σ.Β. Η επιδημία του δάγκειου πυρετού ενέτεινε την επικοινωνία μεταξύ του Ιατρικού Συλλόγου και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, ιδιαίτερα του Νομιάτρου. Όπως αναλύθηκε παραπάνω, το ελληνικό κράτος για να αντιμετωπίσει την επιδημία δεν προέβη σε σπασμωδικές κινήσεις όπως οι ιδρύσεις μεγάλου πλήθους πρόχειρων ιατρείων και θεραπευτηρίων για τη συγκεκριμένη νόσο, πρακτική η οποία είχε μεγάλη απήχηση μέχρι και μια

δεκαετία νωρίτερα, αλλά ενεργοποίησε σε σημαντικό βαθμό τις ήδη υπάρχουσες δομές, οι οποίες είχαν σταδιακά συγκροτηθεί από το 1914. Η Διεύθυνση Υγιεινής εξέδωσε οδηγίες τις οποίες προώθησε στους Νομιάτρους και τους Ιατρικούς Συλλόγους του κράτους. Σε εγκύκλιο της Διεύθυνσης Υγιεινής υπάρχουν απειλές για πειθαρχικές κυρώσεις για όσους δεν συμμορφωθούν με τις οδηγίες⁶⁷. Το γεγονός αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως δείγμα απείθειας των Συλλόγων προς τις υποδείξεις της κεντρικής διοίκησης, αλλά και ως αποδεικτικό της σοβαρότητας της κατάστασης και της αναγκαιότητας άμεσης εφαρμογής των μέτρων.

Για την καταπολέμηση του δάγκειου πυρετού ο Ι.Σ.Β. συνεργάστηκε και με μη υγειονομικές υπηρεσίες όπως η Αστυνομία και ο Τύπος. Σε επιστολή του προς τον Διευθυντή της Αστυνομίας Βόλου ο Πρόεδρος του Συλλόγου ζητά να αναφέρονται στην ημερήσιο Τύπο τα διανυκτερεύοντα και διημερεύοντα φαρμακεία, καθώς κι αυτά που παραμένουν ανοιχτά τις Κυριακές. Με δεύτερη επιστολή προς άγνωστο παραλήπτη που υπάρχει στο ίδιο έγγραφο ζητά την κατάρτιση του απομονωτηρίου λοιμωδών νόσων Βόλου ώστε να ανταποκρίνεται στις υπάρχουσες ανάγκες.

Πειθαρχικό Συμβούλιο

Οι εκλογές του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου γίνονται ανά τρία έτη και αναδεικνύουν το Διοικητικό και το Πειθαρχικό Συμβούλιο. Το Π.Σ. είναι ανεξάρτητο από το Δ.Σ. και τηρεί τα δικά του πρακτικά σε βιβλία τα οποία σώζονται στο αρχείο του Συλλόγου. Δεν γνωρίζουμε αν το όργανο αυτό υπήρχε πριν το 1924, αν ήταν δηλαδή όργανο της Ιατρικής Εταιρείας ή αν δημιουργήθηκε αναγκαστικά με βάση το Ν.Δ. περί ιδρύσεως Ιατρικών Συλλόγων. Η παλαιότερη συνεδρίαση του Π.Σ. έλαβε χώρα την 10^η Οκτωβρίου 1926, δυο χρόνια αργότερα από την πρώτη συνεδρίαση του Συλλόγου. Η μεγάλη αυτή καθυστέρηση της ενεργοποίησης του οργάνου ίσως αποτελεί ένδειξη μη εξοικείωσης των ιατρών μ' αυτό, οπότε και ένδειξη μη χρήσης του οργάνου από την Εταιρία την περίοδο πριν την ίδρυση του Συλλόγου⁶⁸.

Η αρμοδιότητα του Πειθαρχικού είναι να επιλύει διαφορές μεταξύ των ιατρών και να επιβάλλει κυρώσεις. Στις συνεδριάσεις του φαίνεται να υπάρχει έντονο ενδιαφέρον, τόσο από την πλευρά των κατηγορών, όσο και από την πλευρά των συμβούλων για τη διασφάλιση της αξιοπρέπειας του ιατρικού επαγγέλματος και τη διατήρηση του

⁶⁷ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, φάκελος 202 έγγραφο 130.

⁶⁸ Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, βιβλίο 62.

ιατρικού γοήτρου. Οι κατηγορίες για τα δύο αυτά θέματα επανέρχονται συνεχώς στις υποθέσεις του Πειθαρχικού την δεκαετία του 1920. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν είναι η βασική κατηγορία, αλλά η μείωση του γοήτρου και η προσβολή της αξιοπρέπειας του επαγγέλματος χρησιμοποιείται από τους κατηγορούς ως επίθεση στο ήθος του κατηγορούμενου και προσπάθεια δημιουργίας αρνητικού κλίματος εναντίον του, ειδικότερα όταν οι βασικές κατηγορίες αφορούσαν οικονομικές διαμάχες. Ωστόσο, υπάρχει καταγεγραμμένη περίπτωση στην οποία κάποιος ιατρός κατηγορήθηκε για χρηματισμό, πρακτική που θεωρήθηκε ότι προσβάλλει την ιατρική αξιοπρέπεια. Στον συγκεκριμένο ιατρό επιβλήθηκε πρόστιμο κατά πολύ μεγαλύτερο από το ποσό το οποίο κατηγορήθηκε ότι έλαβε.

