

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

ΟΙ ΘΕΣΕΙΣ ΜΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ



1. Πόσο επικίνδυνη είναι η επιδημία του Covid-19;
2. Σχετικά με τα τεστ
3. Σχετικά με τα lockdown
4. Σχετικά με τις μάσκες
5. Σχετικά με τα εμβόλια
6. Το νομικό θέμα της υποχρεωτικότητας
7. Το πολιτικό «γιατί»
8. Αν θα είχαμε μία πρόταση για την επιδημία

1.

ΠΟΣΟ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ ΕΙΝΑΙ Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ COVID-19; ΜΠΟΡΕΙ Ο ΠΑΝΙΚΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΑΝΑΛΟΓΑ;

1a. Από την άνοιξη του 2020 η ανθρωπότητα ζει σ' ένα καθεστώς επιτελικά σχεδιασμένου τρόμου. Η αφορμή είναι μια καινούργια επιδημία, οφειλόμενη σε έναν ιό της οικογένειας Sars («κορονοϊό»). Η υιοθέτηση του όρου «πανδημία» είναι από μόνη της ένα τρομοκρατικό στοιχείο, σχεδιασμένο ακριβώς για να υποβάλλει την ιδέα πως έχουμε να κάνουμε με κάτι πρωτόγνωρο. Είναι αλήθεια αυτό; Πόσο επικίνδυνος είναι αυτός ο καινούργιος ιός και ποια η διαφορά της παρούσας επιδημίας από όλες τις άλλες επιδημίες γρίπης που αντιμετωπίσαμε με συμβατικό τρόπο τα προηγούμενα χρόνια;

Η επικινδυνότητα ενός ιού προκύπτει από δύο παραμέτρους: τη *νοσηρότητα* (έναν δείκτη που δείχνει πόσα άτομα ενός πληθυσμού έχουν νοσήσει), και τη *θνητότητα* (πόσοι από εκείνους που νόσησαν πεθαίνουν, δηλαδή, την πιθανότητα να πεθάνει κάποιος ο οποίος νόσησε).

Η νοσηρότητα του εν λόγω ιού είναι χαμηλή, συγκρίσιμη μ' εκείνη της κοινής γρίπης. Αφορά στο μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένους κι ευπαθείς ομάδες.

Η θνητότητα είναι επίσης χαμηλή. Σε μία από τις εγκυρότερες σχετικές μελέτες, ο καθηγητής Γιάννης Ιωαννίδης υπολόγισε το ποσοστό θνητότητας για ηλικίες κάτω των 70 ετών στο 0.05%, που ανέρχεται στο 0,23% αν συνυπολογιστούν και οι μεγαλύτερες ηλικίες.¹ Οι αριθμοί αυτοί μάλιστα ισχύουν χωρίς τον εμβολιασμό και χωρίς να εφαρμόζεται ακόμα κάποια αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας. Η έννοια της θνητότητας στην παρούσα συγκυρία έχει καταστρατηγηθεί καθώς ο αριθμός των θανάτων διαιρείται με τους διαγνωσμένους θετικούς, χωρίς να έχει εξεταστεί το σύνολο του πληθυσμού. Έτσι, ο αριθμός των νοσούντων (παρανομαστής) πρέπει να αναχθεί στο σύνολο του πληθυσμού, και αυτό σημαίνει να πολλαπλασιαστεί π.χ. επί 10 ή 20.

¹ <https://www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-265892/en/>

Η θνητότητα του ιού είναι εξαιρετικά χαμηλή στις ηλικίες κάτω των 39 ετών (0,02% περίπου) και στατιστικώς αμελητέα σε παιδικές ηλικίες. Το 96% όσων πεθαίνουν είναι άνω των 75 ετών και συνήθως με υποκείμενα νοσήματα. Ο μέσος όρος ηλικίας των θανάτων από Covid-19 (79 έτη) είναι σχεδόν ίδιος με το προσδόκιμο ζωής (80 έτη).²

Λιγότερο από 1% των νοσηλευομένων καταλήγει στις ΜΕΘ. Είναι αλήθεια ότι οι ΜΕΘ δεν επαρκούν, αλλά αυτό οφείλεται σε ένα κατεστραμμένο σύστημα υγείας και δεν πρόκειται για κάτι πρωτοφανές. Στην Ελλάδα δεν επαρκούσαν και πριν από την παρούσα επιδημία.

1b. Ένα σημαντικό στοιχείο που έχει επισημανθεί από πολλούς εξαρχής είναι ότι με κεντρική εντολή του ΠΟΥ διενεργείται σε όλες τις χώρες μια «υπερ-καταγραφή» θανάτων. Δηλαδή, θάνατοι από άλλες αιτίες καταγράφηκαν ως θάνατοι από Covid-19 επειδή ο θανών είτε είχε βρεθεί θετικός σε τεστ, είτε και από απλή εικασία χωρίς καν τεστ.

Τό NY CDC (Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων της Νέας Υόρκης) ορίζει στον αριθμό θανόντων από Covid-19 να συμπεριλαμβάνονται και όσοι έπασχαν υποθετικά («presumably») από Covid, στους οποίους δεν έγινε διαγνωστικό τεστ ούτε πριν αλλά ούτε και μετά θάνατον. Ενδεικτικό περιστατικό: στη Νέα Υόρκη τον Ιούνιο 2020 ένας άνθρωπος θετικός στον Covid πυροβολήθηκε από αστυνομικούς, δέχτηκε επτά σφαίρες στον κορμό και στα άκρα, και ο θάνατος του τέσσερις ημέρες αργότερα αποδόθηκε στον Covid.³

Στη Μεγάλη Βρετανία το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε τον Αύγουστο 2020 ότι με νέο υπολογισμό του, αυθαίρετον όσο και ο προηγούμενος που ήταν περισσότερο υπερβολικός από τον νεότερο, οι θάνατοι από Covid-19 μειώνονται κατά 5.3775.⁴ Στην Ελλάδα, δημοσιεύθηκε στο *Βήμα της Κυριακής* τον Νοέμβριο (και σβήστηκε

² <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2021/03/covid-gr-daily-report-20210317.pdf>

³ <https://www.worldometers.info/coronavirus/us-data/>

⁴ <https://www.reuters.com/article/uk-factcheck-data-idUSKBN29J2TH>

από την ηλεκτρονική του σελίδα) ότι υπάρχουν δύο κατάλογοι θανάτων από Covid-19, του ΕΟΔΥ με διπλάσιο αριθμό θανόντων από το κατάλογο που είχε συντάξει ένας άλλος οργανισμός, ο ΗΔΙΚΑ.⁵ Η διευθύντρια σύνταξης της εφημερίδας κ. Κρουστάλη παραιτήθηκε, ανέλαβε εισαγγελέας να ερευνήσει, και έκτοτε σιωπή. Έγραψε τότε η εν λόγω δημοσιογράφος στο facebook: «Έπειτα από τη δημοσίευση του ρεπορτάζ για το παράλληλο και ατελέσφορο σύστημα καταγραφής των κρουσμάτων κορωνοϊού από την ΗΔΙΚΑ και τον ΕΟΔΥ, ασκήθηκε ασφυκτική πίεση από το Μέγαρο Μαξίμου. Αυτή μετατράπηκε σε εσωτερική ένταση και με έφερε ενώπιον του διλήμματος: προσωπικός και επαγγελματικός ευτελισμός ή παραίτηση».

Ο κ. Τσιόδρας στην απογευματινή του ενημέρωση τον Απρίλιο του 2020 αναγκάστηκε να παραδεχθεί ότι και το ευρωπαϊκό CDC (Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων) έχει εκδώσει οδηγίες όπως το αμερικανικό (βλ. παραπάνω) για «ευέλικτη» καταγραφή των θανάτων από Covid-19.

1c. Ένα άλλο στοιχείο που συνηγορεί στην άποψη ότι ο συγκεκριμένος ιός δεν είναι τόσο επικίνδυνος όσο παρουσιάζεται, είναι η γενική θνησιμότητα του πληθυσμού. Αν η παρούσα «πανδημία» ήταν τόσο φονική, θα έπρεπε οι θάνατοι που προκαλεί να προστίθενται στους συνήθεις θανάτους που προκαλούνται από άλλες αιτίες, ανεβάζοντας έτσι τη γενική θνησιμότητα του πληθυσμού. Όμως: τις 8 πρώτες εβδομάδες του 2021 (4/1/2021 έως 28/2/2021) είχαμε στην Ελλάδα 20.538 θανάτους. Την ίδια περίοδο πέρυσι (χωρίς κορωνοϊό) είχαμε 22.402. Την περίοδο 2015-2020, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ⁶, ο μέσος όρος των οκτώ πρώτων εβδομάδων ήταν 22.071 (μείωση κατά 8,32%). Παρόμοιοι είναι οι αριθμοί στην Κύπρο.

1.d. Μεγάλο ρόλο στην διασπορά του πανικού έπαιξε και παίζει η καθημερινή αναφορά σε μεγάλους αριθμούς «κρουσμάτων», με βάση τα οποία υποτίθεται ότι χαράσσεται η κυβερνητική πολιτική και λαμβάνονται τα διάφορα περιοριστικά μέτρα. Όμως τι σημαίνει «κρούσμα» και γιατί είναι έωλος ο ορισμός του; Πρέπει να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε ορισμένες καταστάσεις, όπως: έκθεση στον ιό, μόλυνση,

⁵ https://www.pronews.gr/ygeia/943987_paradohi-antiproedroy-eody-pithanon-na-eho

⁶ <https://www.statistics.gr/documents/20181/326b7481-4265-7b92-c847-99898018cbc1>

λοιμώξη και νόσος (αυτή ήταν η συνήθης ιατρική πρακτική ανέκαθεν). Ο όρος «κρούσμα» έχει νόημα μόνο στην περίπτωση ατόμων τα οποία νοσούν, έχουν συμπτώματα και μπορούν να μεταδώσουν τη νόσο. Στην παρούσα συγκυρία της επιδημίας του Covid-19, με απόφαση του ΠΟΥ, ο όρος «κρούσμα» αναφέρεται απλώς σε ένα τεστ που ενδέχεται να βγει θετικό για διάφορους λόγους, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν αν ο εξεταζόμενος όντως ασθενεί.

Ο αριθμός των κρουσμάτων, ακόμη κι αν προέρχονταν από αξιόπιστα τεστ (πράγμα που δεν συμβαίνει· βλ. «Σχετικά με τα Τεστ», παρακάτω), ούτως ή άλλως δεν βοηθάει καθόλου στην αληθινή εκτίμηση της νόσου επειδή δεν τηρούνται οι κανόνες δειγματοληψίας.

1e. Πρακτικά, τί πιθανότητες έχει κάποιος να πεθάνει από Covid-19; Όπως αναφέραμε, η μέση ηλικία των θανόντων στην Ελλάδα παραμένει κοντά στα 80 έτη. Το 2020 πέθαναν στην Ελλάδα 130.000 άνθρωποι, εκ των οποίων οι 6.000 από ή με (αδιευκρίνιστο) Covid-19· ο αριθμός μπορεί να φαίνεται υψηλός, αλλά αυτό οφείλεται προφανώς στην παραπλανητική μέθοδο καταγραφής.

2.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΤΕΣΤ

2a. Το σενάριο της «πανδημίας» στηρίχτηκε σε ένα τεστ, το λεγόμενο PCR, που δίνει πολλά ψευδή θετικά αποτελέσματα και ατυχώς εξελήφθη ως το κύριο διαγνωστικό κριτήριο. Δεν λαμβάνεται υπόψιν αν ο εξεταζόμενος όντως ασθενεί. Ο ίδιος ο εφευρέτης του PCR τεστ δεν το προόριζε γι' αυτή τη χρήση.

Πως λειτουργεί ένα PCR test; Το τεστ πολλαπλασιάζει «θραύσματα» του ιού πολλές φορές. Παραδείγματος χάριν: αν διπλασιάσουμε 20 φορές (2^{20}) ένα ευρώ φτάνουμε στο ένα εκατομμύριο κι αν διπλασιάσουμε 27 φορές ένα σεντ (2^{27}) επίσης φτάνουμε στο ένα εκατομμύριο. Ας υποθέσουμε ότι το 1 ευρώ είναι ο μολυσματικός ιός και το 1 σεντ είναι ένα (ακίνδυνο) νεκρό θραύσμα του ιού. Χρειάζονται 20 κύκλοι πολλαπλασιασμού ενός μολυσματικού ιού για να θεωρηθεί κανείς θετικός (έστω ότι 1 εκατομμύριο είναι το σωστό όριο για να θεωρηθεί κάποιο ως «κρούσμα»). Εφόσον δεν έχει κάποιος τον μολυσματικό ιό αλλά μόνο νεκρά/ακίνδυνα θραύσματά του, τότε, αν συνεχίσουν οι πολλαπλασιασμοί μέχρι τους 27, πάλι θα διαγνωστεί θετικός, κ.ο.κ. Άρα, ο αριθμός των πολλαπλασιασμών είναι καθοριστικός.

Το PCR test λειτουργεί, αλλά πρέπει να ξέρει κανείς πόσες φορές θα το πολλαπλασιάσει (πόσους κύκλους θα κάνει) και πόσες φορές δεν πρέπει να ξεπεραστούν. Αυτό το όριο ποτέ δεν τέθηκε για το PCR. Και οι προσεγγίσεις είναι πάνω-κάτω αυτές: 20-27 κύκλοι είναι γενικώς αποδεκτοί. Με 40 κύκλους πολλαπλασιασμού (ύψωσης σε δύναμη) σχεδόν όλοι θα έβγαιναν θετικοί. Επίσης, το PCR test μπορεί να θεωρήσει θετικούς και άλλους ιούς, π.χ. της κοινής γρίπης. Το PCR δεν μπορεί να θέσει ένα «σωστό» όριο στους πολλαπλασιασμούς, διότι το εργαστήριο που έφτιαξε το τεστ δεν είχε ποτέ στη διάθεσή του έναν ιό Covid-19 ώστε να «βαθμονομήσει» το τεστ. Βάσισε το τεστ σε κάποια ηλεκτρονικά δεδομένα που του διατέθηκαν. Τον Ιούλιο του 2021, εν πάση περιπτώσει, το PCR test κρίθηκε αναξιόπιστο και η χρήση του σταματάει στο τέλος του 2021⁷

⁷https://www.cdc.gov/csels/dls/locs/2021/07-21-2021-lab-alert-Changes_CDC_RT-PCR_SARS-CoV-2_Testing_1.html

2b. Άλλα τεστ (rapid test, self-test) που χρησιμοποιούνται —παράνομα— για να επιτραπούν διάφορες δραστηριότητες σε πολίτες ή σε μαθητές είναι υπερβολικά αναξιόπιστα (το ποσοστό «επιτυχίας» τους επί ασυμπτωματικών ατόμων υπολογίζεται ότι δεν ξεπερνάει το 20% περίπου⁸) κι ενέχουν επιπροσθέτως κινδύνους για τους εξεταζόμενους. Ο παραγωγός άλλωστε συνιστά να γίνεται το τεστ *μόνο κατά την οξεία φάση της λοίμωξης και όχι σε ασυμπτωματικά παιδιά και ενήλικες.*

Σύμφωνα με τη Γαλλική Ακαδημία Ιατρικής,⁹ η αυτοδειγματοληψία μπορεί να οδηγήσει σε ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα όταν η δειγματοληψία είναι πολύ συνεσταλμένη κι επιφανειακή, αλλά μπορεί να γίνει επικίνδυνη όταν η δειγματοληψία γίνεται πολύ βαθιά κι έχει λάθος κατεύθυνση. Συγκεκριμένα, οι επιπλοκές που έχουν αναφερθεί είναι συνηθέστερα ήπιες (δυσφορία, πόνος ή αιμορραγία), αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις σημειώθηκαν παραβιάσεις της βάσης του πρόσθιου κρανίου που συνδέονται με κίνδυνο μηνιγγίτιδας.

Στο φυλλάδιο του παραγωγού των rapid self-test αναφέρεται ρητά ότι το προϊόν προορίζεται για επαγγελματική χρήση σε εργαστήρια και χώρους ιατρικής φροντίδας ή υπό την επίβλεψη ενός επαγγελματία υγείας· *δεν επιτρέπεται η ελεύθερη διάθεση και η χρήση ιατροτεχνολογικών προϊόντων από φυσικά πρόσωπα ως τελικούς χρήστες.* Το νομοθετικό πλαίσιο των ιατρικών πράξεων, εξ άλλου, απαγορεύει την εκτέλεση ιατρικών πράξεων τόσο από τους πολίτες όσο και από τους φαρμακοποιούς.

Ακόμη, κατά ομολογία του παραγωγού, αν κάποιος πάσχει από κοινό κρυολόγημα, προκαλούμενο από άλλον ιό, αν πάσχει από φυματίωση ή αν πάσχει από το είδος της πνευμονίας που προκαλείται από το *Pneumocystis jirovecii*, το τεστ μπορεί να τον

⁸ Για μια συνολική αξιολόγηση της επιτυχίας των τεστ, βλ. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7003e3.htm?s_cid=mm7003e3_w&fbclid=IwAR1pVqkIBrRGn-biHH7c_0e3kUJKckfU2vS34eNLGp2ItL1ANJC2uutidqU

⁹ <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/04/21.4.8-Nasopharyngeal-swabs-are-not-without-risk-ENG.pdf>

βγάλει ψευδώς θετικό: *το τεστ δεν μπορεί να ανιχνεύσει μόνο τον Covid-19 και να τον διακρίνει από τα προαναφερθέντα παθογόνα.*

Τέλος, ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμής δεν εξαλείφει την πιθανότητα μόλυνσης από Covid-19· επομένως κάποιος μπορεί να νοσεί, να έχει αρνητικό αποτέλεσμα και να διασπείρει τον ιό στην κοινότητα (αυτός είναι και ο λόγος που το αρνητικό τεστ χρειάζεται επιβεβαίωση, όπως αναγράφουν οι οδηγίες, με μοριακό PCR και όχι επιβεβαίωση μ' ένα άλλο rapid test).