Οι περισσότερες κατηγορίες αφορούσαν υποθέσεις στις οποίες κάποιος ιατρός φαίνεται να προσεταιρίστηκε πελάτη άλλου. Συνήθως τέτοιου είδους κατηγορίες συνδυάζονται με άλλες για παράβαση όρων δεοντολογίας. Δεν λείπουν υποθέσεις στις οποίες ιατροί κατηγορούνται για ζητήματα αμιγώς ιατρικής φύσεως και θεωρούνται από συναδέλφους του ή και το Συμβούλιο ως υπεύθυνοι για το θάνατο ασθενών. Τέτοιες υποθέσεις στο έσχατο σημείο τους επέσυραν κατηγορίες για ιατρικές πρακτικές επικίνδυνες για την δημόσια υγεία.

Από τα πρακτικά του Πειθαρχικού Συμβουλίου δεν λείπουν καταγραφές κατηγοριών για εξύβριση και περιγραφές διαπληκτισμών μεταξύ ιατρών. Χαρακτηριστικό δείγμα τέτοιων κατηγοριών αποτελεί η περίπτωση ενός ιατρού ο οποίος μίλησε συνάδελφό του για απρεπή συμπεριφορά, απόπειρα διαπόμπευσης, συκοφαντία και «απομύθευση υπολήψεως».

Η γενική εικόνα που προκύπτει από την μελέτη των πρακτικών των συνεδριάσεων του Πειθαρχικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου είναι ότι οι ιατροί, κατά το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1920, θεωρούσαν τους εαυτούς τους ευπόληπτα πρόσωπα με αυξημένο κοινωνικό γόητρο.

Το κύρος των ιατρών προκύπτει από παράγοντες όπως η οικονομική τους θέση και το μορφωτικό τους επίπεδο. Πηγάζει επίσης από την συμμετοχή τους σε μια πνευματική και κοινωνική ελίτ βασιζόμενη στην αποκλειστικότητα της διάγνωσης και θεραπείας των παθήσεων του σώματος. Η ελίτ αυτή συνδημιουργήθηκε από τον κρατικό μηχανισμό, ο οποίος στόχευε στον έλεγχο του πεδίου της υγείας, και από τον ίδιο τον ιατρικό κόσμο, ο οποίος στόχευε στη διατήρηση του μονοπωλίου της γνώσης και της

ορθότητας των πρακτικών του, επομένως και τη διατήρηση των προνομίων του.

Η ύπαρξη της ελίτ των επαγγελματιών υγείας δεν είναι πρωτοτυπία του ελληνικού κράτους του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα. Έχει τις ρίζες της σε μια μακρά ευρωπαϊκή παράδοση κοινωνικών ομάδων που αντλούν, μικρότερα ή μεγαλύτερα, προνόμια από τη μονοπώληση της γνώσης γύρω από το ανθρώπινο σώμα, τις παθήσεις, τις λειτουργίες αλλά και των τρόπων θεραπείας του. Η παράδοση αυτή βασίζεται στην παραδοχή πως όποιος κατέχει τη γνώση του σώματος αποκτά και εξουσία πάνω σ' αυτό. Στις προνεωτερικές κοινωνίες η γνώση ήταν κτήμα του κλήρου, ενώ η πορεία του Δυτικού κόσμου προς τη νεωτερικότητα και την εκκοσμίκευση επέφερε την αμφισβήτηση της εξουσίας του κλήρου πάνω στο σώμα. Η εξέλιξη της ιατρικής και οι επακόλουθες νέες αντιλήψεις για το σώμα που κυριάρχησαν στη Δύση, αφ' ενός περιόρισαν τον κλήρο στον πνευματικό τομέα, αφ' ετέρου δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για την ανάδειξη μιας νέας προνομιούχας ομάδας, με γνώση και εξουσία πάνω στο εν ζωή, αλλά και νεκρό ανθρώπινο σώμα. Οι ανατόμοι, εκτός από την πολύτιμη ομολογουμένως συμβολή τους στην ανάπτυξη τομέων της ιατρικής, κατάφεραν με τις μελέτες τους να θέσουν τις βάσεις για την εδραίωση της ελίτ των επαγγελματιών υγείας.

Με βάση τα παραπάνω το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου μπορεί να ειπωθεί, όχι μόνο ως ένα θεσμικό όργανο επιβολής ποινών, αλλά ως ένα εργαλείο στην υπηρεσία της προνομιούχας τάξης με σκοπό την διατήρηση των προνομίων της μέσω της πειθάρχησης των μελών της. Σ' αυτό το πλαίσιο λειτουργίας του Πειθαρχικού Συμβουλίου γίνονται απόλυτα κατανοητές οι επαναλαμβανόμενες κατηγορίες για προσβολή της αξιοπρέπειας του ιατρικού επαγγέλματος, όπως και εκείνες για απομύθευση του ιατρού. Παύουν να αποτελούν, υπ' αυτό το πρίσμα, δευτερεύουσες κατηγορίες που αποσκοπούν στην υπονόμηση του ήθους του αντιπάλου. Αναδεικνύονται σε βασικές κατηγορίες, με βαρύτερη σημασία από εκείνες που αφορούν οικονομικές διαφορές μεταξύ δύο προσώπων. Η απομύθευση του ιατρού είναι μια κίνηση που προσβάλλει έμμεσα το συσσωρευμένο πολιτισμικό κεφάλαιο του ιατρικού κόσμου.