2c. Ένα τεράστιο ζήτημα είναι η αποκομιδή των τεστ. Στο φυλλάδιο των οδηγιών αναφέρεται ξεκάθαρα ότι *δεν επιτρέπεται το τεστ να καταλήξει στο περιβάλλον, στην αποχέτευση ή σε επιφανειακά ύδατα.* Οι εκπρόσωποι της Ελληνικής Εταιρείας Ιατρικής και Βιοπαθολογίας/Εργαστηριακής Ιατρικής διαμαρτύρονται έντονα για την πραγματοποίηση του τεστ από τους πολίτες, τόσο επειδή αποτελεί ιατρική πράξη που μόνο γιατροί μπορούν να πραγματοποιούν όσο κι επειδή μπορεί να προκύψουν λάθος αποτελέσματα από τη χρήση του τεστ· όμως το χειρότερο είναι η *περαιτέρω διασπορά του ιού* μέσω των κοινών σκουπιδιών, αφού πρόκειται για μολυσματικά απόβλητα τα οποία πρέπει να αποτεφρώνονται από πιστοποιημένο φορέα, όπως προβλέπεται από την ειδική νομοθεσία για την προστασία της δημόσιας υγείας. Και δεν είναι μόνο το πρόβλημα της διασποράς του ιού από τα θετικά τεστ που τα πετάμε στα σκουπίδια, αλλά και η επικινδυνότητα μιας ουσίας που βρίσκεται στο buffer του τεστ (της octyl/nonylphenoethoxylates), την οποία πολύ σωστά ο παραγωγός του τεστ χαρακτηρίζει στο ένθετο ως «βιολογικό κίνδυνο» και χρειάζεται να περισυλλέγεται από ειδική εταιρεία που διαχειρίζεται επικίνδυνα χημικά και βιολογικά απόβλητα.

3.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ LOCKDOWN

3a. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου επιλέχθηκε μια πρωτοφανής στρατηγική που μόνο σε καταστάσεις πολέμου ή πολιορκίας έχουμε δει στο παρελθόν, και μάλιστα για πολύ πιο περιορισμένο διάστημα: το «πάγωμα» όλης της δημόσιας κι εργασιακής ζωής, η απαγόρευση κυκλοφορίας και συναθροίσεων, ο καταναγκαστικός εγκλεισμός των ανθρώπων —ένα είδος κατ' οίκον φυλάκισης— και η ψηφιακή αντικατάσταση κάθε ζωντανής επικοινωνίας: όλα όσα συνοψίζουμε στον όρο lockdown. Ποια ήταν η αποτελεσματικότητα και ποιες οι πραγματικές συνέπειές του;

Η αποτελεσματικότητα των lockdown μπορεί να εκτιμηθεί με δύο τρόπους: α) με την παρατήρηση στην ίδια χώρα ή την ίδια περιοχή της εξέλιξης της επιδημίας πριν και μετά την εφαρμογή ενός lockdown· και β) με τη σύγκριση της πορείας της επιδημίας σε χώρες (ή περιοχές) που εφάρμοσαν αυστηρό lockdown και σε άλλες που δεν το έκαναν. Κανένας από τους δύο τρόπους δεν μπορεί να οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα, ο πρώτος επειδή είναι αδύνατο να γνωρίζουμε τι θα συνέβαινε στην περίπτωση που δεν γινόταν το lockdown, και ο δεύτερος επειδή κάθε χώρα είναι μια ειδική περίπτωση όσον αφορά κρίσιμους παράγοντες για τη διάδοση της επιδημίας – όπως είναι το επίπεδο του συστήματος υγείας της, η πυκνότητα πληθυσμού και οι συνθήκες διαβίωσής του, η μέση ηλικία του πληθυσμού, το πότε ξεκίνησε και με τι ένταση η επιδημία, κ.λπ. Επίσης, επειδή πουθενά δεν εφαρμόστηκαν ακριβώς ίδια lockdown. Ωστόσο, αν τα lockdown είχαν μια ισχυρή επίδραση στην εξέλιξη της επιδημίας θα είχαμε βγάλει κάποια ασφαλή συμπεράσματα, πράγμα που όμως δεν συνέβη, τουλάχιστον όχι σε χώρες της Δύσης. Το γεγονός ότι όλα τα κράτη επέλεξαν να εφαρμόσουν κάποια μέτρα, έστω και πολύ ελαφρά, πρέπει να αποδοθεί στην αφόρητη πίεση που ασκήθηκε και στο πολιτικό κόστος που θα είχε για όποιο κράτος αρνιόταν να συμμορφωθεί: είδαμε, για παράδειγμα, την πίεση που ασκήθηκε στη Σουηδία...

3b. Αν μιλάμε ειδικά για την Ελλάδα (που ακολούθησε μία από τις αυστηρότερες πολιτικές στην Ευρώπη), το κράτος με τα lockdown έδειξε προς το εξωτερικό ότι είναι απόλυτα υπάκουο και «νομοταγές». Στο εσωτερικό είχε να διαχειριστεί την

κατάσταση έχοντας στη διάθεσή του ένα αποδυναμωμένο σύστημα υγείας, οπότε αξιοποίησε τα μεγάλα του όπλα: την πανίσχυρη αστυνομία και τα ελεγχόμενα ΜΜΕ. Έτσι, εφάρμοσε ένα σκληρό κι οριζόντιο lockdown προσπαθώντας να δημιουργήσει την εικόνα ότι δεν ολιγώρησε και ότι κάθε επιτυχία οφείλεται στα μέτρα που έλαβε, ενώ κάθε αποτυχία στο ότι δεν τα εφάρμοσαν πιστά οι πολίτες.

Το πρώτο Ελληνικό lockdown ήταν σαφώς περιττό, καθώς η Ελλάδα από τον Μάρτιο έως τον Νοέμβριο του 2020 είχε μόλις 500 θανάτους¹⁰. Όταν πράγματι ήρθε ένα επιδημικό κύμα το lockdown δεν είχε, κατά τα φαινόμενα, κανένα αποτέλεσμα αφού τους επόμενους έξι μήνες είχαμε 10.000 θανάτους, πολύ περισσότερους από τη Σουηδία, για παράδειγμα, που δεν έκανε κανένα lockdown. Έτσι, η Ελλάδα των lockdown έχει τριπλάσιους υπερβάλλοντες —δηλαδή, άνω του στατιστικώς αναμενομένου— θανάτους από τη Σουηδία (45 έναντι 13 / 100.000).¹¹ Η Σουηδία είχε επίσης πολύ καλύτερη πορεία από άλλες, σχετικά συγκρίσιμες, ευρωπαϊκές χώρες, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο ή το Βέλγιο. Φυσικά, όπως αναφέραμε, οι συγκρίσεις μεταξύ χωρών είναι προβληματικές, αλλά εάν τα lockdown είχαν κάποια σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της επιδημίας θα είχαμε μια πολύ πιο ευανάγνωστη εικόνα.

Στις ΗΠΑ, μια έρευνα του CDC αποκαλύπτει ότι σε μια σύγκριση μεταξύ πολιτειών όπου άνοιξε η εστίαση και άλλων όπου παρέμεινε κλειστή, φάνηκε μια οριακή διαφορά με αύξηση μόλις 1,2% των κρουσμάτων (όχι των θανάτων) στις πολιτείες όπου λειτούργησε η εστίαση σε βάθος τριών μηνών¹².

3c. Τα lockdown, ειδικά όταν είναι οριζόντια και παρατεταμένα όπως συνέβη στη χώρα μας, έχουν εξαιρετικά σοβαρές αρνητικές συνέπειες σε κάθε τομέα της κοινωνικής ζωής· πράγμα που, σε συνδυασμό με την αμφίβολη επίδρασή τους στην εξέλιξη της επιδημίας, τα καθιστά εγκληματικά. Επιφανείς Έλληνες επιστήμονες με

¹⁰ <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/greece/>

¹¹ <http://www.docmed.gr/i-ellada-ton-lockdowns-echei-triplasioys-epi-pleon-toy-anamenomenoy-thanatoys-apo-ti-soyidia/>

¹² <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7010e3.htm>

επιστολή τους επεσήμαναν στην κυβέρνηση την αντίθεσή τους στο lockdown, χωρίς φυσικά να ληφθεί υπόψιν η γνώμη τους.¹³

Παραδόξως, το πρώτο θύμα των lockdown είναι οι ίδιες οι μονάδες υγείας. Πολλές μετατράπηκαν σε μονάδες που εξυπηρετούν αποκλειστικά περιστατικά Covid-19 οπότε εξετάσεις κι εγχειρήσεις ακόμη και για πολύ σοβαρές ασθένειες, όπως για καρκίνους, αναβλήθηκαν με καταστροφικά αποτελέσματα. Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση θανάτων σε πολλές χώρες από στεφανιαία νόσο, εμφράγματα κι εγκεφαλικά επειδή ακριβώς ο κόσμος φοβόταν να πάει στο νοσοκομείο. Πράγμα που γίνεται ακόμη χειρότερο από το γεγονός ότι ο φόβος του ήταν δικαιολογημένος: διότι τα ίδια τα νοσοκομεία, λόγω της παραπάνω διαχείρισης, έγινε εστίες αναμετάδοσης του ιού σε ανθρώπους σοβαρά επιβαρυσμένους λόγω ηλικίας άλλων βαριών νοσημάτων.

Τα lockdown σε κάθε περίπτωση επιδεινώνουν την υγεία του γενικού πληθυσμού, όχι μόνο λόγω του ότι στέρησαν από πολλούς την περίθαλψη αλλά και διότι η κοινωνικοοικονομική ύφεση που προκάλεσαν θα έχει επιπτώσεις στην ίδια την υγεία (καρδιαγγειακά προβλήματα, νεοπλασίες, κ.λπ). Η επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης έχει πάντα σαν επίπτωση την αύξηση της θνησιμότητας του πληθυσμού που την υφίσταται, όπως είναι στατιστικά αποδεδειγμένο.

Επίσης, ο περιορισμός της άσκησης, της έκθεσης στον ήλιο ή στον καθαρό αέρα (θυμίζουμε ότι απαγορεύτηκε ακόμα και η χειμερινή κολύμβηση ή ο περίπατος σε ένα βουνό), ο παράλογος φόβος που καλλιεργήθηκε και η ψυχολογική επιβάρυνση του εγκλεισμού είναι όλα παράγοντες που επιδεινώνουν την υγεία. Είναι βέβαιον ότι τα μέτρα αυτά προκαλούν μεγαλύτερη θνησιμότητα στον γενικό πληθυσμό από εκείνη που αποτρέπουν.

3d. Οι κοινωνικές επιπτώσεις προεκτείνονται πολύ πέραν αυτού. Ο κατ' οίκον εγκλεισμός προκάλεσε μια ραγδαία αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας, της κακοποίησης γυναικών και παιδιών, και την επιδείνωση των σχέσεων μεταξύ

¹³ <https://www.tanea.gr/2021/03/08/greece/anoixti-epistoli-20-epistimonon-kata-tis-stratigikis-ton-lockdown/>

ζευγαριών. Σε αυτά πρέπει να συνυπολογιστεί η «επιδημία» των αυτοκτονιών, που ο αριθμός τους αυξήθηκε κατακόρυφα όλη αυτή την περίοδο.¹⁴

Τα μέτρα αυτά, εκτός των άλλων, έχουν έναν απροκάλυπτα ταξικό χαρακτήρα. Δεδομένου ότι τα σπίτια μετατράπηκαν σε χώρους (τηλε)εργασίας ή (τηλε)εκπαίδευσης, όσα νοικοκυριά δεν διαθέτουν επαρκή χώρο (π.χ. ξεχωριστά δωμάτια) κι επαρκείς τεχνολογικές υποδομές (υπολογιστές, ισχυρό δίκτυο) οδηγήθηκαν σε αδιέξοδο.

Η παιδεία δέχθηκε ένα σοβαρό πλήγμα δεδομένου ότι η «εξ αποστάσεως εκπαίδευση» έχει σοβαρούς περιορισμούς και δυσκολίες, πράγμα που εύκολα οδηγεί σε αδιαφορία ή παραίτηση, ειδικά στις μικρότερες ηλικίες. Κάποια παιδιά ουσιαστικά χάνουν δύο ή τρία χρόνια από την εκπαίδευσή τους, κενό το οποίο δεν θα αναπληρώσουν ποτέ.

Οι μικρές επιχειρήσεις (και διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών) δέχτηκαν ένα ισχυρό πλήγμα και πολλές από αυτές δεν θα μπορέσουν να ανοίξουν πάλι μετά το lockdown. Στο εργασιακό τοπίο, τα μέτρα ολοκλήρωσαν τη διάλυση που ήδη στόχευαν οι εφαρμοζόμενες πολιτικές, και από αυτή την άποψη μοιάζει να έγινε μια γενική πρόβα των εργασιακών σχέσεων της επόμενης ημέρας.

Πέραν αυτών, το lockdown και η ατμόσφαιρα που το περιβάλλει έχει μια τοξική επίδραση στην κοινωνική ζωή όλων μας. Εκπέμπει το μήνυμα ότι οι άλλοι είναι θανάσιμη απειλή για μας, αλλά κι εμείς είμαστε θανάσιμη απειλή γι' αυτούς που αγαπάμε. Η έννοια και η αίσθηση της κοινότητας στην οποία ανήκουμε πλήττεται στον πυρήνα της. Ο καλλιεργούμενος φόβος του θανάτου παραλύει τη σκέψη και τις αντιδράσεις, και στις περιπτώσεις αυτές οι κοινωνίες λειτουργούν με παρανοϊκό τρόπο. Ο κυρίαρχος λόγος, όπως εκφέρεται από το στόμα πολιτικών που εξαπολύουν διαγγέλματα και «ειδικών» οι οποίοι τον επικυρώνουν με την «επιστημονική» τους

¹⁴ <https://www.klimaka.org.gr/paratiritirio-aftoktonion-parousiasis-afksisi-ianouarios2021-klimaka/>
<https://1-2.gr/2021/02/24/lockdown-kai-aytoheiria/>

σφραγίδα, κατασκευάζει ένα αφήγημα πως ο άλλος —ο επονομαζόμενος «αρνητής»— είναι κίνδυνος για την κοινωνία: είναι, ακριβέστερα, *μίασμα* (με τον τρόπο που λειτουργούσε η εικόνα του «εβραίου» στη ναζιστική προπαγάνδα ή του «αιρετικού» στην εκκλησιαστική ρητορική...). Το μήνυμα αυτό παραλαμβάνεται κι ενισχύεται από τα ΜΜΕ, αποδεσμεύοντας μια υπόκωφη βία με απρόβλεπτα καταστροφικές συνέπειες.

Εν ολίγοις, lockdown δεν είναι μόνο τα ίδια μέτρα αλλά και η ψυχολογία που διαμορφώνεται για να τα αιτιολογήσει, με αποτέλεσμα μια φοβισμένη και χειραγωγούμενη κοινωνία έτοιμη να κάνει ακόμη μεγαλύτερες υποχωρήσεις σε οποιαδήποτε εξουσία.

4.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΜΑΣΚΕΣ

4a. Σε κάποιες χώρες από εκείνες που πήραν τα σκληρότερα υγειονομικά μέτρα — της Ελλάδας περιλαμβανομένης— επιβλήθηκε επί ποινή προστίμου η χρήση μάσκας από *όλον τον πληθυσμό* και σε *όλους τους χώρους*. Όπως και στην περίπτωση των τεστ και των εμβολίων, τα δύο κύρια ερωτήματα που πρέπει να θέσουμε είναι: α) πόσο αποτελεσματική είναι η μάσκα; και β) υπάρχουν κίνδυνοι από τη χρήση της, και ποιοι;

Οι χειρουργικές, ή —ακόμη χειρότερα— πάνινες, μάσκες που φοράμε οι περισσότεροι προστατεύουν κατά βάσιν τους άλλους από εκπομπή σταγονιδίων σε μικρή απόσταση. Αυτός που φοράει τη μάσκα προστατεύεται λιγότερο από 50%. Οι μάσκες τύπου N95 προστατεύουν μεν εκείνον που τη φοράει σε ποσοστό 95%, αλλά τις χρησιμοποιούν μόνο επαγγελματίες της υγείας· και, σε αυτή την περίπτωση, για ένα καθορισμένο χρονικό διάστημα, κατά κανόνα μικρό, στη διάρκεια του οποίου αλλάζονται τακτικά επειδή υγροποιούνται κι έχουν αντίθετα από τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Η ίδια η εγκύκλιος που προτρέπει στη χρήση μάσκας γράφει για *σύσταση* μάσκας στα μολυσμένα άτομα, στα ευαίσθητα άτομα και στα άτομα εκείνα που εργάζονται σε χώρους περίθαλψης – όχι στους υγιείς! Επιπλέον, ορίζει τις μάσκες ως *πιθανό εργαλείο, ανάλογα με τον χρόνο και την τοποθεσία*: επ’ ουδενί δηλαδή από τον οποιονδήποτε, οποιαδήποτε στιγμή και οπουδήποτε. Θα μπορούσε δηλαδή, αν κάποιος έχει ιδιαίτερο λόγο γι’ αυτό, να σκεφτεί τη χρήση μάσκας σε κλειστούς και συνωστισμένους χώρους, αλλά *σε εξωτερικό χώρο είναι εντελώς άχρηστη και παράλογη*.

Η διεθνής σύσταση της μάσκας βασίστηκε σε μια επισκόπηση βιβλιογραφίας που χρηματοδοτήθηκε —βεβαίως— από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η οποία, όπως διαπιστώνεται από την επανεξέταση, βασίστηκε *αποκλειστικά σε τρεις μελέτες*, που επιπλέον ήταν *όλες για τον Sars και όχι για τον SARS-CoV-2!* Ακόμα, οι τυχαιοποιημένες μελέτες εξέταζαν *μόνο τα άτομα που φορούσαν μάσκες* (με το

ερώτημα εάν και πόσο οι μάσκες προφύλασσαν τα συγκεκριμένα άτομα), χωρίς την επιβαλλόμενη σύγκριση με άτομα τα οποία δεν φορούσαν μάσκες υπό τις ίδιες συνθήκες ώστε να υπάρξει συγκριτικό αποτέλεσμα.

Το αμερικανικό CDC δείχνει ότι οι πολιτείες που πέταξαν τις μάσκες είχαν αύξηση κρουσμάτων (με όλες τις ήδη επισημανθείσες επιφυλάξεις για τον όρο «κρούσμα») μόλις 1,8% στους επόμενους τρεις μήνες.¹⁵

4b. Υπάρχουν κίνδυνοι από τη χρήση μάσκας; Τυχαιοποιημένη μελέτη του 2015 από το University of South Wales για τις υφασμάτινες μάσκες διαπίστωσε ότι το κακό φιλτράρισμα γίνεται αγωγός για τη διατήρηση της υγρασίας. Διαπιστώθηκε επίσης υψηλό ποσοστό μόλυνσης μεταξύ εργαζομένων πιθανώς λόγω επαναχρησιμοποίησης και κακού φιλτραρίσματος. Πριν η γίνει η μασκοφορία «θρησκεία» στον Καναδά, ο διευθυντής δημόσιας υγείας του Κεμπέκ τόνισε στην *Montreal Gazette* ότι οι μάσκες είναι αναποτελεσματικές, και σημείωσε ότι «οι μάσκες γεμίζουν υγρασία από το στόμα και τη μύτη μετά από περίπου 20 λεπτά – μόλις βραχούν, δεν σχηματίζουν πλέον φραγμό έναντι των ιών που προσπαθούν να περάσουν ή να βγουν». Αυτό καθιστά την ολόημερη μασκοφορία σε επιχειρήσεις, καταστήματα και σχολεία, εν αντιθέσει με τη σύντομη χρήση της υπό κλινικές συνθήκες, μεγάλο κίνδυνο για την εξάπλωση βακτηρίων και παθογόνων μικροοργανισμών.