Προσβολές προς την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος μπορούσαν να επέλθουν τόσο από ιατρούς, όσο και από εξωτερικούς παράγοντες. Πρακτικές όπως αυτές των λαϊκών θεραπειών έπλητταν τα συμφέροντα των ιατρών, αλλά και του κράτους, αυτό εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τις διαστάσεις της υπόθεσης Βαρλά-

Οικονομίδα που αναφέρθηκε παραπάνω, ενώ καθιστά την έκβασή της αναμενόμενη. Η υπόθεση αυτή, όπως και τα Πειθαρχικά Συμβούλια των Συλλόγων, αποτελούν σαφή ένδειξη της προσπάθειας των επαγγελματιών υγείας να διατηρήσουν την προνομιά τους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Είναι χρήσιμη, πριν την εξαγωγή των τελικών συμπερασμάτων της έρευνας, μια ανακεφαλαίωση των κυριότερων σταθμών του πεδίου της υγείας που αναλύθηκαν παραπάνω. Το πεδίο αυτό αποτέλεσε ένα από τα σημεία ενδιαφέροντος της κεντρικής εξουσίας ήδη από την περίοδο της βαυαρικής αντιβασιλείας. Το ενδιαφέρον αυτό ωστόσο δεν παρέμεινε αμείωτο τα επόμενα χρόνια. Το ελληνικό κράτος των μέσων της δεύτερης δεκαετίας του 20^{ου} αιώνα αρκείται στα νομοθετήματα του 1834 για τη ρύθμιση υγειονομικών ζητημάτων που αφορούν τους πολίτες.

Η ίδια κατάσταση δεν ισχύει για τις ένοπλες δυνάμεις, οι οποίες απολαμβάνουν σταθερά καλύτερες συνθήκες περίθαλψης. Στην πραγματικότητα έχουν τη δυνατότητα νοσοκομειακής περίθαλψης, κάτι που στερείται το μεγαλύτερο μέρος της ελληνικής επικράτειας μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1910. Η ανυπαρξία αρμόδιου Υπουργείου για τα ζητήματα της υγείας μέχρι το 1915, σε συνδυασμό με την ύπαρξη ενός διογκωμένου και δραστήριου Υπουργείου Στρατιωτικών οδηγούν σ' αυτό το αποτέλεσμα.

Το σύστημα που εφαρμόζεται στις ένοπλες δυνάμεις έχει ως κύριο στόχο την περίθαλψη και όχι την πρόληψη. Από την άλλη πλευρά η κεντρική εξουσία φαίνεται να ενδιαφέρεται για την πρόληψη εκδήλωσης επιδημιών στην επικράτεια. Με έναν ιδιαίτερο και αναποτελεσματικό τρόπο, ενώ δεν υπάρχει μέριμνα για την αντιμετώπιση των ασθενειών. Αποτέλεσμα αυτής της πρακτικής είναι οι σπασμωδικές αντιδράσεις του κράτους κάθε φορά που πλήττεται από μια επιδημία. Συνηθέστερη μέθοδος αντιμετώπισης είναι η δημιουργία πληθώρας πρόσκαιρων και πρόχειρων νοσοκομείων, ειδικά για την αντιμετώπιση της τρέχουσας απειλής. Τα νοσοκομεία αυτά δεν αναφέρονται ξανά στα Φ.Ε.Κ. γεγονός που μας επιτρέπει να θεωρήσουμε ότι η λειτουργία τους διαρκεί όσο και η εμφάνιση της νόσου. Η τακτική που ακολουθείται παραμένει ίδια από το 1845, έτος θέσπισης του υγειονομικού νόμου, μέχρι και το 1914 με τη θέσπιση του νόμου 346. Το ελληνικό κράτος θεωρεί την επικράτειά του καθαρή από μολυσματικές ασθένειες. Στρέφει, μέχρι το 1914, το ενδιαφέρον του προς το εξωτερικό, προς τις περιοχές που θεωρεί μολυσμένες και επιχειρεί να αποφύγει την επαφή μαζί τους. Γι' αυτόν το λόγο επιβάλλονται συχνότατα περιορισμοί στο ναυτικό εμπόριο. Οι περιορισμοί αυτοί παρουσιάζουν ποικιλία ως προς την ένταση και τη διάρκειά τους, επιβάλλεται από ένας απλός ιατρικός έλεγχος μέχρι καραντίνα εβδομάδων και αποπομπή των πλοίων. Η