Ένας ιδιαίτερος κίνδυνος είναι ότι πολλοί ανοσοκατεσταλμένοι άνθρωποι μπορεί να πάνε σε επικίνδυνα μέρη πιστεύοντας ότι η μάσκα τους προστατεύει. Το ίδιο ισχύει για ανθρώπους χωρίς ανοσοκαταστολή αλλά με καρδιολογικά προβλήματα ή διαβήτη, που κυκλοφορούν σε εσωτερικούς χώρους πιστεύοντας ότι η μάσκα αποτελεί επαρκή προστασία. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίον ο σουηδός επιδημιολόγος A. Tegnell προειδοποίησε ότι, επειδή τα επιστημονικά στοιχεία για τη μασκοφορία ως μέσο πρόληψης της Covid-19 είναι «εκπληκτικά αδύναμα», είναι «πολύ επικίνδυνο» να πιστεύουμε ότι οι μάσκες προσώπου από μόνες τους θα μπορούσαν να ελέγξουν την εξάπλωση της νόσου. Το πλύσιμο των χεριών και η απόσταση είναι σαφώς καλύτερα.

¹⁵ <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7010e3.htm>

Η ολλανδική κυβέρνηση έλαβε την απόφαση να απαιτεί μάσκες μόνο για τις δημόσιες συγκοινωνίες όταν οι άνθρωποι είναι πραγματικά κοντά ο ένας στον άλλο για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Με τόσο λίγα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της μάσκας, δεν ήθελε να διαταράξει τη ζωή των πολιτών.

Σε μια μελέτη του 2014, οι ερευνητές εξέτασαν 212 εργαζόμενους στην υγειονομική περίθαλψη (47 άνδρες και 165 γυναίκες) ρωτώντας για την παρουσία πονοκεφάλων με χρήση μάσκας N95, τη διάρκεια των πονοκεφάλων, τον τύπο των πονοκεφάλων καθώς και αν το άτομο είχε προϋπάρχοντες πονοκεφάλους.¹⁶ Διαπίστωσαν ότι περίπου το ένα τρίτο των εργαζομένων ανέπτυξαν πονοκεφάλους με τη χρήση της μάσκας, ενώ όσοι είχαν προϋπάρχοντες πονοκεφάλους επιδεινώθηκαν από τη μάσκα, και ότι το 60% απαιτούσε φάρμακα για τον πόνο για ανακούφιση. Όσον αφορά την αιτία των πονοκεφάλων, ενώ θα μπορούσαν να είναι οι ιμάντες και η πίεση, το μεγαλύτερο μέρος των στοιχείων δείχνει την υποξία και/ή την υπερκαπνία: δηλαδή, μείωση της οξυγόνωσης του αίματος (υποξία) ή αύξηση του διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) του αίματος (υπερκαπνία). Είναι γνωστό ότι η μάσκα N95, εάν φοριέται για ώρες, μπορεί να μειώσει την οξυγόνωση του αίματος έως και 20%, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια συνείδησης.

Πρόσφατη μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 159 εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ηλικίας 21 έως 35 ετών, διαπίστωσε ότι το 81% εμφάνισε πονοκεφάλους από τη χρήση μάσκας προσώπου.¹⁷ Όσοι είχαν προϋπάρχοντες πονοκεφάλους, σαφώς επιδεινώθηκαν από τις μάσκες. Όλοι ένιωθαν ότι οι πονοκέφαλοι επηρέασαν την απόδοση της εργασίας τους. Η μελέτη αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, γιατί δημοσιεύθηκε τον Μάιο του 2020, μετά τα μέτρα κατά του κορονοϊού.

¹⁶ Zhu JH et al., “Effects of long-duration wearing of N95 respirator and surgical facemask: a pilot study”, *J. Lung Pulm. Resp. Res.* 2014, 4: 97-100. <https://medcraveonline.com/.../effects-of-long-duration...>

¹⁷ Ong JJY, Bharatendu C, Goh Y, et al., “Headaches associated with personal protective equipment – A cross-sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19” *Headache* 2020, 60(5): 864-877. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32232837>

Η σημασία αυτών των ευρημάτων έγκειται πάνω απ' όλα στο ότι η μείωση των επιπέδων οξυγόνου (υποξία) σχετίζεται με εξασθένηση της ανοσίας. Μελέτες έχουν δείξει ότι η υποξία μπορεί να αναστέλλει τον τύπο των κύριων ανοσοκυττάρων που χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση των ιογενών λοιμώξεων, των CD₄ + T-λεμφοκυττάρων. Αυτό συμβαίνει επειδή η υποξία αυξάνει το επίπεδο μιας ένωσης που αποκαλείται HIF-1 (hypoxia inducible factor-1), η οποία αναστέλλει τα T-λεμφοκύτταρα και διεγείρει ένα ισχυρό αναστολέα του ανοσοποιητικού κυττάρου, πράγμα που ευνοεί οποιασδήποτε λοίμωξης, συμπεριλαμβανομένου του Covid-19 και καθιστά πολύ πιο σοβαρές τις συνέπειες αυτής της μόλυνσης.¹⁸

Δυστυχώς, κανένας δεν λέει στους ευπαθείς ηλικιωμένους και σε άτομα με πνευμονικές παθήσεις, όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), εμφύσημα ή πνευμονική ίνωση, γι' αυτούς τους κινδύνους όταν φοράνε μάσκα προσώπου οποιουδήποτε είδους – κάτι που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή επιδείνωση της πνευμονικής λειτουργίας. Αυτό περιλαμβάνει επίσης ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και άτομα που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στους πνεύμονες, ειδικά με μερική εκτομή ή ακόμη και αφαίρεση ολόκληρου πνεύμονα. Τα άτομα με καρκίνο, ειδικά εάν ο καρκίνος έχει εξαπλωθεί, διατρέχουν περαιτέρω κίνδυνο από την παρατεταμένη υποξία καθώς ο καρκίνος αναπτύσσεται καλύτερα σε ένα μικροπεριβάλλον που έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε οξυγόνο. Σε μία μελέτη αναφέρεται ότι η υποξία εμφανίζεται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις, περιλαμβανομένων της φλεγμονής και του καρκίνου.¹⁹ Το χαμηλό οξυγόνο προκαλεί επίσης φλεγμονή που μπορεί να ευνοήσει την ανάπτυξη, την εισβολή και την εξάπλωση καρκίνων.²⁰ Επαναλαμβανόμενα επεισόδια υποξίας έχουν προταθεί ως

¹⁸ Shehade H., Acolty V., Moser M., Oldenhove G., “Cutting Edge: Hypoxia-Inducible Factor 1 Negatively Regulates Th1 Function”, *J. Immunol.* 2015, 195(4): 1372-6 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26179900>. Sceneay J, Parker BC, Smyth MJ, Moller A., “Hypoxia-driven immunosuppression contributes to the pre-metastatic niche”, *Oncimmunology* 2013, 2:1 e223-55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3583916/>

¹⁹ Westendorf A.M., Skibbe K., Adameczyk A., “Hypoxia enhances immunosuppression by inhibiting CD4+ effector T cell function and promoting Treg activity”, *Cell Physiol. Biochem.* 2017, 41:1271-84. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28278498>

²⁰ Blaylock RL, “Immunoexcitatory mechanisms in glioma proliferation, invasion and occasional metastasis”, *Surg. Neurol. Inter.* 2013, 4:15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589840/>

σημαντικός παράγοντας στην αθηροσκλήρωση, ως εκ τούτου αυξάνει όλες τις καρδιαγγειακές (καρδιακές προσβολές) και εγκεφαλοαγγειακές (εγκεφαλικά) παθήσεις. Σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2007 στο *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* αποδείχθηκε σε πειραματόζωα ότι η χρόνια διαλείπουσα υποξία προκαλεί αθηροσκλήρωση.²¹ Είναι εξ άλλου γνωστό ότι η αποφρακτική άπνοια ύπνου, μια κατάσταση που οδηγεί σε χρόνια διαλείπουσα υποξία, σχετίζεται με υπερλιπιδαιμία, αθηροσκλήρωση και υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Υπάρχει και άλλος κίνδυνος αν φοράει κάποιος αυτές τις μάσκες σε καθημερινή βάση, ειδικά εάν φοριούνται επί αρκετές ώρες. Όταν ένα άτομο μολυνθεί με αναπνευστικό ιό, θα αποβάλει μέρος του ιού με κάθε αναπνοή. Αν φοράει μάσκα, ειδικά μάσκα N95 ή άλλη σφιχτά τοποθετημένη μάσκα, θα επανεισπνέει διαρκώς τους εκπνεόμενους ιούς, αυξάνοντας έτσι τη συγκέντρωση του ιού στους πνεύμονες και τις ρινικές οδούς. Γνωρίζουμε ότι τα άτομα που έχουν τις χειρότερες αντιδράσεις στον κορονοϊό έχουν τις υψηλότερες συγκεντρώσεις του ιού από νωρίς· και αυτό οδηγεί στη θανατηφόρα καταιγίδα κυτοκινών.

Νεότερα στοιχεία δείχνουν ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ο κορονοϊός μπορεί να εισέλθει στον εγκέφαλο. Αυτό αναφέρεται και σε άρθρο που δημοσιεύθηκε τον Μάρτιο του 2020 στο επιστημονικό περιοδικό *Brain, Behavior and Immunity*.²² Στις περισσότερες περιπτώσεις εισέρχεται στον εγκέφαλο μέσω των οσφρητικών νεύρων, τα οποία συνδέονται απευθείας με την περιοχή του εγκεφάλου που ασχολείται με την

²¹ Savransky V., Nanayakkara A., Li J., et al., “Chronic intermittent hypoxia induces atherosclerosis”, *Am. J. Resp. Crit. Care Med.* 2007, 175:1290-1297· <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17332479>

²² Wu Y., Xu X., Chen Z., et al., “Nervous system involvement after infection with COVID-19 and other coronaviruses”, *Brain Behav. Immun.* 2020, pii: S0889-1591(20)30357-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32240762>

πρόσφατη μνήμη. Φορώντας μάσκα, οι ιοί που εκπνέονται δεν θα μπορούν να διαφύγουν και θα συγκεντρωθούν στα ρινικά περάσματα, οπότε θα εισέλθουν στα οσφρητικά νεύρα και θα ταξιδέψουν στον εγκέφαλο.²³

²³ Perlman S, Jacobsen G, Afifi A., “Spread of a neurotropic murine coronavirus into the CNS via the trigeminal and olfactory nerves”, *Virology* 1989· 170: 556-560· <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2543129>

5.

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ

5a. Τα εμβόλια που μέχρι χθες γνωρίζαμε παρασκευάζονται είτε από αδρανοποιημένους παθογόνους οργανισμούς ή τις τοξίνες τους, είτε από ζώντες εξασθενημένους ιούς, είτε από τμήματα παθογόνων συζευγμένα με πολυσακχαρίτες. Όλα τους δρουν απευθείας στον οργανισμό σαν αντιγόνα και προκαλούν την παραγωγή αντισωμάτων. Δηλαδή τεχνητής ανοσίας.

Τα τέσσερα εμβόλια για τον Covid-19 που κυκλοφορούν μέχρι σήμερα σε Ευρώπη και Αμερική έχουν κατασκευαστεί με εντελώς νέα τεχνολογία δανεισμένη από τις γονιδιακές θεραπείες. Έως τώρα η τεχνολογία αυτή δεν είχε χρησιμοποιηθεί σε εμβόλια για λοιμώδεις ασθένειες σε ανθρώπους. Έχει χρησιμοποιηθεί μόνο σε «εμβόλια»-φάρμακα για καρκίνους και σοβαρά νευρολογικά νοσήματα.²⁴

Ανάλογα με τη σύνθεσή τους τα εν λόγω εμβόλια κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες:

- 1) Τα mRNA εμβόλια των εταιρειών (Pfizer και Moderna), και
- 2) Τα cDNA εμβόλια των (Astra Zeneca, και Janssen με φορέα έναν τροποποιημένο αδενοϊό).

Και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για εμβόλια κατασκευασμένα με γενετικό υλικό mRNA και DNA, το οποίο μεταφερόμενο στα κύτταρα δίνει εντολή για την παραγωγή από αυτά της πρωτεΐνης (S) της ακίδας, τμήματος του ιού. Στη συνέχεια η πρωτεΐνη απελευθερούμενη από τα κύτταρα λειτουργεί σαν αντιγόνο για την παρασκευή αντισωμάτων (τεχνητής ανοσίας). Τα mRNA εμβόλια κατασκευάζονται από τεχνητό αντίγραφο τμήματος mRNA του ιού που φέρει τον κώδικα της πρωτεΐνης (S) της ακίδας (spike) προστατευμένο μέσα σε νανοσωματίδια λιπιδίων, τεχνολογία καινούργια για χρήση σε φάρμακα.²⁵

Η άδεια που δόθηκε και στα τέσσερα εμβόλια είναι προσωρινή, κατά παρέκκλιση και υπό όρους οι οποίοι καταγράφονται στην έκθεση και συνεχίζουν να αποτελούν

²⁴ Pardi N., Hogan M., Porter Fr. & D. Weissman (2018), “mRNA vaccines – a new era in vaccinology”, *Nature Reviews* Volume 17 Απριλίου 2018.

²⁵ https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf, σελ. 22.

αντικείμενο μελετών που εκτείνονται μέχρι το 2014. Από τον FDA (Οργανισμό Ελέγχου Φαρμάκων και Τροφίμων) των ΗΠΑ η άδεια χαρακτηρίζεται ως «CMA» («Conditional Marketing Authorization»), δηλαδή άδεια υπό προϋποθέσεις. Από τον EMA, τον αντίστοιχο οργανισμό της ΕΕ, χαρακτηρίζεται ως «EUA» («Emergency Use Authorization»), δηλαδή χρήση για επείγουσα ανάγκη.

5b. Ποια είναι η αποτελεσματικότητα αυτών των εμβολίων; Συμπερασματικά, η έκθεση αξιολόγησης του EMA για το εμβόλιο της Pfizer-BioNTech στο κεφάλαιο 2.5.4, σελ. 97, αναφέρει: «Στη μελέτη φάσης 3 έλαβαν μέρος 36.621 άτομα. Από αυτά, 18.242 πήραν το φάρμακο και 18.379 placebo. Έλαβαν μέρος και δύο μικρές ομάδες εφήβων, 27 παιδιά 12-15 ετών και 107 παιδιά 16-17 ετών, από τα οποία δεν νόσησε κανένα, ούτε από την ομάδα που εμβολιάστηκε ούτε από την ομάδα ελέγχου, οπότε δεν ήταν δυνατόν να βγουν συμπεράσματα από αυτή την υποομάδα. Δεδομένα ανοσολογικής απάντησης δεν είναι διαθέσιμα. Δεν έλαβαν μέρος ανοσοκατεσταλμένα άτομα, έγκυοι και θηλάζουσες μητέρες, συνεπώς δεν έχουμε δεδομένα για αυτές τις ομάδες όπως και για τα παιδιά.

Καλή αποτελεσματικότητα 95% στη πρόληψη συμπτωματικού Covid-19 σε όλες τις υποομάδες που συμμετείχαν. Είναι πιθανόν επίσης ότι προστατεύει από τη σοβαρή νόσο, αν και περιστατικά σοβαρής νόσου ήταν σπάνια στη μελέτη και δεν μπορούν να βγουν στατιστικά συμπεράσματα από αυτήν. Δεν είναι γνωστό αν το εμβόλιο είναι προστατευτικό έναντι της ασυμπτωματικής νόσου, ούτε αν εμποδίζει στη μετάδοση του ιού».²⁶ Η διάρκεια της προστασίας είναι άγνωστη.

Μετάδοση του ιού από εμβολιασμένους: «Η πιλοτική μελέτη δεν ήταν σχεδιασμένη έτσι ώστε να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα του εμβολίου ενάντια στη μετάδοση του Covid-19 από άτομα τα οποία θα μολύνονταν μετά τον εμβολιασμό. Η αποτελεσματικότητα του εμβολίου στην πρόληψη της διάχυσης και μετάδοσης του Covid-19, συγκεκριμένα από άτομα με ασυμπτωματική μόλυνση, μπορεί να

²⁶ https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf, κεφάλαιο 2.5.4, σελ. 97.

αξιολογηθεί μόνο μετά την έγκριση του εμβολίου στο πλαίσιο επιδημιολογικών ή ειδικών κλινικών μελετών».²⁷

Στην έκθεση του FDA σχετικά με την προστασία από σοβαρή νόσηση αναφέρεται ότι «απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με υψηλό κίνδυνο νόσησης από Covid-19 και υψηλότερα ποσοστά προσβολής για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα έναντι της σοβαρής νόσου και της θνητότητας».

Μετά την πλατιά εφαρμογή των εμβολιασμών βλέπουμε ότι σημαντικός αριθμός εμβολιασμένων νοσεί με Covid-19 ή χρειάζεται νοσοκομειακή περίθαλψη ή ακόμη κι εντατική νοσηλεία. Δηλώσεις συνδικαλιστικών στελεχών των νοσοκομειακών γιατρών το επιβεβαιώνουν. Δημοσιεύσεις στον ημερήσιο εγχώριο και ξένο τύπο αναφέρονται επίσης στο γεγονός της νόσησης σημαντικού αριθμού εμβολιασμένων.²⁸ Σημαντικό είναι να γνωρίζουμε αυτά τα στοιχεία, διότι δεν έχει ολοκληρωθεί η εκτίμηση του εμβολίου και αποτελούν κατά τον VAERS (Vaccination Adverse Effect System) στοιχεία της φαρμακοεπαγρύπνησης.²⁹

5c. Το σημαντικότερο: τί γνωρίζουμε για την ασφάλεια των εμβολίων; Γενικά, η απαίτηση για ασφάλεια στα εμβόλια είναι πολύ υψηλότερη από ό,τι στα φάρμακα, διότι *απευθύνονται σε μεγάλους πληθυσμούς υγιών ανθρώπων για να τους προφυλάξουν από πιθανή νόσηση.* Συνεπώς η πρόκληση βλάβης από παρενέργεια δεν γίνεται αποδεκτή, πρώτον διότι θα αφορά μεγάλο αριθμό ανθρώπων και, σε ατομικό επίπεδο, όποιος την υποστεί θα έχει μόνο κόστος και κανένα όφελος.