συνηθέστερη μορφή των περιορισμών του ναυτικού εμπορίου προβλέπει τη διαδικασία της κάθαρσης. Τα εισερχόμενα πλοία που απέπλευσαν, μετά από την ορισμένη από το Φ.Ε.Κ. ημερομηνία, από μολυσμένες περιοχές ελλιμενίζονται υποχρεωτικά στα λοιμοκαθακτήρια του ελληνικού κράτους. Η λογική πίσω απ' αυτήν την πρακτική φανερώνει την ευρωπαϊκή αντίληψη του 19^{ου} αιώνα σχετικά με το ανθρώπινο σώμα. Τα μιανρά σώματα, αυτά που είναι μολυσμένα ή προέρχονται από περιοχές επικίνδυνες, πρέπει να παραμείνουν απομονωμένα, μακριά από του υγιείς πολίτες. Το ελληνικό κράτος παραμένει πιστό σ' αυτήν την ιδέα καθ' όλη τη διάρκεια της πρώτης δεκαετίας του 20^{ου} αιώνα και επιχειρεί να διατηρήσει ασφαλή τα υγιή σώματα.

Δύο ήταν οι σημαντικότερες θεσμικές αλλαγές στο πεδίο της υγείας πριν το 1920. Η πρώτη ήταν η ψήφιση του Ν.346 το 1914. Ο νόμος αυτός αποτελεί μια στροφή 180 μοιρών στον προσανατολισμό του συστήματος υγείας. Έστρεψε το ενδιαφέρον του συστήματος υγείας προς το εσωτερικό, αλλά και προς την αντιμετώπιση των ασθενειών. Αποτελεί ένα από τα πρώτα νομοθετήματα των κυβερνήσεων των Φιλελευθέρων και εναρμονίζεται με τη λογική της κοινωνικής πολιτικής του Ελευθερίου Βενιζέλου. Η δεύτερη αλλαγή-σταθμός πραγματοποιήθηκε τρία χρόνια αργότερα, το 1917. Το Υπουργείο Περιθάλψεως σίγουρα δεν είχε αποκλειστικά υγειονομικά καθήκοντα, ούτε κατόρθωσε να συγκεντρώσει υπό τον έλεγχό του τις διάσπαρτες υγειονομικές αρχές και υπηρεσίες. Αποτέλεσε όμως αναμφίβολα τον πρόδρομο του μελλοντικού Υπουργείου Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως.

Οι θεσμικές αλλαγές των προηγούμενων ετών δεν σημαντικό άμεσο πρακτικό αποτέλεσμα. Στα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1920 η συμβολή τους περιορίστηκε στην αλλαγή της λογικής πίσω από το σύστημα υγείας. Για την αλλαγή ολόκληρου του συστήματος απαιτείται περισσότερος χρόνος και βαθύτερες μεταρρυθμίσεις, όπως και ύπαρξη των κατάλληλων κοινωνικών συνθηκών. Ο νόμος 1979/1920 σηματοδότησε την ενεργό συμμετοχή του κράτους στον αντιφυματικό αγώνα. Έναν αγώνα που είχε ήδη ξεκινήσει από ιδιώτες και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Μπορεί να ειπωθεί ως η συνέχεια των προηγούμενων νομοθετημάτων καθώς, έστω και με καθυστέρηση είκοσι χρόνων, το ελληνικό κράτος έστρεψε έμπρακτα το ενδιαφέρον του προς το εσωτερικό, αλλά και προς την καταπολέμηση της νόσου αντί της πρόληψής της.

Ο μεγάλος αριθμός προσφύγων που έφταναν στην ελληνική επικράτεια, με

αποκορύφωμα το μεγάλο κύμα του 1922, αποτέλεσε έναν καθοριστικό παράγοντα για την αλλαγή του συστήματος υγείας με ταχύτερους ρυθμούς. Ωστόσο το ελληνικό κράτος και οι ελληνικές κυβερνήσεις της εποχής αδυνατούσαν να διαχειριστούν αποτελεσματικά την κατάσταση, ενώ είναι φανερό ότι δεν υπήρχε οργανωμένο σχέδιο δόμησης ενός νέου συστήματος. Αυτό συνέβη μέσω μιας σειράς αναγκαίων συνεχειών στις πολιτικές της υγείας.

Η ύπαρξη, ο σκοπός και ο τρόπος λειτουργίας ενός αρμόδιου Υπουργείου δεν ήταν μια απ' αυτές τις συνέχειες. Το καλοκαίρι του 1922 το Υπουργείο Περιθάλψεως διογκώθηκε, διευρύνθηκαν τα καθήκοντά του, αναδιοργανώθηκε και μετονομάστηκε σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Την ίδια χρονιά η αμέσως επόμενη κυβέρνηση συρρίκνωσε με νέο νομοθέτημα το Υπουργείο, μετονομάζοντάς το σε Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως. Φαίνεται πως το ζήτημα της υγείας ήταν για την κοινή γνώμη ταυτόσημο με την περίθαλψη των προσφύγων. Αυτή η άποψη δικαιολογεί την αδυναμία και την απροθυμία των κυβερνήσεων να καταλήξουν στις αρμοδιότητες του σχετικού Υπουργείου. Το 1926 το Υπουργείο διαλύθηκε για δεύτερη φορά, στη θέση του συστάθηκε η Ανώτατη Διεύθυνση προσφύγων. Αυτή με τη σειρά της διαλύθηκε αργότερα το ίδιο έτος για να επανιδρυθεί το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως.

Η δεκαετία του 1920 μπορεί να αποτελέσει διακριτή περίοδο στην μελέτη των αλλαγών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Πρόκειται για μια κομβική περίοδο, κατά την οποία τα δεδομένα αλλάζουν με ταχύτατους ρυθμούς σε σύγκριση με όλα τα προηγούμενα χρόνια. Επίσης πρόκειται για τη στιγμή που η εκσυγχρονιστική προσπάθεια του προηγούμενου αιώνα επηρεάζει σημαντικά το πεδίο της υγείας.

Με βάση τις παραπάνω αλλαγές, στη λογική και τη λειτουργία του συστήματος υγείας, καταλήγω στην παρακάτω θέση. Η έλευση των προσφύγων υπήρξε ο καταλυτικός παράγοντας που οδήγησε, αφ' ενός στην επικράτηση της αντιμετώπισης των ασθενειών ως πρακτική διατήρησης της δημόσιας υγείας έναντι της απομόνωσης, αφ' ετέρου στην επίσπευση των διαδικασιών μετάβασης στο νέο σύστημα. Ο μεγάλος αριθμός προσφύγων που εγκαταστάθηκε στις παρυφές των πόλεων χωρίς τις απαιτούμενες υποδομές, σε συνδυασμό με το ήδη ελλιπές σύστημα ύδρευσης και αποχέτευσης των ελληνικών πόλεων, λειτούργησε ως υγειονομική βόμβα. Η ανάγκη αποσόβησης του κινδύνου μιας πανδημίας επηρέασε το πεδίο της υγείας σε ευρύτερη κλίμακα.

Τα έργα υδροδότησης και αποχέτευσης των πόλεων δεν συνδέονται άμεσα με τις αλλαγές στο σύστημα υγείας. Συνδέονται όμως με την δημόσια υγεία ως κατάσταση και ως έννοια, με τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή από τις κυβερνήσεις τις εποχής. Τα έργα εξυγίανσεως των πόλεων είχαν παραμεληθεί από τον 19^ο αιώνα υπέρ του εκσυγχρονισμού του κράτους και της πολεμικής προετοιμασίας. Με τη λήξη της πολεμικής δεκαετίας το μέγεθος του προβλήματος της υγιεινής των πόλεων δεν επέτρεπε την παραμέλησή του. Το ελληνικό κράτος, από το 1922, έλαβε μια σειρά μέτρων προς την κατεύθυνση της εξυγίανσης. Η κίνηση αυτή μπορεί να ενταχθεί στην προσπάθεια ανάπτυξης και βελτίωσης των υποδομών υγειονομικού ενδιαφέροντος που ξεκινά την ίδια περίοδο και συνεχίζεται με αλλαγές στην έντασή της καθ' όλη τη δεκαετία.

Η περίοδος 1920-1930 μπορεί, με βάση τις πολιτικές στο πεδίο της υγείας, να διαιρεθεί σε τρεις υποπεριόδους. Η πρώτη απ' αυτές εκτείνεται από το 1920 ως το 1922, αποτελεί μια μεταβατική περίοδο από το παλαιό προς το νέο σύστημα υγείας. Οι αλλαγές αυτού του διαστήματος περιορίζονται στο θεσμικό πλαίσιο, όπως κι εκείνες της προηγούμενης δεκαετίας. Μπορούμε ωστόσο να διαχωρίσουμε τις αλλαγές που γίνονται προ του 1920 από εκείνες που γίνονται μετά. Η διαφορά τους έγκειται στην λογική των νομοθετημάτων, η οποία από την ψήφιση του Ν.1979/1920 φαίνεται να έχει αλλάξει και να κινείται προς την κατεύθυνση της πρακτικής εφαρμογής και όχι μόνο της θεωρητικής μεταστροφής.

Η δεύτερη υποπερίοδος εκτείνεται από το καλοκαίρι του 1922 μέχρι και το 1926. Πρόκειται για την πιο έντονη και ταραγμένη περίοδο της δεκαετίας. Στην ουσία το σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια αυτής της τετραετίας δοκιμάζεται και διαμορφώνεται υπό ακραίες συνθήκες. Οι μεταρρυθμίσεις αυτών των ετών είναι πυκνές και σχετίζονται τόσο με την πρακτική εφαρμογή όσο και με το θεσμικό πλαίσιο, ενώ συχνά είναι αλληλοσυγκρουόμενες. Οι αντιφάσεις μεταξύ των μεταρρυθμίσεων οφείλονται περισσότερο στην αδυναμία και την άγνοια των κυβερνόντων ως προς την διαχείριση της πληθώρας των τρεχόντων ζητημάτων, παρά σε βαθύτερες ιδεολογικές διαφορές μεταξύ τους. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις του ζητήματος αφορούσαν κατά κύριο λόγο στη διοίκηση και διαχείριση του συστήματος υγείας. Η προσπάθεια βελτίωσης των υλικοτεχνικών υποδομών και της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού των υγειονομικών υπηρεσιών, αν και με διαφορετικές μεθόδους, αποτελεί συνεκτικό στοιχείο των δύο τελευταίων υποπεριόδων.