Οι κλινικές μελέτες των εμβολίων για τον Covid-19 έχουν διάρκεια μόνο λίγους μήνες, ενώ τα κανονικά εμβόλια ερευνούνταν από τρία έως και πάνω από δέκα χρόνια. Λέγεται ως αντεπιχείρημα ότι έχουν γίνει πλέον σε δεκάδες εκατομμύρια

²⁷ https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf, κεφάλαιο 3.3, σελ. 132.

²⁸ <https://www.independent.co.uk/news/health/coronavirus-hospitals-nhs-england-data-b1862804.html>, https://www.pronews.gr/ygeia/994467_sok-stin-vretania-emvoliasmenoi-pliros-ena-trito-oston-nosisan-me-ti-metallaxi-d

²⁹ <https://vaers.hhs.gov/faq.html>

ανθρώπους και άρα πρέπει να νιώθουμε ασφαλείς. Δεν υπάρχει όμως ομάδα control για να βγουν τεκμηριωμένα συμπεράσματα.

Υπάρχει, μας λένε, η κίτρινη κάρτα για καταγραφή των παρενεργειών. Στην κάρτα όμως μπορεί να καταχωρηθούν άμεσες ή βραχυπρόθεσμα εμφανιζόμενες παρενέργειες. Πώς θα σχετιστούν με το εμβόλιο προβλήματα υγείας που ενδέχεται να προκύψουν στο απώτερο μέλλον σε όσους εμβολιάζονται, και πώς θα αξιολογηθούν σαν παρενέργειες του εμβολίου χωρίς control group;

Στην Ελλάδα, ωστόσο, ακόμη και η ενημέρωση της κίτρινης κάρτας είναι ελλιπής. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις γιατρών σε εμβολιαστικά κέντρα που δεν γνωρίζουν καν την ύπαρξή της!

Τα θέματα που αφορούν την ασφάλεια γενικά των εμβολίων και αποτελούν αντικείμενο συζήτησης και αντιπαράθεσης είναι τα εξής:

- 1) Εάν οι πρωτεΐνες της ακίδας που παράγονται μετά τον εμβολιασμό και εισέρχονται στη κυκλοφορία του αίματος είναι παθογόνες και προκαλούν βλάβες. Εάν είναι, τότε μπορεί να σχετίζονται με τις θρομβώσεις που έχουν καταγραφεί. Οι θρομβώσεις και η ΔΕΠ (Διάχυτη Ενδοαγγειακή Πήξη) σε νεαρά άτομα μετά από τα εμβόλια Astra Zeneca και Janssen είναι ίσως η κορυφή του παγόβουνου. Πώς μπορούμε να αποκλείσουμε την δημιουργία μικροθρομβωτικών επεισοδίων χωρίς ανησυχητική κλινική εικόνα, τα οποία ως εκ τούτου διαφεύγουν, ή άλλα που η κλινική τους εικόνα συγγέεται με άλλες νόσους;³⁰ Τα περιστατικά αυτά υποχρέωσαν τις περισσότερες χώρες της ΕΕ να σταματήσουν τη χρήση του εμβολίου στις νεώτερες ηλικίες και να το χορηγούν μόνο στους άνω των 60 ετών, ή ακόμη και να το αποσύρουν εντελώς (π.χ. Δανία).³¹

³⁰ Rebuttal Letter to European Medicines Agency from Doctors for Covid Ethics, 1 Απριλίου 2021.

³¹ <https://www.bbc.com/news/world-europe-56744474>

2) Εάν τα εμβόλια είναι επαρκώς ελεγμένα με τις μέχρι σήμερα μελέτες για την πιθανότητα να προκαλέσουν vaccination antibody dependent enhancement (VADE).³²

3) Εάν τα περιστατικά περικαρδίτιδας και μυοκαρδίτιδας που εμφάνισαν νεαρά κυρίως άτομα μετά τον εμβολιασμό σχετίζονται με τα εμβόλια. Έχουν καταγραφεί 275 περιστατικά στο Ισραήλ³³, 475 στο σύστημα VAERS των ΗΠΑ σε νέους κάτω των 30 ετών³⁴ και 25-27 περιστατικά στην Ελλάδα, στα οποία αναφέρθηκε η κ. Παπαευαγγέλου, μέλος της επιτροπής εμπειρογνομόνων, στις 15-6-21.³⁵ Άρθρο στο *Medscape Pediatrics* που δημοσιεύτηκε στις 10-6-2021 αναφέρει την ύπαρξη περισσότερων αποδείξεων συσχέτισης των παρατηρούμενων αυξημένων περιστατικών μυοκαρδίτιδας και περικαρδίτιδας σε νέους με τον εμβολιασμό με mRNA εμβόλια.³⁶

5d. Είναι τα εμβόλια ασφαλή για εγκύους και θηλάζουσες; «Μελέτες σε ζώα δεν έδειξαν βλαπτικές επιδράσεις στην κύηση, ωστόσο τα δεδομένα χρήσης του εμβολίου σε ανθρώπους είναι πολύ περιορισμένα. Αν και δεν υπάρχουν μελέτες για θηλάζουσες, δεν αναμένονται βλαπτικές επιδράσεις από το θηλασμό εμβολιασμένων μητέρων στα βρέφη. Η σύσταση για τον εμβολιασμό πρέπει να δίνεται από τον θεράποντα αξιολογώντας κόστος-όφελος για έμβρυο και μητέρα».³⁷

³² Rebuttal Letter, όπ.π.· https://www.ema.europa.eu/en/documents/rmp-summary/comirnaty-epar-risk-management-plan_en.pdf, σελ. 11.

³³ <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccines-update-ongoing-evaluation-myocarditis-pericarditis>

³⁴ https://www.medscape.com/viewarticle/952905?src=WNL_mdpls_210615_mscpedit_peds&uac=137245PV&spon=9&impID=3444996&faf=1.

³⁵ https://www.pronews.gr/ygeia/994969_episimi-epivevaiosi-ereynoyme-peristatika-myokarditidas-meta-apo-mrna-emvolio-stin

³⁶ https://www.medscape.com/viewarticle/952905?src=WNL_mdpls_210615_mscpedit_peds&uac=137245PV&spon=9&impID=3444996&faf=1

³⁷ <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>

Στα λίγα περιστατικά εγκυμοσύνης που τυχαία προέκυψαν σε γυναίκες της μελέτης γνωρίζουμε ότι δεν υπήρξαν αποβολές και εμφανείς συγγενείς ανωμαλίες.³⁸ Δεν ξέρουμε όμως τίποτε σχετικά με επιπτώσεις στην ανάπτυξη και υγεία του παιδιού. Δεδομένα για αυτά θα προκύψουν μετά από χρόνια.

5e. Τί ισχύει όσον αφορά τα παιδιά; Από την παρακολούθηση αυτούς τους 3-4 μήνες της ομάδας των 2.000 έφηβων που προστέθηκε μετά την αδειοδότηση του εμβολίου, στη μελέτη αναφέρεται ότι δεν εμφάνισαν ιδιαίτερες παρενέργειες σε σχέση με τους ενήλικες. Τί γνωρίζουμε όμως σχετικά με μακροπρόθεσμες παρενέργειες, οι οποίες γι' αυτή την ομάδα όπως και των νεαρών ενηλίκων είναι σημαντικότερες; Δεν γνωρίζουμε τίποτε. Πώς θα αξιολογήσουμε κόστος-όφελος για τα παιδιά και εφήβους; Είναι γνωστό και μη αμφισβητήσιμο μέχρι σήμερα ότι τα παιδιά δεν νοσούν σοβαρά από τον Covid-19 και η θνητότητα είναι σχεδόν μηδενική.

	Population	All-cause deaths*		COVID-19 deaths†		COVID-19 deaths as percentage of all-cause deaths, %
		n	per 100 000	n	per 100 000	
USA						
0-4 years	19 810 275	23 844	120.36	67	0.34	0.28%
5-14 years	41 075 169	4 990	12.15	67	0.16	1.34%
UK						
0-9 years	8 052 552	3 793	47.10	7	0.09	0.19%
10-19 years	7 528 144	1 109	14.73	22	0.29	1.98%
Italy						
0-9 years	5 090 482	1 569	30.83	8	0.16	0.51%
10-19 years	5 768 874	772	13.38	10	0.17	1.30%
Germany						
0-9 years	7 588 635	2 782	36.66	9	0.12	0.32%
10-19 years	7 705 657	1 249	16.21	4	0.05	0.32%
Spain						
0-9 years	4 370 858	1 369	31.31	8	0.18	0.58%
10-19 years	4 883 447	532	10.89	18	0.37	3.39%
France						
0-9 years	7 755 755	2 916	37.60	7	0.09	0.24%
10-19 years	8 328 988	1 068	12.82	4	0.05	0.38%
South Korea						
0-9 years	4 148 654	1 519	36.61	0	0.00	0
10-19 years	4 940 455	814	16.48	0	0.00	0
Total	137 047 945	48 326	35.26	231	0.17	0.48%

The sources of these data are provided in the appendix (p 2). *Includes all deaths from approximately March 1, 2020, to Feb 1, 2021. †Includes all COVID-19 deaths reported from the start of the pandemic up to Feb 3, 2021 (USA), Jan 29, 2021 (UK), Jan 20, 2021 (Italy), Feb 9, 2021 (Germany), Feb 10, 2021 (Spain), Feb 11, 2021 (France), or Feb 3, 2021 (South Korea).

Table: Age-specific data for seven countries showing estimated all-cause deaths compared with COVID-19 deaths

³⁸ Ο.π.

Ο παραπάνω πίνακας (Bhopal, Bagaria, Olabi, Bhopal, 2021) περιλαμβάνει τους θανάτους παιδιών και εφήβων σε επτά χώρες από την αρχή της επιδημίας μέχρι το Φεβρουάριο του 2021.

Πόσο ορθολογικό είναι να εμβολιάσουμε μαζικά μια ομάδα πληθυσμού η οποία δεν διατρέχει κίνδυνο, με ένα εμβόλιο που είναι σε πειραματικό στάδιο και δεν γνωρίζουμε τίποτε για τη μακρόχρονη δράση του; Το επιχείρημα του «τείχους ανοσίας» είναι έωλο εφόσον δεν έχει αποδειχθεί από τις έρευνες ότι το εμβόλιο εμποδίζει τη μετάδοση του ιού (βλ. 5b). Ακόμη όμως κι αν την εμπόδιζε, ποιος γονιός ή παππούς θα έβαζε σε προτεραιότητα τη δική του ασφάλεια έναντι εκείνης των παιδιών ή των εγγονιών του;

Με τα δεδομένα αυτά το εμβόλιο δεν μπορεί να είναι η πανάκεια για την αντιμετώπιση του ιού, ούτε πολύ περισσότερο μπορεί να χτίσει το υποτιθέμενο «τείχος ανοσίας». Είναι μόνο πιθανό η ορθολογική χρήση του με *εξατομικευμένη στάθμιση* κόστους-οφέλους να συμβάλει *επικουρικά* στην αντιμετώπιση του ιού.

5f. Τελευταία νέα: στις ΗΠΑ, μέχρι τον Ιούλιο 2021, έχουν επίσημα καταγραφεί χιλιάδες θάνατοι και δεκάδες χιλιάδες άλλες βαριές παρενέργειες από τα εμβόλια για τον Covid-19.³⁹ Βρετανική έκθεση της Evidence Based Medicine Consultancy, εταιρείας που αποτελεί και έναν από τους συμβούλους της κυβέρνησης Τζόνσον στην Βρετανία, συνιστά να σταματήσουν οι εμβολιασμοί *χτες*. Η έκθεση απευθύνεται στον MHRA, τον ΕΟΦ της Βρετανίας, και καταλήγει: «Το MHRA έχει πλέον περισσότερα από αρκετά στοιχεία στο σύστημα Κίτρινης Κάρτας για να κηρύξει τα εμβόλια Covid-19 μη ασφαλή για χρήση σε ανθρώπους. Πρέπει να γίνει προετοιμασία για την αύξηση των ανθρωπιστικών προσπαθειών ώστε να βοηθήσουν εκείνους που έχουν πληγεί από τα εμβόλια Covid-19 και για την πρόβλεψη και βελτίωση των μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπτώσεων. Καθώς ο μηχανισμός για βλάβες από τα εμβόλια φαίνεται να είναι παρόμοιος με τον ίδιο τον Covid-19, αυτό

³⁹ Στοιχεία μπορεί να βρει κανείς σε αυτή τη βάση δεδομένων: <https://vaers.hhs.gov/data.html>.

περιλαμβάνει τη συμμετοχή πολλών διεθνών ιατρών κι επιστημόνων με εμπειρία στην επιτυχή θεραπεία του Covid-19».⁴⁰

⁴⁰ [Yellow Card scheme for adverse events does not suggest any new side effects of COVID-19 vaccines](#)

ΤΟ ΝΟΜΙΚΟ ΘΕΜΑ ΤΗΣ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

6a.Ο κανόνας της ενημερωμένης συναίνεσης σε ιατρική πράξη. Στον χώρο της ιατρικής επιστήμης κυριαρχεί ως υπέρτατη αρχή το αδιαπραγμάτευτο και πανανθρώπινο αξίωμα σύμφωνα με το οποίο «η βούληση του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος» (*voluntas aegroti suprema lex*). Αυτός ο κανόνας αποτυπώνεται με σαφήνεια τόσο στην εγχώρια όσο και στην διεθνή έννομη τάξη, και είναι καθολικός και απόλυτος: «Ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή» (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Ν.3418/2005, άρθρο 12 §1). Η μόνη εξαίρεση σε αυτό είναι οι κατεπείγουσες περιπτώσεις (άμεσος κίνδυνος για τη ζωή) και η αυτοκτονία (§ 3).

Η αρχή αυτή της συναίνεσης δεν έχει εξαίρεση σε κανένα νομικό κείμενο, και φυσικά ισχύει και για τα παιδιά – όπου τη συναίνεση την δίνει ο γονιός. Το ζήτημα αυτό έχει απασχολήσει και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, σχετικά με την απαίτηση προσκόμισης βιβλιαρίου εμβολιασμού κατά την εγγραφή στο σχολείο. Στη σύσταση⁴¹ της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής τον Μάιο του 2015 διαβάζουμε: «Η Επιτροπή κρίνει, ειδικότερα, ότι η παρακολούθηση του προγράμματος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης δεν μπορεί να εξαρτάται από τον όρο εμβολιασμού, αφού τότε η συμμόρφωση προς μια δημόσια υποχρέωση θα προϋπέθετε την παραίτηση από την άσκηση θεμελιώδους δικαιώματος». Για το ίδιο θέμα έχει αποφανθεί και ο Συνήγορος του Παιδιού το 2013 κρίνοντας τον υποχρεωτικό εμβολιασμό ως προϋπόθεση εγγραφής στο σχολείο αντισυνταγματικό⁴².

Η μέριμνα για τη μη υποβολή των πολιτών σε υποχρεωτικές ιατρικές πράξεις δεν είναι νομοθετικά και κοινωνικά ξεπερασμένη: σχετική διάταξη έρχεται να επιβεβαιώσει την ισχύ της το 2018, ενόσω είχαν ήδη εκδηλωθεί προβληματισμοί για τις παγκόσμιες επιδημίες: «οποιαδήποτε απόφαση αντίθετη με τις διατάξεις του Ν.

41

bioethics.gr/images/pdf/GNOMES/RECOMMENDATION_Immunization_In_Children_Final_GR.pdf

42 <file:///C:/Users/nelly/AppData/Local/Temp/synigoros2013.pdf>

3418/2005 [Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας] είναι άκυρη. Αν στη λήψη των αποφάσεων αυτών έχουν συμμετάσχει ιατροί, υπέχουν πειθαρχικές ευθύνες» (Ν. 4512/2018, άρθρο 338).

Το Σύνταγμα της Ελλάδος υπερασπίζεται με θετικό τρόπο τόσο το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση των πολιτών όσο και την ατομική και δημόσια υγεία. Ειδικότερα το δικαίωμα στην υγεία αποτυπώνεται σε δύο άρθρα του Συντάγματος. Άρθρο 5 §5: «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων». Άρθρο 21 §3: «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Αυτό το άρθρο αφορά την υποχρέωση του Κράτους να παρέχει στους πολίτες του όλα όσα προβλέπονται σε ένα σύγχρονο και δημοκρατικό κράτος προκειμένου να μεριμνούν οι ίδιοι για την υγεία τους, πρόκειται δηλαδή για μία θετική μέριμνα και όχι για διατάξεις που νομιμοποιούν τον περιορισμό άλλων δικαιωμάτων των πολιτών, και μάλιστα θεμελιωδών.

Σε διεθνές επίπεδο, όλα τα ανωτέρω θεμελιώνονται με τον πιο κατηγορηματικό τρόπο. Καταρχάς, η Σύμβαση Οβιέδο (πλήρης τίτλος: Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής), η οποία κυρώθηκε από την Ελληνική Πολιτεία με τον Ν. 2619/1998 (ΦΕΚ Α' 132) κι έχει την υπερνομοθετική ισχύ που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, προβλέπει ότι: «Επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνον αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του, κατόπιν προηγούμενης σχετικής ενημέρωσής του» (άρθρο 5).

Τα ίδια προβλέπει και η Παγκόσμια Διακήρυξη για τη Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα της UNESCO, που μάλιστα αναφέρει ότι η συναίνεση κοινότητας ή/και του αρχηγού της δεν υποκαθιστά την ατομική συναίνεση (άρθρο 6 §3). Ομοίως και στην Διακήρυξη της Λισσαβόνας, που εκδόθηκε από την Παγκόσμια Ιατρική Ένωση, αλλά και στον Κώδικα της Νυρεμβέργης που περιλαμβάνει ένα σύνολο αρχών και κανόνων ηθικής ιατρικής δεοντολογίας, ο οποίος έχει ενσωματωθεί στο άρθρο 7 του

Διεθνούς Συμφώνου των Ηνωμένων Εθνών για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα και έχει κυρωθεί από την Ελληνική Πολιτεία με τον νόμο 2462/1997.