Η Τρίτη και τελευταία υποπερίοδος αυτής της δεκαετίας διαρκεί από το 1927 ως το 1930. Για την μελέτη μόνο αυτής της περιόδου θα ήταν χρήσιμη η επέκταση των ορίων της ως το 1932, έτος λήξης της τελευταίας κυβέρνησης του Ελευθερίου Βενιζέλου. Παρατηρείται σ' αυτά τα χρόνια αραίωση των σχετικών με την υγεία νομοθετημάτων. Αυτή η αλλαγή αφορά κατά κύριο λόγο στις θεσμικές μεταρρυθμίσεις οι οποίες σταματούν. Συνεχίζεται η επέκταση του δικτύου υποδομών των υγειονομικών υπηρεσιών που ξεκίνησε τα προηγούμενα χρόνια. Το σύστημα ύδρευσης, όπως προαναφέρθηκε, δεν διαχωρίζεται από τις απαραίτητες υγειονομικές υποδομές. Το 1930 επιλύεται το χρόνιο πρόβλημα της υδροδότησης της πρωτεύουσας. Χαρακτηριστικό στοιχείο της επέκτασης του υγειονομικού δικτύου στα τελευταία χρόνια της δεκαετίας του 1920 αποτελεί η έντονη ενασχόληση με το στελεχιακό ζήτημα. Το ελληνικό κράτος επιχείρησε να βελτιώσει την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας αρκετές φορές κατά τα προηγούμενα χρόνια. Κατά κανόνα η βελτίωση αυτή αφορούσε τους υγειονομικούς αξιωματικούς του στρατεύματος, οι οποίοι μετεκπαιδευόνταν σε ευρωπαϊκές χώρες. Αργότερα η πρακτική αυτή απευθύνθηκε στους πολιτικούς ιατρούς, ενώ εφαρμόστηκαν διευκολύνσεις στην απόκτηση άδειας ασκήσεως ιατρικών επαγγελμάτων από πρώην υγειονομικούς αξιωματικούς του στρατού. Με τον τρόπο αυτό υπήρξε άμεσα διαθέσιμη έμπειρων και καταρτισμένων ιατρών, ωστόσο το στελεχιακό πρόβλημα λύθηκε βραχυπρόθεσμα. Η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών το 1930, μετά από προτροπή της ΚτΕ, εξασφάλισε την εξασφάλιση ικανού υγειονομικού προσωπικού μακροπρόθεσμα. Η επιδημία του δάγκειου πυρετού, κυρίως κατά το δεύτερο κύμα της, αποτέλεσε την ώθηση ώστε το ζήτημα της υγείας να επανέλθει στο επίκεντρο των ενδιαφερόντων του ελληνικού κράτους.

Οι τρεις υποπερίοδοι της δεκαετίας του 1920 αντιστοιχούν στις τρεις φάσεις της δημιουργίας και εδραίωσης του νέου συστήματος υγείας. Κάθε υποπερίοδος-φάση αυτής της διαδικασίας περιλαμβάνει αλλαγές σε έναν διαφορετικό τομέα αυτού του συστήματος. Κατά την πρώτη φάση οι εξελίξεις επικεντρώνονται στη δημιουργία του απαραίτητου θεσμικού και νομοθετικού πλαισίου. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης ξεκινά η διαδικασία δημιουργίας ικανοποιητικών υλικών υποδομών. Ενώ στην τελευταία φάση ο ανθρώπινος παράγοντας απασχολεί περισσότερο την κεντρική εξουσία.

Η διάκριση των τριών φάσεων δεν δημιουργεί, ούτε προϋποθέτει την ύπαρξη

στεγανών μεταξύ τους. Δομήθηκε με βάση το ενδιαφέρον που δείχνει η κεντρική εξουσία για καθέναν απ' αυτούς τους τομείς καθώς αλλάζουν οι πολιτικές, κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές συνθήκες. Αλλά και με βάση τη σημαντικότητα των αλλαγών σ' αυτούς τους τομείς αναφορικά με την πορεία προς την εδραίωση του νέου συστήματος. Αξίζει να αναφερθεί ότι μια από τις σημαντικότερες θεσμικές μεταρρυθμίσεις που απασχόλησε αυτήν την εργασία, η ίδρυση των Ιατρικών Συλλόγων, δεν συνέβη κατά την φάση των θεσμικών αλλαγών αλλά κατά τη φάση της ανάπτυξης των υλικών υποδομών.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας προσεγγίστηκε σ' αυτήν την εργασία μέσα από μέρος των αρχείων του της αντίστοιχης περιόδου. Γνωρίζουμε ότι ο Σύλλογος λειτούργησε και έδρασε ως συνέχεια της προϋπάρχουσας Ιατρικής Εταιρείας Βόλου, ωστόσο δεν έχουν βρεθεί πηγές γι' αυτήν την συλλογικότητα. Το μοναδικό διαθέσιμο έγγραφο που υπογράφεται και σφραγίζεται από την Ιατρική Εταιρεία είναι μια πρόσκληση προς τα μέλη της για συνεδρίαση, με σκοπό την διάλυσή της και την έναρξη λειτουργίας του Συλλόγου.

Κατά κύριο λόγο μελετήθηκαν τα περιεχόμενα της αλληλογραφίας του Συλλόγου, όπως και οι υποθέσεις και αποφάσεις του Πειθαρχικού Συμβουλίου. Αυτές οι δύο κατηγορίες αρχείων μαρτυρούν τις επίσημες θέσεις φορέων όπως το αρμόδιο Υπουργείο, οι τοπικοί υγειονομικοί αξιωματούχοι, ο Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας, όπως και άλλοι Σύλλογοι.

Από τα αρχεία του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας αντλούμε πληροφορίες για την δράση του και τα ζητήματα που τον απασχόλησαν. Η αρχική υπόθεση ήταν ότι η πορεία του Συλλόγου θα συμμορφώνεται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την γραμμή που χαράζουν οι εκάστοτε κυβερνήσεις. Η υπόθεση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι οι Ιατρικοί Σύλλογοι ιδρύθηκαν, αφ' ενός ως μέρος της προσπάθειας του ελληνικού κράτους να ελέγξει τον ιατρικό κόσμο και τις πρακτικές της υγείας, αφ' ετέρου ως μέρος της διαδικασίας δημιουργίας δομών ελέγχου και παρέμβασης στη δημόσια υγεία στο εσωτερικό του κράτους. Με μια πρώτη ματιά φαίνεται ότι ο Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας ακολουθεί τη δική του πορεία, ασχολούμενος με τοπικά ζητήματα, εκτός από εξαιρέσεις όπως το ζήτημα της ασφάλισης των ιατρών, το οποίο ωστόσο επηρέαζε άμεσα τα μέλη του Συλλόγου. Το συμπέρασμα που προκύπτει από τη μελέτη της αλληλογραφίας είναι ότι ο Σύλλογος εναρμονίζεται με την κεντρική κρατική γραμμή και συνεργάζεται με τις υγειονομικές αρχές. Συχνά καλείται να

υποδείξει ιατρούς-μέλη του για τη στελέχωση υγειονομικών υπηρεσιών ή και την γνωμοδότηση για ζητήματα δημόσιας υγείας. Η επικοινωνία του Συλλόγου με το αρμόδιο Υπουργείο ή Υφυπουργείο υπήρξε συχνή. Κατά κύριο λόγο σκοπός της ήταν ο ορισμός των κατευθυντήριων γραμμών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αξιοποίησης των Ιατρικών Συλλόγων για την εφαρμογή της κεντρικής πολιτικής για τη δημόσια υγεία σε τοπικό επίπεδο είναι η εμπλοκή τους στην αντιμετώπιση της επιδημίας δάγκειου πυρετού το 1928.

Οι Ιατρικοί Σύλλογοι εναρμονίστηκαν με την κρατική πολιτική σε ένα ακόμη επίπεδο, πέρα απ' αυτό της συμβολής τους στη διευθέτηση τρεχόντων ζητημάτων. Συνέβαλαν καθοριστικά στην επιχείρηση του κράτους να ελέγξει τις πρακτικές της υγείας και να ορίσει τους ειδικούς του ανθρώπινου σώματος. Το γεγονός αυτό οφείλεται ως έναν βαθμό στην επιβολή των καταστατικών των τοπικών Συλλόγων από την κεντρική εξουσία, όπως επίσης και αυτό του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου. Επομένως είναι σαφές ότι οι οργανώσεις αυτές αποσκοπούσαν από την πρώτη στιγμή της ύπαρξής τους στην στήριξη της κρατικής γραμμής.

Η υποστηρικτική στάση των Συλλόγων στο ζήτημα αυτό δεν οφείλεται μόνο στα καταστατικά τους. Από τα πρακτικά των συνεδριάσεων του Πειθαρχικού Συμβουλίου του Ιατρικού Συλλόγου Βόλου προκύπτει ότι και οι ίδιοι οι ιατροί επιθυμούσαν τον έλεγχο των πρακτικών υγείας. Θεωρούσαν επικίνδυνους όσους ασκούσαν μη εγκεκριμένες μεθόδους, ή λειτουργούσαν με τρόπο που έπληττε το επαγγελματικό κύρος των ίδιων ή των συναδέλφων τους. Μέσα από τα πρακτικά των συνεδριάσεων αυτών φάνηκε ο τρόπος με τον οποίο οι ιατροί όριζαν τον εαυτό τους, ως διακριτή, προνομιούχα κοινωνική ομάδα. Έγιναν επίσης εμφανείς οι προσπάθειες των ιατρών για τη διατήρηση των προνομίων τους και οι κίνδυνοι που θεωρούσαν ότι τους απειλούν.

Τα παραπάνω είναι λιγότερο εμφανή στα πρακτικά των Γενικών Συνελεύσεων. Σε αυτά, εν αντιθέσει με τα αρχεία αλληλογραφίας και τα πρακτικά του Πειθαρχικού Συμβουλίου, δεν αποτυπώνεται η επίσημη θέση του Συλλόγου, αλλά οι προσωπικές απόψεις των μελών του. Η επίσημη θέση του Ι.Σ.Β. πρόεκυπτε από τις Συνελεύσεις αλλά αποτυπωνόταν στις επαφές του με εξωτερικούς παράγοντες.