6b. Ανθρώπινα δικαιώματα και ιατρικές παρεμβάσεις. Το Σύνταγμα της Ελλάδος θεσπίζει στο άρθρο 2 §1: «Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας». Πρόκειται για μία από τις τρεις βασικές διατάξεις με τις οποίες ξεκινά, και δεν ορίζει καμία εξαίρεση ή προϋπόθεση που να την θέτει υπό αίρεση. Αλλά και στη Σύμβαση Οβιέδο αναφέρεται στο άρθρο 1 ότι, «τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και ταυτότητα όλων των ανθρώπινων όντων και θα εγγυηθούν σε όλους, χωρίς διακρίσεις, τον σεβασμό της ακεραιότητας και άλλα δικαιώματα και θεμελιώδεις ελευθερίες σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής». Η προτεραιότητα του ανθρώπου στο πλαίσιο της ανάπτυξης της ιατρικής και της έρευνας αναδεικνύεται με τον πιο απόλυτο τρόπο στο άρθρο 2: «τα συμφέροντα και η ευημερία του ανθρώπου υπερέχουν έναντι αυτών της κοινωνίας και της επιστήμης»!

Η θεμελίωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο εποχή αποτελεί ρητή δέσμευση των κοινωνιών ότι δεν θα αφήσουν να επαναληφθεί η θηριωδία κατά του πολιτισμού και η αποκτήνωση του ανθρώπου. Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης αντανakλά ακριβώς αυτό το μεταίχμιο: τη μετάβαση από τον Πόλεμο στην Ειρήνη, από τη χρήση των ανθρώπων ως πειραματόζωα, στον απόλυτο σεβασμό της ζωής, της αξιοπρέπειας και της αυτοδιάθεσης.

6c. Συμμετοχή σε πείραμα. Επιπροσθέτως των παραπάνω, που αφορούν τα εμβόλια καθώς και κάθε ιατρική πράξη —όπου ιατρική πράξη θεωρείται κάθε πράξη σχετική με την υγεία, όπως οι διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις, ακόμη και η συνταγογράφηση (άρθρο 1, § 1,2,3 του Ν. 3418/2005)— επιπλέον λόγοι συνηγορούν κατά της υποχρεωτικής διάθεσης των εμβολίων για την Covid-19 συγκεκριμένα. Όλοι οι νόμοι και διατάξεις που αναφέραμε ήδη ορίζουν επιπροσθέτως τους όρους και τις προϋποθέσεις της συμμετοχής ανθρώπων σε ιατρικές έρευνες και πειράματα. Προφανώς στους όρους αυτούς αναφέρεται η ενημερωμένη συναίνεση. Πέραν της συναίνεσης, όμως, υπάρχουν αυστηροί όροι για τη συμμετοχή ανθρώπων σε ιατρικά πειράματα, όπως για παράδειγμα την προηγούμενη επαρκή μελέτη σε ζώα.

Τα εμβόλια για την Covid-19 εμπίπτουν ακριβώς σε αυτή την κατηγορία: εμβόλια που πήραν «άδεια υπό προϋποθέσεις» και «άδεια επείγουσας/έκτακτης χρήσης» στην ΕΕ και στις ΗΠΑ αντίστοιχα (Conditional Marketing Authorization και Emergency Use Authorization). Στην ιστοσελίδα⁴³ της Pfizer, για παράδειγμα, αυτό δηλώνεται με σαφήνεια, ενώ υπάρχει και παραπομπή σε ενημερωτικό δελτίο⁴⁴ σχετικά με το τί σημαίνει επείγουσα αδειοδότηση: σημαίνει ότι το εμβόλιο «δεν θεωρείται εγκεκριμένο, η χρήση του είναι ερευνητική και η αποτελεσματικότητα και ασφάλειά του δεν έχουν θεμελιωθεί!» Με απλά λόγια, και με τον πιο επίσημο τρόπο, τα εμβόλια αυτά θεωρούνται πειραματικά, και οι επίσημες μελέτες τους εκτιμάται⁴⁵ από τις εταιρείες ότι θα ολοκληρωθούν το 2023.

Η ιδιαιτερότητα αυτών των εμβολίων είναι προφανώς ότι είναι καινούργια, αφορούν νέα ασθένεια για την οποία ακόμα η επιστήμη μαθαίνει, είναι αδοκίμαστα και οι κατεπείγουσες διαδικασίες έγκρισής τους —όπου εγκρίθηκαν— αφήνουν ενδεχόμενα κενά ασφαλείας. Μάλιστα, τα διαθέσιμα στην Ελλάδα εμβόλια χρησιμοποιούν τη νέα τεχνολογία mRNA, μια νέα τεχνολογία που ως τέτοια δεν έχει εφαρμοστεί ξανά σε ανθρώπινα εμβόλια ώστε να είναι αναμενόμενες οι όποιες παρενέργειες θα έχουν και να έχουν εκτιμηθεί σωστά ως ανεκτές ή μη. Κατ' αυτή την έννοια, όσοι εμβολιαστούν με αυτά, συμμετέχουν σε μία εν εξελίξει ερευνητική φάση πάνω σε μια εν πολλοίς ανεφάρμοστη τεχνολογία για έναν καινούργιο ιό.

Κι εδώ εμπίπτει μια πρόσθετη και εξίσου σημαντική παράμετρος ενάντια σε κάθε υποχρεωτικότητα προς εμβολιασμό: η μη-συναινετική συμμετοχή πολιτών σε ιατρικές έρευνες και πειράματα απαγορεύεται ρητώς. Το εμβόλιο για τον Sars-CoV-2 ειδικότερα εμπίπτει σε αυτή την κατηγορία: *τυχόν εξαναγκασμός των πολιτών με οποιονδήποτε τρόπο (νομική υποχρέωση, εκβιασμός, απάτη) να εμβολιαστούν μαζικά με ένα εμβόλιο σε πειραματική φάση τους καθιστά πειραματοζώα*. Η απαγόρευση αυτή αποτελεί κατάκτηση των λαών μετά τα εγκλήματα των ναζί και τα πειράματα σε ανθρώπους που διενεργήθηκαν σε μαζική κλίμακα. Όπως προείπαμε, ο Κώδικας της

⁴³ https://www.pfizer.com/science/coronavirus?fbclid=IwAR2vfz-NL_jZ1K4yKn2PaHmFm-tBbyqImL05t52KH-J3SWaxQnPFz-xtU4

⁴⁴ <https://www.cvdvaccine.com/>

⁴⁵ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>

Νυρεμβέργης θεσπίστηκε ως αποτέλεσμα της περιβόητης Δίκης των Ιατρών, όπου δικάστηκαν γιατροί οι οποίοι συμμετείχαν σε πειράματα πάνω σε ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων αναγκαστικών στείρωσεων περίπου 3,5 εκατομμυρίων Γερμανών και Γερμανίδων που διενεργήθηκαν από το Γ΄ Ράιχ και τους συνεργάτες του.

Είναι προφανές ότι το παραπάνω επιχείρημα περί πειραματικότητας είναι απλώς πρόσθετο: η υποχρέωση σε ιατρική πράξη απαγορεύεται ούτως ή άλλως. Όμως, ακριβώς λόγω του πειραματικού χαρακτήρα των εν λόγω εμβολίων, όχι απλώς θα έπρεπε εξ αρχής να μην έχει επιτραπεί καμία επίσημη τοποθέτηση περί υποχρεωτικότητας, αλλά και θα έπρεπε να έχει υπάρξει θεσμική παρέμβαση για το γεγονός ότι στους πολίτες δεν έχει παρασχεθεί καμία επίσημη ενημέρωση για τη συμμετοχή τους σε πειραματική φάση ενός ιατρικού σκευάσματος. Στα εμβολιαστικά κέντρα, για παράδειγμα, δεν γίνεται σχετική ενημέρωση σε όσους προσέρχονται να εμβολιαστούν.

Επίσης, για κάθε ιατρικό σκεύασμα υπάρχει η Κίτρινη Κάρτα, δηλαδή μια διαδικασία καταγραφής των παρενεργειών. Αυτή πραγματοποιείται σε κάθε χώρα και οφείλει να γίνεται για κάθε ιατρικό σκεύασμα, πόσο μάλλον για σκευάσματα που δεν πληρούν ακόμη τις προϋποθέσεις πλήρους αδειοδότησης: η καταγραφή των παρενεργειών είναι ουσιώδης για τον έλεγχο της ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των εμβολίων. Στην Ελλάδα, οι εμβολιασθέντες δεν ενημερώνονται για την υποχρέωσή τους αυτή, αλλά δεν το γνωρίζουν και αρκετοί ιατροί και νοσηλευτές: στα εμβολιαστικά κέντρα δεν έχει δοθεί κεντρική οδηγία από το Υπουργείο Υγείας για το τόσο σημαντικό αυτό ζήτημα, ενώ αντιθέτως παρατηρείται και καταγγέλεται ήδη από συνανθρώπους μας ότι, όταν αναφέρονται στους ιατρούς στα νοσοκομεία σοβαρές παρενέργειες που είχαν, αυτοί σπεύδουν να τους πουν ότι «δεν οφείλεται στο εμβόλιο». Φαίνεται, δηλαδή, πως υπάρχει μια κεντρική (και άτυπη υποθέτουμε) οδηγία να μην καταγράφονται οι παρενέργειες, παρά την οφειλόμενη οδηγία τής υποχρεωτικής καταγραφής των πάντων. Αυτή η επικίνδυνη για τη δημόσια υγεία κατάσταση οδήγησε τον καθηγητή Παθολογίας-Ανοσολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ Παναγιώτη Βλαχογιαννόπουλο στην παραίτησή του από την Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, καταγγέλλοντας ότι «η Επιτροπή αυτή δεν έχει το θάρρος να αναδείξει πιθανά προβλήματα των εμβολίων».

Η διαδικασία καταγραφής τυχόν παρενεργειών γίνεται παγκοσμίως ως εξής: όλες ανεξαιρέτως οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις, ανεξαρτήτου σοβαρότητας, οφείλουν να καταγράφονται στην Κίτρινη Κάρτα, χωρίς προηγούμενη εξέταση περί συσχετισμού με τον εμβολιασμό. Αυτό γίνεται επειδή είναι εξαιρετικά δύσκολο να αποδοθεί με βεβαιότητα η αιτιώδης συνάφεια της δράσης ενός φαρμάκου με ένα συμβάν. Έτσι, η λεπτομερής καταγραφή κάθε παρενέργειας, σε όλη τη χώρα και παγκοσμίως, συνθέτει μια συλλογή δεδομένων που αξιοποιούνται μέσω της στατιστικής: αν μετά από εύλογο χρονικό διάστημα παρατηρηθεί η ίδια παρενέργεια και σε άλλους ανθρώπους, τότε αυτή καταγράφεται ως παρενέργεια του εμβολίου. Η σπουδή πολλών γιατρών να δηλώσουν αν κάτι οφείλεται ή δεν οφείλεται στον εμβολιασμό είναι μια εκτίμηση η οποία δεν μπορεί να παρακάμπτει την επίσημη διαδικασία φαρμακοεπαγρύπνησης.

6d. Προστασία του Γονιδιώματος. Μια πρόσθετη παράμετρος του ζητήματος αφορά το ανθρώπινο γονιδίωμα. Τα mRNA εμβόλια αποτελούνται από τεχνητό αντίγραφο τμήματος mRNA του ιού που φέρει τον κώδικα της πρωτεΐνης (S) της ακίδας (spike) προστατευμένο μέσα σε νανοσωματίδιο. Από το σημείο του εμβολιασμού μπαίνει στην κυκλοφορία του αίματος και μέσω αυτής προσλαμβάνεται από τα κύτταρα του οργανισμού, στα οποία δίνει την εντολή να παραγάγουν την πρωτεϊνική ακίδα. Δηλαδή τα κύτταρα του καθενός μας παρασκευάζουν το αντιγόνο εναντίον του οποίου πρέπει να κινηθεί το ανοσοποιητικό σύστημα για να παραγάγει αντισώματα. Όπως διαπιστώνουμε, η διαφορά των κλασικών εμβολίων και των καινούργιων είναι πολύ μεγάλη. Τα κλασικά εμβόλια περιέχουν έτοιμο τον δραστικό παράγοντα (αντιγόνο) στη δοσολογία που από την έρευνα έχει προσδιοριστεί ως αποτελεσματική και ασφαλής, ενώ με τα mRNA εμβόλια τα κύτταρα μας γίνονται το εργαστήριο παραγωγής της πρωτεΐνης της ακίδας (αντιγόνου). Η ποσότητα του αντιγόνου που παράγεται από τα κύτταρα του κάθε οργανισμού με αυτόν τον τρόπο δε μπορεί να είναι σταθερή ποσοτικά διότι εξαρτάται και από το εργαστήριο (κύτταρο).

Οι υπέρμαχοι αυτού του τύπου εμβολίου καθησυχάζουν ότι το mRNA δεν μπαίνει στον πυρήνα του ανθρώπινου κυττάρου, όπου βρίσκεται το DNA μας, και πως το mRNA αποδομείται αφού συναρμολογηθεί μέσα στο κύτταρο η πρωτεϊνική δομή. Όμως οι παραπάνω διαβεβαιώσεις δεν έχουν αποδειχτεί κλινικά και με επάρκεια, ενώ

ούτε σε θεωρητικό ή πειραματικό επίπεδο φαίνεται να υπάρχουν οι σχετικές εγγυήσεις προκειμένου να ξεκινήσει η μαζική χορήγηση στον πληθυσμό. Το mRNA δεν είναι κάτι ξεχωριστό από το DNA αλλά ένα κομμάτι του, ή καλύτερα ένα αντίγραφο μέρους του, που φεύγει από το DNA και πάει να δώσει εντολή (εκ μέρους του DNA) προκειμένου το κύτταρο να αρχίσει την παραγωγή κάποιας πρωτεΐνης. Σύμφωνα με κορυφαίους επιστήμονες, η αντίστροφη πορεία, δηλαδή από το RNA στο DNA, είναι δυνατόν να συμβεί σε ορισμένες περιστάσεις, ειδικά επειδή τα ανθρώπινα κύτταρα περιέχουν τους λεγόμενους *ενδογενείς ρετροϊούς* στο DNA μας που μπορούν να παραγάγουν ένα ένζυμο (την «αντίστροφη μεταγραφάση») που έχει την ικανότητα να εγγράψει με αντίστροφη φορά. Σε αυτή την περίπτωση μπορούμε να έχουμε επέμβαση στο DNA από το mRNA. Μάλιστα, πρόσφατη έρευνα (αφότου ξεκίνησαν οι εμβολιασμοί) έχει καταδείξει⁴⁶ ότι αυτή η αντίστροφη μεταγραφή είναι πράγματι δυνατή. Υπάρχουν όμως και πρόσθετα ζητήματα. Για παράδειγμα, κάποια από αυτά τα εμβόλια χρησιμοποιούν γενετικά τροποποιημένους οργανισμούς, κάτι που απαιτεί μακροχρόνια περιβαλλοντική μελέτη των επιπτώσεων, σύμφωνα με τον ίδιον τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων, η οποία φυσικά δεν έχει γίνει.

Όπως γνωρίζουμε, το γενετικό υλικό κάθε οργανισμού είναι ο ίδιος ο κώδικας της ζωής, που αποτελείται από το DNA και το RNA. Η ζωή του ανθρώπου είναι καταγεγραμμένη σε αυτόν τον κώδικα, ο οποίος καθορίζει την βιολογική μας εξέλιξη ως είδος αλλά και ατομικά. Ο νομικός μας πολιτισμός κατοχυρώνει με απόλυτο τρόπο την προστασία του ανθρώπινου γονιδιώματος. Στο ελληνικό Σύνταγμα προστέθηκε με την αναθεώρηση του 2001 η παράγραφος 5 στο άρθρο 5: «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων» (αρ.5 §5). Η εν λόγω παράγραφος κρίθηκε ως απαραίτητη εν όψει της ραγδαίας βιοτεχνολογικής εξέλιξης προκειμένου να προστατεύσει ρητώς το अपαράγραπτο αυτό δικαίωμα. Η Σύμβαση Οβιέδο, στο άρθρο 13 αναφέρει ότι παρεμβάσεις στο ανθρώπινο γονιδίωμα μπορούν να γίνουν μόνο για θεραπευτικούς,

διαγνωστικούς ή προληπτικούς λόγους εφόσον δεν δημιουργούν μεταβολές στο γονιδίωμα των απογόνων. Και η Παγκόσμια Διακήρυξη για την Βιοηθική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (UNESCO) επίσης μιλά για την προστασία των επόμενων γενεών και της γενετικής τους σύστασης από τις επιδράσεις της επιστήμης (άρθρο 16).

Το σκεπτικό γύρω από τη διεθνή αυτή προστασία φαίνεται ξεκάθαρα σε ένα πιο εξειδικευμένο κείμενο της UNESCO, την Παγκόσμια Διακήρυξη για το Ανθρώπινο Γονιδίωμα και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα⁴⁷, όπου στο πρώτο της άρθρο ορίζει ότι «το ανθρώπινο γονιδίωμα υπογραμμίζει τη θεμελιακή ενότητα όλων των μελών της ανθρώπινης οικογένειας, καθώς και την αναγνώριση της εγγενούς τους αξίας και διαφορετικότητας. Συμβολικά, είναι η κληρονομιά της ανθρωπότητας». Σε ό,τι αφορά το θέμα μας, επαναλαμβάνεται πως κάθε «έρευνα, θεραπεία ή διάγνωση που έχει επίδραση στο γονιδίωμα του ατόμου θα πρέπει να έπεται προηγούμενης αυστηρής εκτίμησης των διακινδυνεύσεων και ωφελειών, σε συνάφεια με τους εθνικούς νόμους», και πάντα υπό την ελεύθερη συγκατάθεση του πλήρως ενημερωμένου ατόμου (άρθρο 5 §a,b). Και τέλος, «καμία έρευνα ή ερευνητικές εφαρμογές που αφορούν το ανθρώπινο γονιδίωμα, ειδικότερα στους τομείς της βιολογίας, της γενετικής και της ιατρικής, δεν μπορούν να υπερισχύουν έναντι των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, των θεμελιωδών ελευθεριών και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ατόμων ή ομάδων» (άρθρο 10).