Η αξιοποίηση και η μελέτη αρχείων επαγγελματικών και επιστημονικών σωματείων, όπως ο Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας, μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά πολύτιμη για

την κατανόηση πτυχών του παρελθόντος. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε μέρος μόνο του αρχείου του Ιατρικού Συλλόγου. Αν ήταν δυνατή η χρήση μεγαλύτερου μέρους ή, στην καλύτερη περίπτωση, ολόκληρου του αρχείου από την ίδρυση της Ιατρικής Εταιρίας, θα μπορούσαν να εξαχθούν περισσότερα και ασφαλέστερα συμπεράσματα. Ενώ ενδεχομένως η έρευνα να επεκτεινόταν και σε άλλες πτυχές του ζητήματος της υγείας. Σε κάθε περίπτωση η ενσωμάτωση μεγαλύτερου μέρους του αρχείου του Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, ή και αρχείων άλλων Ιατρικών Συλλόγων εκείνης της περιόδου, μπορεί να αποτελέσει μελλοντικό στόχο για τους ιστορικούς που μελετούν το πεδίο της υγείας ή άλλα συναφή αντικείμενα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, Βιβλίο 62.
- Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, Βιβλίο 67.
- Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, Φάκελος 123.
- Αρχείο Ιατρικού Συλλόγου Μαγνησίας, Φάκελος 202.
- Κυριόπουλος, Γ. (επίμ.), *Δημόσια Υγεία και Κοινωνική Πολιτική: ο Ελευθέριος Βενιζέλος και η εποχή του*, Παπαζήση, Αθήνα 2008.
- Κωστής, Κ., *Τα κακομαθημένα παιδιά της ιστορίας: Η διαμόρφωση του νεοελληνικού κράτους 18^{ος}-20^{ος} αιώνας*, Πατάκη, Αθήνα 2015.
- Στογιαννίδης, Γ., *Τα σανατόρια και το ζήτημα της φυματίωσης στην Αθήνα 1890-1940*, Βόλος 2015.
- | | |
|-------------------|-------------------|
| Φ.Ε.Κ. Α 008 1834 | Φ.Ε.Κ. Α 281 1917 |
| Φ.Ε.Κ. Α 024 1834 | Φ.Ε.Κ. Α 307 1917 |
| Φ.Ε.Κ. Α 031 1845 | Φ.Ε.Κ. Α 019 1920 |
| Φ.Ε.Κ. Α 009 1901 | Φ.Ε.Κ. Α 023 1920 |
| Φ.Ε.Κ. Α 076 1901 | Φ.Ε.Κ. Α 033 1920 |
| Φ.Ε.Κ. Α 062 1902 | Φ.Ε.Κ. Α 069 1920 |
| Φ.Ε.Κ. Α 129 1902 | Φ.Ε.Κ. Α 142 1920 |
| Φ.Ε.Κ. Α 212 1902 | Φ.Ε.Κ. Α 147 1920 |
| Φ.Ε.Κ. Α 219 1902 | Φ.Ε.Κ. Α 003 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 156 1902 | Φ.Ε.Κ. Α 018 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 002 1903 | Φ.Ε.Κ. Α 028 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 005 1903 | Φ.Ε.Κ. Α 050 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 008 1903 | Φ.Ε.Κ. Α 117 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 101 1903 | Φ.Ε.Κ. Α 122 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 318 1911 | Φ.Ε.Κ. Α 161 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 002 1915 | Φ.Ε.Κ. Α 191 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 136 1917 | Φ.Ε.Κ. Α 192 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 161 1917 | Φ.Ε.Κ. Α 195 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 188 1917 | Φ.Ε.Κ. Α 257 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 200 1917 | Φ.Ε.Κ. Α 269 1922 |
| Φ.Ε.Κ. Α 270 1917 | Φ.Ε.Κ. Α 043 1923 |

Φ.Ε.Κ. Α 061 1923

Φ.Ε.Κ. Α 102 1923

Φ.Ε.Κ. Α 159 1923

Φ.Ε.Κ. Α 193 1923

Φ.Ε.Κ. Α 227 1923

Φ.Ε.Κ. Α 231 1923

Φ.Ε.Κ. Α 257 1923

Φ.Ε.Κ. Α 293 1923

Φ.Ε.Κ. Α 308 1923

Φ.Ε.Κ. Α 309 1923

Φ.Ε.Κ. Α 380 1923

Φ.Ε.Κ. Α 390 1923

Φ.Ε.Κ. Α 042 1924

Φ.Ε.Κ. Α 055 1924

Φ.Ε.Κ. Α 200 1925

Φ.Ε.Κ. Α 212 1925

Φ.Ε.Κ. Α 306 1925

Φ.Ε.Κ. Α 362 1925

Φ.Ε.Κ. Α 004 1926

Φ.Ε.Κ. Α 011 1926

Φ.Ε.Κ. Α 076 1926

Φ.Ε.Κ. Α 174 1926

Φ.Ε.Κ. Α 201 1926

Φ.Ε.Κ. Α 286 1926

Χατζηιωσήφ, Χ., *Ιστορία της Ελλάδας του 20^{ου} αιώνα: Όψεις πολιτικής και οικονομικής ιστορίας 1900-1940*, Βιβλιόραμα, Αθήνα 2009