Αποτυπώνεται ξεκάθαρα στα κείμενα αυτά η ανησυχία γύρω από τις επεμβάσεις της επιστήμης πάνω στον άνθρωπο και στο μέλλον του. Πρόκειται για διακηρύξεις που έθεσαν τα όρια για τις εφαρμογές της επιστήμης έναντι όχι μόνο της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αλλά και του μέλλοντος της ανθρωπότητας. Από νομικής απόψεως, αυτές οι διακηρύξεις ορίζουν ότι θα έπρεπε και οφείλουμε να περιμένουμε πολύ περισσότερα αποτελέσματα δοκιμών πριν εφαρμόσουμε σε ευρύ πληθυσμό σκευάσματα που τα μακροχρόνια αποτελέσματά τους πάνω στο ανθρώπινο γονιδίωμα είναι άγνωστα. Πολύ περισσότερο όταν έχουν παραβιαστεί οι ίδιες οι προϋποθέσεις έγκρισης έρευνας σε ανθρώπους. Συγκεκριμένα, έχει παραβιαστεί η ίδια η απαίτηση

⁴⁷ <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000122990>

του Κώδικα της Νυρεμβέργης (άρθρο 3: Το πείραμα θα πρέπει να σχεδιαστεί και να βασίζεται σε αποτελέσματα πειραμάτων σε ζώα και τη γνώση του φυσικού ιστορικού της νόσου) σε συνδυασμό με τη Συνθήκη Οβιέδο (άρθρο 16: να μην υπάρχει εναλλακτική τής μελέτης σε άνθρωπο). Για το εμβόλιο της Pfizer-BioNTech, για παράδειγμα, οι δοκιμές σε ανθρώπους ξεκίνησαν τον Ιούλιο του 2020, την 1η Ιουλίου ανακοίνωσαν την πρώτη φάση δοκιμής σε ανθρώπους με 45 εθελοντές, και στις 24 Ιουλίου ξεκίνησε το μεγάλο πρόγραμμα εθελοντών με 45.000 άτομα, χωρίς καν να έχουν ολοκληρωθεί τα πειράματα σε ζώα: τα πρώτα αποτελέσματα των πειραμάτων σε ζώα ανακοινώθηκαν⁴⁸ από την κοινοπραξία μόλις τον Σεπτέμβριο, ενώ τον Νοέμβριο πήρε την προσωρινή άδεια για εμβολιασμό του πληθυσμού. Ενδεικτικά, στην εφημερίδα *New York Times*⁴⁹ διαβάζουμε ότι, λόγω της βιασύνης, σημαντικές δοκιμές έχουν παρακαμφθεί, όπως είναι η δοκιμή του εμβολίου στα ζώα, και αποφάσεις μηνών πάρθηκαν μέσα σε λίγες μέρες — παρεμπιπτόντως, η εφημερίδα το αναφέρει όχι ως έλλειμμα ασφαλείας αλλά ως επίτευγμα! Η έρευνα που έχει προγραμματιστεί για το εμβόλιο εκτιμάται από την εταιρεία ότι θα ολοκληρωθεί το 2023 (φάση τρία).

Η συζήτηση για την υποχρεωτικότητα αυτών των δοκιμών και πειραματικών σκευασμάτων τα οποία λειτουργούν μέσω μηχανισμών του γονιδιώματος, τη στιγμή που σύμφωνα με τις παραπάνω διακηρύξεις και κανονισμούς δεν θα έπρεπε να έχουν καν αδειοδοτηθεί τόσο σύντομα για τον ευρύ πληθυσμό, υπερβαίνει τα όρια της κοινής λογικής, τα όρια της επιστήμης αλλά και του νομικού μας πολιτισμού.

6ε. Πιστοποιητικό Ανοσίας. Η επιβολή ιατρικής πράξης με οιονδήποτε τρόπο συνιστά βασανιστήριο. Τα βασανιστήρια είναι παράνομα σε όλο το διεθνές νομικό σύστημα, και δεν υπάρχει καμία εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα. Έτσι, χρησιμοποιείται η μέθοδος της πίεσης, της παραπληροφόρησης, των εκβιασμών και της στέρησης θεμελιωδών δικαιωμάτων προκειμένου να επιτευχθεί η... συμμόρφωση.

⁴⁸ <https://www.pfizer.com/news/press-release/press-release-detail/pfizer-and-biontech-announce-data-preclinical-studies-mrna>

⁴⁹ <https://www.nytimes.com/2020/05/05/health/pfizer-vaccine-coronavirus.html>

Η συζήτηση περί «προνομίων» των εμβολιαζομένων και η επιβολή «Πιστοποιητικού/Διαβατηρίου Ανοσίας» εμπίπτουν ακριβώς σε αυτή την κατηγορία.

Καταρχήν, η αρχή της ισότητας και της αξιοπρέπειας της προσωπικότητας του ατόμου απαγορεύουν κάθε σκέψη περί «προνομίων». Άλλωστε, αυτά που στον δημόσιο λόγο ονομάστηκαν «προνόμια» δεν είναι παρά ένας εύσχημος τρόπος να αποκρυβεί αυτό που πραγματικά συνιστούν: τιμωρία για όσους δεν συμμορφώνονται με παράνομες υποδείξεις. Τιμωρία μάλιστα που περιλαμβάνει την στέρηση αναφαίρετων συνταγματικών δικαιωμάτων. Το γεγονός ότι ο εμβολιασμός, που μάλιστα γίνεται με πειραματικά σκευάσματα, αποτελεί μία από τις προϋποθέσεις για την άσκηση ενός δικαιώματος, του ταξιδιού, είναι απλώς αδιανόητο. Προκειται για πίεση σε συμμετοχή σε κλινική έρευνα, κάτι που καταπατά όλους τους νόμους που έχουμε προαναφέρει και διαλύει τη βάση του νομικού μας πολιτισμού. Πολύ περισσότερο μάλιστα όταν, τόσο ο εμβολιασμός όσο και το τεστ, που τίθενται ως προϋπόθεση ταξιδιού και «προνομίων», δεν διασφαλίζουν τη Δημόσια Υγεία αφού ο εμβολιασμός δεν εξασφαλίζει ότι δεν θα κολλήσεις ή δεν θα μεταδώσεις τον ιό, και είναι άγνωστο ακόμη πόσο κρατάει η ανοσία που προσφέρει. Η εναλλακτική του rapid test που προσφέρει το Πιστοποιητικό επίσης δεν εξασφαλίζει τη Δημόσια Υγεία, διότι: 1) έχει όπως και τα εμβόλια προσωρινή άδεια κατά παρέκκλιση (είναι και αυτό πειραματικό, άρα δεν μπορεί να αποτελεί εναλλακτική σε άλλο πειραματικό σκεύασμα· 2) προορίζεται για επαγγελματική χρήση σε εργαστήρια και χώρους ιατρικής φροντίδας και όχι για αυτοδιάγνωση· 3) δεν ανιχνεύει μόνο τον κορωνοϊό, σύμφωνα με το ένθετο εσώκλειστων οδηγιών· 4) δεν ενδείκνυται για χρήση από ασυμπτωματικά παιδιά και ενήλικες διότι ένα αρνητικό αποτέλεσμα δοκιμής δεν εξαλείφει την πιθανότητα μόλυνσης από Sars-CoV-2. Επομένως κάποιος μπορεί να νοσεί, να έχει αρνητικό αποτέλεσμα και να διασπείρει τον ιό στην κοινότητα (βλ. τη μελέτη με τις οδηγίες του κατασκευαστή για τα τεστ εδώ⁵⁰).

Με άλλα λόγια, τόσο το τεστ όσο και ο εμβολιασμός δεν συνιστούν μέτρο προφύλαξης της δημόσιας υγείας. Κατά μείζονα λόγο μιλάμε για μια *σχετική* ατομική προστασία που προϋποθέτει *ατομική απόφαση* και όχι συλλογική υποχρέωση. Έτσι, η

⁵⁰ <https://dimobio.gr/?p=778>

αρχή της αναλογικότητας καταστρατηγείται εμφανώς με μέτρα που είναι αμφίβολο αν εξυπηρετούν τον σκοπό της διαφύλαξης της δημόσιας υγείας. Ήδη, οι διατάξεις των σχετικών ΚΥΑ (όπως η Δ1α/ΓΠ.οικ.24526, 19.4.2021) που προβλέπουν την μη αποδοχή τού εργαζόμενου στην εργασία του και την περικοπή των αποδοχών του αποτελούν ένα μέτρο εκβίασης σε αποδοχή μη υποχρεωτικής ιατρικής πράξης, καθώς η εκτέλεση της ποινής συνεπάγεται ότι ο εργαζόμενος που δεν θα συναινέσει θα περιέλθει σε αδυναμία επιβίωσης και εξασφάλισης των προς τα ζην, στερώντας τον ουσιαστικά από τον σκληρό πυρήνα των ατομικών και κοινωνικών του δικαιωμάτων, κάτι που απαγορεύεται ρητώς από το ισχύον Σύνταγμα.

Τέλος, να αναφέρουμε ότι, επί της ουσίας, σε βιοπολιτικό επίπεδο ένα τέτοιο «διαβατήριο» πιστοποιεί το τέλος των προσωπικών δεδομένων και του ιατρικού απορρήτου – τα οποία επίσης προστατεύονται από τη διεθνή και εγχώρια νομοθεσία. Επίσης, συνιστά μια πρόσθετη πίεση προς εμβολιασμό, στον βαθμό που το εμβόλιο παρέχεται δωρεάν και με κεντρική διαφημιστική έμφαση, το τεστ αντισωμάτων δεν διαφημίζεται/προωθείται καθόλου και διενεργείται μόνο σε ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια (κόστος 25-40 ευρώ), όπως και το μοριακό τεστ που επίσης δεν συνταγογραφείται και κοστίζει περίπου 60 ευρώ στα ιδιωτικά – τα rapid test είναι φθηνότερα, τα προμηθεύεται από το φαρμακείο και έχουν ισχύ λίγων ημερών.

Συνοψίζοντας, στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας θεσπίζονται οι προϋποθέσεις της έγκυρης συναίνεσης του ασθενή: α) Να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση («για το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις» [άρθρο 11 §1])· και β) «Η συναίνεση να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη» (άρθρο 12 §2). Συνεπώς, οι απειλές στέρησης θεμελιωδών δικαιωμάτων, οι ύβρεις, οι πιέσεις κτλ. καθιστούν άκυρη τη συναίνεση ακόμη και όταν τελικώς δοθεί.

Όμως, η πράξη του σωματικού ή ψυχικού καταναγκασμού δεν γίνεται ανεκτή στο διεθνές δίκαιο για κανέναν λόγο, ούτε καν για την περίπτωση που έτσι θα σωθεί η ζωή ενός ατόμου αν αυτό δεν συναινεί! Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι, ακόμη και η επιβολή σίτισης στους απεργούς πείνας, και στις περιπτώσεις εκείνες που

πραγματοποιείται μετά από πολυήμερη απεργίας πείνας και κινδυνεύει η ζωή του ανθρώπου, θεωρείται βασανιστήριο καθώς προσβάλλει την αξιοπρέπεια και την αυτοδιάθεσή του.

Συνεπώς, η επιβολή εμβολιασμού ή οποιασδήποτε άλλης ιατρικής πράξης όχι απλώς δεν μπορεί ν' αποτελεί προϋπόθεση για την άσκηση θεμελιωδών και συνταγματικών δικαιωμάτων, αλλά επιπλέον συνιστά βασανιστήριο. Στο ελληνικό Σύνταγμα (άρθρο 7 §2) θεσπίζεται ότι «τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, απαγορεύονται και τιμωρούνται όπως νόμος ορίζει». Τα βασανιστήρια και «η απάνθρωπη κι εξευτελιστική μεταχείριση ή τιμωρία» απαγορεύονται επίσης από τη Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών του Συμβουλίου της Ευρώπης (άρθρο 3), από το Διεθνές Σύμφωνο Ατομικών και Πολιτικών Δικαιωμάτων του ΟΗΕ (άρθρο 7), και πλήθος άλλων συμβάσεων.

Το απόλυτο αυτό δικαίωμα του ανθρώπου να αποφασίζει τί θα εισαγάγει στο σώμα του επιβεβαίωσε άλλωστε και προσφάτως το Συμβούλιο της Ευρώπης, με την απόφαση 2361 (Φεβρουάριος 2021)⁵¹, όπου καλεί τα κράτη-μέλη να αναλάβουν δράση ώστε να εξασφαλίσουν: 1) «ότι οι πολίτες είναι πλήρως ενημερωμένοι για το ότι ο εμβολιασμός δεν είναι υποχρεωτικός και ότι κανένας δεν μπορεί να δέχεται κοινωνικές, πολιτικές ή άλλες πιέσεις για να εμβολιαστεί αν δεν το επιθυμεί» (7.3.1)· 2) κανείς δεν θα υποστεί διακρίσεις εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν προτίθεται να εμβολιαστεί, είτε λόγω της κατάστασης υγείας του είτε λόγω του ότι δεν το επιθυμεί» (7.3.2)· και 3) τυχόν χρήση πιστοποιητικών εμβολιασμού μπορεί να υπάρξει μόνο για τον σκοπό της επιτήρησης της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού και για την καταγραφή των παρενεργειών» (7.5.2).

⁵¹ <https://pace.coe.int/en/files/29004/html>

7.

ΤΟ ΠΟΛΙΤΙΚΟ «ΓΙΑΤΙ»

7a. Τα δεδομένα που μέχρις εδώ παραθέσαμε διαψεύδουν κατάφωρα το επίσημο αφήγημα περί της «πανδημίας» όσο και την αξία των μέτρων που προτείνονται —κι έχουν στην πράξη ληφθεί— από κυβερνήσεις και υποτιθέμενα αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς. Θα μπορούσαν ωστόσο κάποιои να θέσουν το εύλογο ερώτημα: γιατί να είμαστε τόσο καχύποπτοι απέναντι στο κράτος, απέναντι στις επιτροπές των ειδικών, τα ΜΜΕ, κ.λπ.; Παρόμοια μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας, με παραλλαγές φυσικά, δεν λαμβάνονται μήπως σε όλες τις χώρες του κόσμου; Μήπως δεν πλήττονται εξίσου όλοι οι άνθρωποι και όλοι οι τομείς πέραν της καθημερινής μας ζωής, όπως τα φορολογικά έσοδα, η αγορά, η οικονομία συνολικά, από αυτές τις εξελίξεις, προκειμένου να αποφευχθεί ένα μεγαλύτερο κακό; Ποια εξήγηση μπορεί να υπάρχει γι' αυτή την παγκόσμια στρατηγική;

Υπάρχει η άποψη ότι η πολιτική εξουσία, σε δημοκρατίες σαν τις δικές μας, εκπροσωπεί το λαό που την εξέλεξε, ότι η επιστήμη, «αντικειμενική» και ανεξάρτητη από επιμέρους συμφέροντα, πασχίζει για τη βελτίωση της ανθρώπινης ζωής, και γενικά ότι οι διάφορες ελίτ (οικονομική, ακαδημαϊκή, δικαστική, στρατιωτική, συνδικαλιστική, των ΜΜΕ, κ.λπ.) μοχθούν για το καλό όλων μας. Όποιοι δέχονται αυτή την άποψη είναι απίθανο να αμφισβητήσουν την κυρίαρχη εικόνα που προβάλλεται για την επιδημία. Το ίδιο ισχύει και για όσους, ανεξαρτήτως πολιτικής τοποθέτησης, λόγω ψυχολογικών αιτιών (π.χ. φόβος του θανάτου ή της αρρώστιας) στη συγκεκριμένη συγκυρία αποδέχονται επί της ουσίας την ίδια εικόνα. Αυτοί μάλιστα είναι που αποδεικνύονται «βασιλικότεροι του βασιλέως»: θεωρούν ότι το lockdown είναι υπερβολικά χαλαρό, ότι αναστέλλεται πρόωρα λόγω του τουρισμού θέτοντας όλους μας σε ακόμη μεγαλύτερο κίνδυνο, ότι ο εμβολιασμός καθυστερεί υπερβολικά ή δεν φτάνει —όπως θα έπρεπε— για όλους, ότι όσοι δεν εμβολιάζονται είναι είτε «ψεκασμένοι» είτε υπερβολικά εγωιστές (!), κ.ο.κ.

Υπάρχει όμως και η άποψη ότι ζούμε σε μια συγκρουσιακή κοινωνία που οι βασικοί της μηχανισμοί (πολιτικοί, οικονομικοί, ιδεολογικοί, τεχνολογικοί, κτλ.) επιβάλλουν τα συμφέροντα των λίγων στους πολλούς κι επομένως ότι πολλά από τα δεινά που

βιώνουμε, π.χ. η ανεργία, η φτωχοποίηση μεγάλου μέρους της κοινωνίας, η διάλυση του κοινωνικού κράτους, η κοινωνική αδικία κτλ. δεν είναι ούτε τυχαία ούτε αναπόφευκτα αλλά αποτελέσματα μιας εσκεμμένης πολιτικής. Ότι οι πολίτες είναι υπεύθυνοι να κρίνουν και να αποφασίσουν για τη ζωή τους, και ώριμοι να συμμετέχουν εξίσου στην συνδιαμόρφωση της κοινωνίας. Και ότι, ελάχιστη προϋπόθεση δημοκρατικότητας στη λήψη αποφάσεων είναι η διαφάνεια και η λογοδοσία. Με όσους δέχονται αυτή την άποψη, καταρχήν συντασσόμαστε.

7b. Στη διαχείριση της παρούσας επιδημίας μπορούμε να διακρίνουμε δύο βασικές ομάδες μέτρων: α) αυτά που αφορούν το lockdown· β) αυτά που αφορούν τον υγειονομικό χειρισμό, και ειδικότερα την υποβάθμιση της θεραπείας και την έμφαση στον εμβολιασμό. Τα πρώτα μέτρα έχουν κυρίως πολιτικό χαρακτήρα και στόχευση, τα δεύτερα κυρίως υγειονομικό – ωστόσο συνδυάζονται θαυμάσια.

Προϋπόθεση για τον επιτυχή χειρισμό και στα δύο πεδία ήταν η επιχείρηση τρομοκράτησης της κοινής γνώμης με μια ψευδή εικόνα που ανέλαβαν προθυμότατα (και με το αζημίωτο) να προβάλουν τα ΜΜΕ καθώς και, με ανταλλάγματα ή όχι, μια ορισμένη μερίδα του επιστημονικού προσωπικού. Προσπαθήσαμε να δείξουμε στο Μέρος 1 πιο πάνω ότι η επιχείρηση παραπλάνησης της κοινής γνώμης ήταν συστηματική και απροκάλυπτη.

Όσον αφορά τα lockdown δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια για να καταλάβει κάποιος ότι σε μια περίοδο μακράς και συνεχιζόμενης οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, αλλά κυρίως γενικής δυσπιστίας απέναντι στο σύστημα αφού για πρώτη φορά οι νεότερες γενιές έχουν συνειδητοποιήσει ότι θα ζήσουν χειρότερα από τους γονείς τους, σε αυτές τις συνθήκες, λοιπόν, η αστυνόμευση γίνεται κεντρική επιλογή. Η «πανδημία» ήταν η τέλεια δικαιολογία για τον εγκλεισμό. Πιθανότατα από τα βάθη των αιώνων η πολιτική εξουσία κάθε εποχής ονειρευόταν ένα τέτοιο επίπεδο ελέγχου πάνω στους υπηκόους της. Σήμερα, με τη βοήθεια της τεχνολογίας, αυτό έγινε εφικτό. Θεωρούμε βέβαιο ότι με τη μία ή την άλλη δικαιολογία —«κρούσματα» που επιμένουν, μεταλλάξεις, νέες επιδημίες που ήδη αναγγέλλονται, κ.λπ.— τα lockdown με κυμαινόμενη ένταση και διάρκεια θα συνεχιστούν και ότι η «διαρκής κατάσταση έκτακτης ανάγκης» είναι ο νέος προτιμώμενος τρόπος διακυβέρνησης, χωρίς ενοχλητικές και ξεπερασμένες συνταγματικές ελευθερίες και δικαιώματα. Αλλά

υπάρχει κι ένα δεύτερο επίπεδο που πηγαίνει πέρα από τον εξαναγκασμό και την αστυνόμευση: όταν η πολιτική εξουσία αναλαμβάνει να διαχειριστεί μια κρίση που απειλεί (ή υποτίθεται ότι απειλεί) την κοινωνία, τότε εμφανίζεται αιτιολογημένη και δικαιωμένη. Δεν είναι πλέον μόνο η εξουσία που φορολογεί, αρπάζει, αδικεί, αλλά είναι και ο προστάτης όλων μας. Άρα, η πολιτική εξουσία έχει επαρκείς λόγους να κατασκευάζει την εικόνα μιας σοβαρής απειλής και στη συνέχεια να μας «σώζει» από αυτήν, στο διηνεκές.

Ένας πρόσθετος λόγος για ν' αμφισβητήσει κανείς τις αγαθές προθέσεις της πολιτικής εξουσίας είναι η αυταρχικότητα της επιβολής των μέτρων, η επιδεικτική τιμωρία, οι απειλές, ο στιγματισμός και η διαπόμπευση όσων επιστημόνων ή απλών ανθρώπων έχουν διαφορετική άποψη, και βεβαίως αυτό που ήδη αναφέραμε, η απροκάλυπτη (κι επιχορηγούμενη) τρομοκρατική εκστρατεία «πληροφόρησης» από τα ΜΜΕ. Το γιατί αυτό γίνεται σε όλες σχεδόν τις χώρες δεν χρειάζεται ιδιαίτερη εξήγηση: στην παγκοσμιοποιημένη εποχή μας οι εξελίξεις αυτές αφορούν τους πάντες και οι τοπικές κυβερνήσεις δεν είναι παρά ιμάντες που μεταβιβάζουν ισχυρά παγκόσμια συμφέροντα και πολιτικές σε όλους τους λαούς.

7c. Όσον αφορά τώρα τον υγειονομικό χειρισμό: είναι αδύνατον να καταλάβουμε τη λογική του αν δεν λάβουμε υπόψιν τον ρόλο των φαρμακευτικών εταιρειών στο παγκόσμιο πολιτικοοικονομικό σύστημα. Κατά μία έννοια, η ιατρική όπως τη ξέραμε έως τώρα ξεπερνιέται και η «υγεία» γίνεται μια υπόθεση των hightech εργαστηρίων. Η εξέλιξη αυτή δεν είναι πρόσφατη, έχει ξεκινήσει εδώ και πολύ καιρό (ουσιαστικά, μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο), αλλ' αυτό που βλέπουμε σήμερα είναι το αποκορύφωμά της χάρη και στις δυνατότητες που προσφέρει η προχωρημένη τεχνολογία (γενετική μηχανική, πληροφορική, μικροηλεκτρονική, νανοτεχνολογία...).

Το απλό ερώτημα που ο καθένας μπορεί να θέσει, είναι: γιατί εμβόλια και όχι φάρμακα; Μήπως και οι δύο κατηγορίες προϊόντων δεν αποφέρουν κέρδη; Φυσικά, υπάρχει ωστόσο μια διαφορά: μία κυριολεκτικά «παγκόσμια πανδημία» δημιουργεί μιαν αγορά 7 δισεκατομμυρίων πελατών που πρέπει να εμβολιάζονται αρκετές φορές κάθε χρόνο για κάποιες αιτίες. Αρκεί γι' αυτό να αποδεχθεί η κοινωνία μια νέα κουλτούρα εμβολιασμών, όπου το φυσικό ανοσοποιητικό σύστημα του καθενός θα

κηρυχθεί «ανεπαρκές» και η λειτουργία αυτή θα εκχωρηθεί (εν είδει επιχειρηματικού outsourcing) σε εργαστήρια. Άρα, αντί για τους συνήθεις πελάτες (τους ασθενείς που είναι συγκριτικά λίγοι), κάθε άνθρωπος γίνεται πηγή εσόδων. Εννοείται ότι εδώ δεν αναφερόμαστε σε κάθε εμβολιασμό. Ορισμένα εμβόλια του παρελθόντος μπορούμε να δεχθούμε ότι έσωσαν εκατομμύρια ζωές (όπως και κάποια είχαν παρενέργειες οι οποίες ανακαλύφθηκαν πολύ αργότερα...). Ωστόσο δεν είναι όλα τα εμβόλια ίδια: υπάρχουν εκείνα που γίνονται άπαξ και αφορούν ασθένειες με πολύ υψηλή θνητότητα (π.χ. τέτανος), ενώ αυτά για τα οποία μιλάμε εδώ είναι επαναλαμβανόμενα και αφορούν ασθένειες με χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα. Επιπλέον, τα πρωτοεμφανιζόμενα εμβόλια εισάγουν μια εντελώς καινούργια τεχνολογία με πολλές δυνητικές εφαρμογές μέσω των οποίων θα μεταφέρεται διαρκώς ο έλεγχος των λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού σε εργαστήρια (βλ. και Μέρος 5 πιο πάνω). Αυτό είναι για τις φαρμακοβιομηχανίες ακόμη σημαντικότερο από τα βραχυπρόθεσμα έσοδα.

Θα μπορούσε ωστόσο κάποιος αφελώς να ρωτήσει: και γιατί η πολιτική εξουσία να κάνει αυτή τη μεγάλη χάρη στις φαρμακευτικές εταιρείες αν δεν υπάρχει πραγματική ανάγκη;

Η πρώτη και προφανής απάντηση είναι: επειδή τα συμφέροντα της πολιτικής εξουσίας και των φαρμακοβιομηχανιών στη συγκεκριμένη περίπτωση συμβαδίζουν. Ο έλεγχος του εμβολιασμού εύκολα μετατρέπεται σε ολοκληρωτικό έλεγχο (π.χ. μέσω ενός ηλεκτρονικού πιστοποιητικού εμβολιασμού που η χρήση του διαρκώς διευρύνεται). Η τεχνολογική δυνατότητα ήδη υπάρχει· το δύσκολο είναι να καμφθεί η αντίσταση της κοινωνίας, και ο καλύτερος τρόπος γι' αυτό είναι η επίκληση ενός υγειονομικού Αρμαγεδδώνα. Ιστορικά, είναι πολύ συνηθισμένο σε περιόδους αστάθειας ή μεγάλης κοινωνικής ανισότητας, οπότε εγκυμονούνται κίνδυνοι κοινωνικών εκρήξεων, να «περιφράσσονται» ομάδες του πληθυσμού. Τέτοια περίπτωση είναι τα «γκέτο» των περιθωριακών στρωμάτων ή οι περιφραγμένες πολυτελείς κι ασφαλείς περιοχές των προνομιούχων. Σε μια εξισωτική και δίκαιη κοινωνία αυτά δεν χρειάζονται. Στη σημερινή, γίνονται όλο και πιο απαραίτητα. Μόνο που, σε αντίθεση με τις «πρωτόγονες» μεθόδους περίφραξης του παρελθόντος, σήμερα αυτό μπορεί να γίνει με ένα ηλεκτρονικό πιστοποιητικό (ήδη λειτουργεί σε κάποιες χώρες), το οποίο με βάση το προφίλ (υγειονομικό, ποινικό, οικονομικό,

φορολογικό, ιδεολογικό, κ.λπ.) του φέροντος μπορεί να επιτρέπεται ή να απαγορεύεται στον καθένα η πρόσβαση σε διάφορους χώρους⁵².

7d. Ένα δεύτερο, και βαθύτερο επίπεδο απάντησης στο παραπάνω ερώτημα μας οδηγεί στην ίδια τη δομική λογική του ανεπτυγμένου καπιταλισμού. Ο *θεμελιώδης εχθρός του καπιταλισμού είναι η αυτονομία*, που εμπεριέχει την έννοια της *αυτάρκειας* σε οιοδήποτε επίπεδο. Κεντρική επιδίωξη είναι όλοι —άτομα, χώρες, γεωγραφικές ζώνες— να εξαρτώνται από μία κεντρική αγορά, μονοπωλιακά ή ολιγοπωλιακά ελεγχόμενη· και αυτό γίνεται με την ένταξη σε έναν διεθνή καταμερισμό εργασίας. Στο πλαίσιο του παγκόσμιου συστήματος, είναι αυτό που είδαμε να συμβαίνει με το τέλος της αποικιοκρατίας: οι χώρες που απέκτησαν την εθνική τους ανεξαρτησία ήταν ήδη κατεστραμμένες παραγωγικά από την πολιτική των μονοκαλλιιεργειών που είχε επιβάλει το αποικιακό σύστημα, και για να σταθούν στα πόδια τους ήταν υποχρεωμένες να δανειστούν. Δανείζονταν ακριβώς από τους πρώην αποικιοκράτες τους, με δυσμενείς τοκογλυφικούς όρους, πράγμα τις έκανε ακόμη πιο εξαρτημένες —τεχνολογικά, οικονομικά και πολιτικά— από το κεφαλαιοκρατικό κέντρο, οδηγώντας τις σε ένα σπирάλ καταβαράθρωσης. Σήμερα, βλέπουμε αυτή τη διαδικασία να προχωρεί αμείλικτα από την παγκόσμια περιφέρεια προς ολοένα κεντρικότερες ζώνες. Χαρακτηριστικό είναι αυτό που συμβαίνει στην ευρωπαϊκή περιφέρεια – πράγμα το οποίο εξηγεί επίσης τα δεινά που έζησε με ιδιαίτερα δραματικό τρόπο η Ελλάδα μέσα στην τελευταία δεκαετία. Γύρω στο 1980 η Ελλάδα είχε ποσοστό παραγωγικής αυτάρκειας κάπου 60-70%. Αυτό κατέρρευσε μετά την ένταξή της στην ΕΕ και σήμερα εμφανίζει την εικόνα μιας χώρας κατεχόμενης από το διεθνές (και πρωτίστως ευρωπαϊκό) κεφάλαιο, εξειδικευμένη αποκλειστικά στην παροχή υπηρεσιών (ξενοδόχοι και γκαρσόνια!) μέσα στον ευρωπαϊκό καταμερισμό εργασίας και στερημένη ακόμη και από τη στοιχειώδη αυτάρκεια στον πρωτογενή (αγροτικό) τομέα.

Για τον ίδιο ακριβώς λόγο, και με την ίδια λογική, επιχειρείται σε όλες σχεδόν τις χώρες να σταματήσουν οι καλλιέργειες με φυσικούς σπόρους, και είτε μέσω

⁵² Ήδη η ΕΕ ανακοίνωσε σχέδια για μια «ηλεκτρονική ταυτότητα» που θα παίζει αυτόν ακριβώς τον ρόλο: <https://apnews.com/article/europe-health-coronavirus-pandemic-lifestyle-travel-73f90d18909c595da463994e16e17348>

απαγορεύσεων (με σύνηθες πρόσχημα την «ασφάλεια των τροφίμων») είτε μέσω επιδοτήσεων, έχουν επιβληθεί οι τεχνητοί σπόροι των εταιρειών βιοτεχνολογίας. Οι «πατέντες» των αγροτικών προϊόντων ισοδυναμούν με υποκλοπή της τροφικής αυτάρκειας από τον παγκόσμιο πληθυσμό εκ μέρους ενός βιοτεχνολογικού τραστ (με πρώτη τη δυσώνυμη Monsanto) που στηρίζεται από τις ισχυρότερες κυβερνήσεις το πλανήτη. Έτσι συνδυάζεται το οικονομικό όφελος με τη δυνατότητα στρατηγικού ελέγχου χωρών και πληθυσμών.

Αναλογικά, το ίδιο γίνεται τώρα με τις φαρμακοβιομηχανίες. Η πολιτική του υποχρεωτικού εμβολιασμού ισοδυναμεί με «πατεντοποίηση» της υγείας, των ίδιων των βιολογικών αυτορρυθμιστικών μηχανισμών του ανθρώπινου οργανισμού, και με υποκλοπή της ανοσολογικής τους αυτάρκειας από βιοτεχνολογικά εργαστήρια που ελέγχονται από λίγους φαρμακευτικούς εταιρικούς γίγαντες σε στρατηγική συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

7e. Όσον αφορά την οικονομία γενικότερα, τα πράγματα είναι αρκετά περίπλοκα. Οι αλλαγές που έχουν συντελεστεί στο οικονομικό πεδίο τις τελευταίες δεκαετίες είναι τεράστιες, και δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι έχουν ξεπεραστεί τόσο ο τρόπος με τον οποίον έχει συνηθίσει να βλέπει τα οικονομικά ζητήματα ο μέσος άνθρωπος όσο και οι βασικές αρχές της οικονομικής θεωρίας. Όποιος αποτιμά τις εξελίξεις με βάση π.χ. τις μεταβολές στο ΑΕΠ ή τη διακύμανση των επιχειρηματικών κερδών χάνει το σημαντικότερο κομμάτι της εικόνας. Στη σημερινή οικονομία των «υπηρεσιών» και του πιστωτικού χρήματος τα μεγέθη αυτά δεν πρέπει να εκλαμβάνονται στην ονομαστική τους αξία. Κάποιες κρίσιμες σύγχρονες εξελίξεις που αλληλοδιαπλέκονται είναι οι ακόλουθες: α) Όπως και πριν από έναν περίπου αιώνα, κινούμαστε στην κατεύθυνση ενός ολοκληρωτισμού χαρακτηριστικό του οποίου είναι, μεταξύ άλλων, η σύμφυση κράτους και οικονομίας, άρα οι πολιτικοί και οικονομικοί στόχοι δεν διαχωρίζονται. β) Τα έθνη-κράτη δεν έχουν τον ρόλο και λειτουργία που είχαν στο παρελθόν, και μαζί με τη συρρίκνωση του ρόλου τους συρρικνώνεται κι η παραδοσιακή ιδιότητα του «πολίτη». γ) Το οικονομικό κέντρο μετατοπίζεται από τη Δύση στην Ασία και τέτοιου είδους μετατοπίσεις συνοδεύονται από ισχυρούς ανταγωνισμούς και συγκρούσεις σε γεωπολιτικό επίπεδο. Αυτός είναι ένας πρόσθετος λόγος για το ότι δεν υπάρχουν αμιγώς οικονομικοί στόχοι. Πέραν αυτού, το νέο κέντρο «εξάγει» το οργανωτικό του μοντέλο στον υπόλοιπο κόσμο. δ)

Στη μεταβιομηχανική μας εποχή η «ανάπτυξη» έχει αποκοπεί από την απασχόληση. Η βιομηχανική ανάπτυξη απαιτούσε τεράστιες μάζες εργατών. Σήμερα οι κρίσιμοι κλάδοι μιας οικονομίας απαιτούν μικρές ομάδες εξειδικευμένου τεχνικού προσωπικού. Όσοι δεν μπορούν να καταναλώσουν και δεν είναι χρήσιμοι προκειμένου να παράγουν (διότι τους έχει αντικαταστήσει ο αυτοματισμός) κυριολεκτικά περισσεύουν και δεν έχουν αξία ούτε καν σαν πιθανοί στρατιώτες, όπως συνέβαινε σε άλλες εποχές διότι η τεχνολογία έχει εισβάλει κι εδώ. Το κομμάτι της οικονομίας που συντηρεί τις μάζες είναι «βάρος», είναι σπατάλη πόρων για το σύστημα και δεν το ενοχλεί καθόλου εάν εξαλειφθεί. Στην πρόσφατη συγκυρία, την ίδια εποχή που το ΑΕΠ μειώθηκε και δυσκόλεψε η επιβίωση μεγάλου τμήματος του πληθυσμού, κάποιοι στρατηγικοί κλάδοι γιγαντώθηκαν ακόμη περισσότερο και αφενός σημείωσαν υπερκέρδη (το οικονομικό μέρος), αφετέρου δίνουν το τεχνολογικό προβάδισμα στην «εθνική» πολιτική ελίτ με την οποία έχουν άμεση σχέση. Τέτοιοι τομείς είναι η πληροφορική, η τεχνητή νοημοσύνη, η πολεμική βιομηχανία, η βιοτεχνολογία, κ.λπ. (το πολιτικό/γεωπολιτικό μέρος). Είναι χαρακτηριστικό ότι στη συγκεκριμένη συγκυρία διάφοροι συνασπισμοί κρατών κι εταιρειών συγκρούστηκαν με άλλους αντίστοιχους για μοιράσουν την παγκόσμια αγορά των εμβολίων και να αποκλείσουν ανταγωνιστές, παρότι στόχος όλων ήταν, υποτίθεται, να νικηθεί ο κοινός εχθρός της ανθρωπότητας: η «πανδημία».

Οι ραγδαίες νομοθετικές αλλαγές σε τομείς πέραν του υγειονομικού, οι οποίες προωθούνται και κατοχυρώνονται «εν κρυπτώ» καθώς η κοινή γνώμη περισπάται παραπλανητικά από το σήριαλ του υγειονομικού τρόμου, είναι ενδεικτικές αυτής της εξέλιξης. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, την περίοδο αυτή δόθηκε η χαριστική βολή στην εναπομένουσα εργατική νομοθεσία, πράγμα που μετατρέπει το συντριπτικό μέρος του νεανικού πληθυσμού σε ανέργους εν αναστολή, με αποκορύφωμα τον λεγόμενο «πτωχευτικό νόμο» που έρχεται τούτη τη στιγμή να ολοκληρώσει τη λεηλασία στερώντας από το ήδη ρημαγμένα λαϊκά στρώματα το τελευταίο και στοιχειωδέστερο βιοτικό τους δικαίωμα: το δικαίωμα σε αξιοπρεπή στέγη.

Συμπερασματικά, δεν πλήττονται όλοι από τα «μέτρα κατά της πανδημίας»: αντίθετα, όπως αποκάλυπτα διακηρύσσουν τα υψηλότερα στελέχη της παγκόσμιας ελίτ (π.χ. ο Klaus Schwab του Παγκόσμιου Οικονομικού Φόρουμ) η «πανδημία» είναι μια εξαιρετική ευκαιρία για να προωθηθούν οικονομικοί και κοινωνικοί μετασχηματισμοί

που επείγουν – εννοείται, από την πλευρά των παγκόσμιων επιχειρηματικών και πολιτικών ελίτ που εξυπηρετεί κι εκφράζει το λόμπυ αυτό. Εκείνο που είδαμε να γίνεται στην παρούσα συγκυρία ήταν ένας θρίαμβος των δυνάμεων της παγκοσμιοποίησης, όπου οι βασικοί ορισμοί (π.χ. τί είναι «κρούσμα»), οι μεθοδολογίες, η κεντρική καταγραφή των μετρήσεων, οι οδηγίες, τα απαραίτητα μέτρα, η λογοκρισία της αντίθετης άποψης στις μεγάλες ηλεκτρονικές πλατφόρμες επικοινωνίας κ.λπ. επιβλήθηκαν από το κέντρο (με βασικό εργαλείο τον ΠΟΥ και λίγες εταιρείες πληροφορικής και βιοτεχνολογίας) σε όλες τις χώρες, με αποτέλεσμα να κλειστούν δισεκατομμύρια άνθρωποι στα σπίτια τους ή να αναγκαστούν να κυκλοφορούν ακόμη και σε εξωτερικούς χώρους με μάσκες, εν είδη πιστοποιητικού κοινωνικών φρονημάτων και υποταγής, σε μια πρωτοφανή επίδειξη δύναμης.

Συντονιστικό όργανο όλων αυτών των πολιτικών σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν βέβαια ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), ένας αυτόνομος διεθνής οργανισμός που αποτελεί εξειδικευμένη υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) με διακηρυγμένο στόχο την προώθηση της διεθνούς δημόσιας υγείας. Ιδρύθηκε επισήμως το 1948 και έχει την έδρα του στη Γενεύη. Ο ΠΟΥ μαζί με την Παγκόσμια Τράπεζα συνιστούν τον πυρήνα της ομάδας που είναι υπεύθυνη για τη διαχείριση της Διεθνούς Σύμπραξης Υγείας, η οποία απαρτίζεται από τις κυβερνήσεις εταίρους, «φορείς ανάπτυξης» της κοινωνίας των πολιτών και ιδιώτες (δηλαδή, επιχειρηματικούς παράγοντες) με σκοπό τη «βελτίωση της υγείας των πολιτών στις αναπτυσσόμενες χώρες». Ιδίως από τη θητεία της προηγούμενης προέδρου του για την περίοδο 2006-2017, της δρ. Μάργκαρετ Τσαν (η οποία είχε προηγουμένως υπηρετήσει ως Γενική Διευθύντρια Υγιεινής στην κυβέρνηση του Χονγκ Κονγκ, 1994-2003), ο Οργανισμός είχε ευθυγραμμιστεί πλήρως με τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές που υπαγορεύονται από τις ΗΠΑ, ο δε σημερινός του πρόεδρος Τέντρος Α. Γκερμπρεγιέσους (που μεταξύ 2005-2016 χρημάτισε διαδοχικά Υπουργός Υγείας και Εξωτερικών στο διεφθαρμένο καθεστώς του Μελές Ζανάουι στην Αιθιοπία, κι εν συνεχεία υπηρέτησε ως διευθυντής τού αφρικανικού παραρτήματος του Ιδρύματος Μπιλ & Μελίντα Γκαίτς με τις άκρως αμφιλεγόμενες πολιτικές του για το AIDS στην Αφρική) είναι ακόμη πιο εμφανώς δέσμιος των εταιρικών και πολιτικών συμφερόντων που ελέγχουν τον Οργανισμό. Το ότι είναι επίσης άνθρωπος της απολύτου εγκρίσεως της Κίνας αντανακλά τη σύγκλιση των δύο άτυπων παγκόσμιων μπλοκ σε ό,τι αφορά τον διεθνή βιοκυβερνητικό έλεγχο – το ότι, όπως έχει

παρατηρηθεί από κάποιους, η Κίνα εξάγει αυτή τη στιγμή αυταρχισμό και μοντέλα ολοκληρωτικού ελέγχου στη Δύση. Με λίγα λόγια, ο ΠΟΥ στις ημέρες μας λειτουργεί σαν όργανο της επιδιωκόμενης παγκόσμιας διακυβέρνησης του κεφαλαίου —αυτό δηλαδή που δηλώνει ο όρος «παγκοσμιοποίηση»— παράλληλα και συμπληρωματικά με θεσμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η Παγκόσμια Τράπεζα, κ.ο.κ. Ας μην ξεχνάμε ότι το ίδιο το Ίδρυμα Bill & Melinda Gates είναι ο δεύτερος σημαντικότερος χρηματοδότης του ΠΟΥ μετά την ομοσπονδιακή κυβέρνηση των ΗΠΑ.

Εν κατακλείδι, υπάρχουν επαρκείς λόγοι να πιστεύουμε ότι, στην παρούσα συγκυρία, δεν αντιμετωπίζουμε ενωμένοι μια πανδημία που μας πλήττει όλους· απεναντίας, οι ηγετικές ελίτ ωφελούνται σημαντικά από τη διαχείρισή της (αν δεν την δημιούργησαν οι ίδιες, εικονικά είτε πραγματικά) και τη χρησιμοποιούν σαν μοχλό μετασχηματισμού της κοινωνίας στα μέτρα τους. Αυτό που διακυβεύεται στην παρούσα συγκυρία είναι κάτι πολύ παραπάνω από την «πανδημία» και τα εμβόλια. Διακυβεύεται το αν θα αποδεχτούμε αμαχητί την επερχόμενη δυστοπία ή αν θα αντισταθούμε σε αυτή.

8.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΚΗ ΜΑΣ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΑ;

8a. Η αντιμετώπιση της συγκεκριμένης επιδημίας που θα προτείναμε πηγάζει από κάποιες απόψεις επί της αρχής – δηλαδή, απόψεις για την ενδεικνυόμενη στάση απέναντι σε οιαδήποτε επιδημία ή «υγειονομικό κίνδυνο» εν γένει.

Το να προσπαθούμε να «περιφράξουμε» μια επιδημία —ιδίως όταν δεν μιλάμε για κάποια φονική επιδημία που απαιτεί όντως έκτακτα μέτρα— είναι τόσο παράλογο όσο το να προσπαθούμε να σταματήσουμε ένα ποτάμι μπαζώνοντας την κοίτη του. Ο μόνος φυσικός, και ασφαλώς ο λιγότερο επιζήμιος, τρόπος είναι το χτίσιμο μιας σταδιακής ανοσίας από τους ίδιους τους ανθρώπους που νοσούν και ανταπεξέρχονται: αυτό που κάποιοι ονόμασαν «ανοσία της αγέλης» (αν και θα ήταν σωστότερο να λέμε «ανοσία της κοινότητας»). Οι άνθρωποι έχουν συμβιώσει επί εκατομμύρια χρόνια με μικρο-οργανισμούς και αποτελούν μέλη του ίδιου οικοσυστήματος. Κάποιοι ασθενούσαν, κάποιοι πέθαιναν, αλλά η ζωή συνολικά συνεχίζεται δημιουργώντας κανούργιες βιώσιμες ισορροπίες. Πιστεύει κανείς ότι τα εργαστήρια βιοτεχνολογίας θα νικήσουν για πάντα τις αρρώστιες; Θα αντικαταστήσουν τον ατομικό και συλλογικό αμυντικό μας μηχανισμό με τεχνικά μέσα;

Πιστεύουμε, από θέση αρχής, ότι κάθε καλώς εννοούμενη θεραπεία είναι *υποβοηθούμενη αυτοθεραπεία*. Το «υποβοηθούμενη» εδώ έχει την έννοια ότι όντως αναπτύσσουμε τεχνικές και μεθόδους προφύλαξης ή αποκατάστασης, αλλά *σε συνέργεια με τη φύση, όχι ενάντια της*. Αυτό σημαίνει ότι προκρίνουμε την *ενίσχυση της ανοσοποιητικής δύναμης των ανθρώπων* αντί να κηρύσσουμε πόλεμο εναντίον ιών και μικροβίων, του οποίου οι «παράπλευρες απώλειες» είναι φονικότερες από τους ίδιους τους μικροοργανισμούς.

8b. Πρώτα-πρώτα, το κέντρο βάρους της αντιμετώπισης για ήπιο και μέτριο Covid-19 θα πρέπει να μετατεθεί από τις μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες στην κατ' οίκον περίθαλψη από τους οικείους και, αν χρειαστεί, παρακολούθηση με κατ' οίκον επίσκεψη από νοσηλευτές και/ή γιατρούς. Αυτό σημαίνει, όπως έχει κατά κόρον

επισημανθεί από ειδικούς της υγείας τούς οποίους κανένας δεν ακούει, καλή *πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Έτσι μειώνονται σημαντικά οι ανάγκες σε νοσοκομειακές κλίνες για μέτριο και βαρύ Covid-19 και μπορούν τα νοσοκομεία να καλύπτουν και όλες τις άλλες ανάγκες νοσηλείας του πληθυσμού.

Ενδεχομένως θα υπάρξουν περιστατικά, οσοδήποτε λίγα, που χρειάζονται εντατική νοσηλεία. Για την περίπτωση αυτή οφείλουν να λειτουργούν *νοσοκομεία λοιμωδών νοσημάτων* (υπήρχαν μέχρι προσφάτως τρία στην Ελλάδα, τα οποία έκλεισε η νεοφιλελεύθερη πολιτική των τελευταίων κυβερνήσεων), ώστε, πρώτον, να μη γίνονται τα νοσοκομεία εστίες διασποράς της ίωσης στον ευάλωτο πληθυσμό των νοσηλευομένων, και, δεύτερον, να μην διαλύονται όλες οι άλλες ιατρικές υπηρεσίες με ολέθρια αποτελέσματα για τους πάσχοντες από άλλα νοσήματα. Εξυπακούεται ότι η απομόνωση των ασθενών από τους οικείους τους και η αποκοπή τους από τον εξωτερικό κόσμο είναι εγκληματική και παράλογη· αντιβαίνει στους στοιχειώδεις κανόνες μιας επαρκούς και ανθρώπινης περίθαλψης και δεν βοηθάει καθόλου στη θεραπεία τους. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας για τις οποίες γίνεται τόσος θόρυβος σήμερα *βοηθούν μόνο αν καλύπτονται από ειδικευμένο και έμπειρο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό*. Τα κρεβάτια και οι αναπνευστήρες από μόνα τους δεν σώζουν κανέναν· αντίθετα γίνονται κρεβάτια μαρτυρίου για τους ανθρώπους.

Στην περίπτωση μια ίωσης όπως η παρούσα του Covid-19, ξέρουμε καλά πλέον σήμερα ότι η συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων που θα έρθουν σε επαφή με τον ιό είτε δεν θα νοσήσουν καθόλου είτε θα νοσήσουν ελαφρά, πράγμα που δεν απαιτεί καμία περαιτέρω ενέργεια. Για συμπτώματα μέτριας εντάσεως, εξαιρετικά χρήσιμα έχουν αποδειχθεί απλά μέσα όπως η κοινή ασπιρίνη, η χορήγηση υψηλών δόσεων βιταμίνης-C, βιταμίνης-D και ψευδαργύρου, η ανάπαυση κι ένα υποβοηθητικό περιβάλλον, ενώ εναλλακτικές κι ελάχιστα κοστοβόρες θεραπείες όπως η ομοιοπαθητική (τις οποίες το υπάρχον υγειονομικό σύστημα αρνείται πεισματικά ν' αξιοποιήσει) έχουν επιδείξει αξιοσημείωτες επιτυχίες σε κρίσιμα περιστατικά.

Σε βαρύτερες περιπτώσεις —που στην πλειονότητα αφορούν υπερήλικες ή άτομα με αποδυναμωμένη ανοσολογική αντίδραση είτε λόγω προηγούμενων φαρμακευτικών αγωγών είτε λόγω άλλων υποκείμενων νοσημάτων, διαγνωσμένων ή μη— πρέπει να

προκρίνονται οι όσο το δυνατόν απλούστερες και λιγότερο δαπανηρές λύσεις, όσες έχουν ως τώρα ενδείξεις αποτελεσματικότητας. Η χορήγηση ειδικών μονοκλωνικών αντισωμάτων π.χ. έχει αποδειχθεί ότι προσφέρει σημαντική βοήθεια αποτρέποντας τη βαριά νόσηση. Θα μπορούσαν αυτά να χορηγούνται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μειώνοντας και με αυτόν τον τρόπο τις ανάγκες για νοσοκομειακή περίθαλψη. Πρέπει εδώ να επισημάνουμε ότι έχουν πάρει άδεια από τον EMA στις 5-3-2021 αλλά το ελληνικό κράτος δεν θεωρεί ότι πρέπει να τα προμηθευτεί και να τα φέρει.⁵³ Η ταυτόχρονη χορήγηση συμπληρωμάτων διατροφής ή ομοιοπαθητικών σκευασμάτων και σε αυτούς δεν αντενδείκνυται, αντιθέτως ενισχύει την θεραπεία τους.

Πέραν αυτών, μπορούν να ληφθούν ειδικά μέτρα προστασίας για τις ομάδες του πληθυσμού που θεωρούνται ευάλωτες, βασιζόμενα όμως πρωτίστως στη δική τους πρωτοβουλία ή συναίνεση κι επ' ουδενί υποχρεωτικά. Η διάλυση των οίκων ευγηρίας, στην ιδρυματική μορφή που λειτουργούν σήμερα, και η επιστροφή των ηλικιωμένων στην κοινότητα με εξατομικευμένη φροντίδα είναι πιθανώς ένα σημαντικό μέτρο, δεδομένου ότι σε τέτοια ιδρύματα σημειώθηκαν τα μεγαλύτερα κύματα θανάτων (όπως και σε όλες τις δομές εγκλεισμού, άλλωστε). Κάποια αξιόπιστα τεστ μπορούν και να πρέπει να χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο μιας λελογισμένης ιατρικής διαγνωστικής, όπως σε όλες τις άλλες περιπτώσεις κλινικών εξετάσεων. Και βεβαίως, δεν χρειάζεται να το πούμε, το *ιατρικό απόρρητο* οφείλει να είναι σεβαστό και απαραβίαστο για όλους.

Όλες οι παραπάνω στρατηγικές είναι εύκολο να υλοποιηθούν, αρκεί να υπάρχει βούληση και μια στοιχειώδης οργανωτική επάρκεια. Δικαιολογία κόστους δεν μπορεί να υπάρξει, διότι κοστίζουν *απείρως λιγότερο* από τα δισεκατομμύρια που έχουν κατασπαταληθεί για φαραωνικές προπαγανδιστικές εκστρατείες στα υποτελή ΜΜΕ και για την αγορά άχρηστων κι επικίνδυνων εμβολίων που πιθανότητα θα καταλήξουν —όπως συνέβη και τόσες άλλες φορές στο παρελθόν— στις χωματερές. Το οικονομικό αυτό έγκλημα, παρεμπιπτόντως, συμπληρώνει το υγειονομικό που έχει

⁵³ <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-issues-advice-use-antibody-combination-bamlanivimab-etesevimab>

διαπραχθεί, ακριβώς στο όνομα της «δημόσιας υγείας», από μια κυβέρνηση η οποία δεν μπορεί να διαφεύγει εσαεί τις ποινικές, πέρ' από τις καθαυτό πολιτικές, ευθύνες.

8c. Προϋπόθεση για οιαδήποτε περαιτέρω συζήτηση είναι η *άμεση άρση όλων των έκτακτων περιοριστικών μέτρων* και η επιστροφή της κοινωνικής ζωής στην πρότερη κατάσταση. Διότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος που αντιμετωπίζουμε είναι να γίνουμε ένα *ολοκληρωτικό κράτος διαρκούς εκτάκτου ανάγκης* – για το οποίο, δυστυχώς, δεν υπάρχει άλλη θεραπεία εκτός από μια βίαιη κοινωνική έκρηξη.

Και, αν πρέπει να πούμε κι αυτό καταλήγοντας, μια ιδιαίτερη ευθύνη για τις μελλοντικές εξελίξεις έχουν *όλες* οι πολιτικές παρατάξεις που εκ συστάσεως έχουν συνδέσει την ύπαρξή τους με την υπεράσπιση των *ανθρώπινων και κοινωνικών δικαιωμάτων*. Όλα τα δικαιώματα που έχουν ποτέ αναγνωρισθεί και θεσπισθεί στις νεωτερικές κοινωνίες έχουν ως θεμέλιο το πρωταρχικό και απαραμείωτο *δικαίωμα του ατόμου πάνω στο ίδιο του το σώμα*.⁵⁴ Και είναι αυτό το δικαίωμα που απειλούν να μας αφαιρέσουν οι τρέχουσες υγειονομικές πολιτικές, κάτι που μόνο από τον γερμανικό ναζισμό έχει επιχειρηθεί τόσο μαζικά στο πρόσφατο παρελθόν σε ευρωπαϊκό έδαφος. Το να μιλάμε για εργατικά δικαιώματα, για δικαιώματα στην εκπαίδευση ή στην κατοικία —τα οποία δέχονται επίσης άγρια επίθεση τούτη τη στιγμή, και ορθώς η Αριστερά κινητοποιείται για την υπεράσπισή τους— δεν έχει κανένα απολύτως νόημα εάν έχουμε ήδη εκχωρήσει το πλέον ζωτικό: τον έλεγχο των ζωτικών μας λειτουργιών, το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και την κυριότητα στο ίδιο μας το σώμα.

⁵⁴ Όχι τυχαία, η πρώτη γραπτή αναγνώριση δικαιωμάτων στη μεταμεσαιωνική Ευρώπη έφερε το όνομα «Habeas Corpus»: το *σώμα* ως μετωνυμία του ίδιου του δικαιώματος είναι μεστή πραγματικών και συμβολικών σημασιών· η παραγνώρισή τους ισοδυναμεί με συνθήκη αποπροσωποποίησης και δουλείας.



Δ.Ε.Υ.Δ.Η.