

Είναι ο Καπιταλισμός Ασθένεια; Μέρος Δεύτερο

Των R. Lewontin & R. Levins (μετάφραση: Πέτρος Λυμπεράκης)

Μια ριζοσπαστική κριτική

Μια ριζοσπαστική κριτική της ιατρικής πρέπει να ασχοληθεί με αυτά που αρρωσταίνουν τους ανθρώπους και το είδος και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν οι άνθρωποι. Μια Μαρξιστική προσέγγιση της υγείας θα επιχειρούσε να συνθέσει τις ιδέες της οικοσυστημικής υγείας, της περιβαλλοντικής δικαιοσύνης, του κοινωνικού καθορισμού της υγείας, της «υγείας για όλους» και της εναλλακτικής ιατρικής. Μια όψη της προσέγγισής μου στα θέματα υπηρεσιών υγείας προέρχεται από το υπόβαθρό μου ως οικολόγου. Εξέτασα τις διαφορές στην υγεία σε διαφορετικές περιοχές, εργασιακές ομάδες, ηλικιακές ομάδες ή άλλες κοινωνικά καθορισμένες κατηγορίες. Πόσο ποικίλει, ρωτούσα, το αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας σε διάφορες πολιτείες των ΗΠΑ, μεταξύ διαφορετικών επαρχιών στο Κάνσας, διαφορετικών επαρχιών στην Κούβα, διαφορετικών περιφερειών σε μια Βραζιλιάνικη ή μία Καναδική πολιτεία; Από αυτή την εργασία προέκυψαν ενδιαφέροντα πρότυπα. Οι συνεργάτες μου κι εγώ εξετάσαμε το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας σε καθεμιά από τις περιοχές αυτές τόσο ως μέσο όρο, όσο και πώς, σε κάθε περιοχή, κυμαινόταν, αντανακλώντας την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, μεταξύ άλλων παραγόντων, από το καλύτερο στο χειρότερο. Αυτό που είδαμε ήταν ότι η βρεφική θνησιμότητα στις ΗΠΑ ήταν λίγο ως πολύ συγκρίσιμη με την Κούβα, ότι το Κάνσας είχε λίγο υψηλότερο ποσοστό από το μέσο όρο των ΗΠΑ, και το Rio Grande do Sul της Βραζιλίας είχε ένα πιο τυπικό, και πολύ υψηλότερο, τριτοκοσμικό ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας. Το ότι η Κούβα είχε τόσο καλές επιδόσεις δεν αποτέλεσε έκπληξη.

Εντούτοις, όταν είδαμε τα ίδια δεδομένα από την οπτική της διακύμανσης από το καλύτερο στο χειρότερο ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας, δηλαδή τη διαφοροποίηση εντός δεδομένων πληθυσμών, ένας αποτελεσματικός δείκτης δικαιοσύνης, αποκαλύφθηκαν πολλά περισσότερα. Η μεγαλύτερη διακύμανση ήταν μεταξύ των επαρχιών του Κάνσας ενώ μικρότερη ήταν αυτή μεταξύ των πολιτειών των ΗΠΑ. Η διαφορά μεταξύ των περιφερειών του Rio Grande ήταν ακόμη μικρότερη και η μικρότερη υπήρχε στην Κούβα. Ανάλογα συμβαίνουν αν εξετάσουμε όλα τα αίτια θανάτου. Ξανά, εξετάσαμε μέσα ποσοστά και ανισότητες· διαιρέσαμε τη διακύμανση, τη διαφορά μεταξύ καλύτερου και χειρότερου με το μέσο όρο. Για το Κάνσας η διακύμανση προς το μέσο όρο ήταν 0,85 ενώ στην Κούβα 0,34. Είδαμε ότι τα ποσοστά καρκίνου στο Κάνσας και την Κούβα ήταν συγκρίσιμα αλλά η μεταβλητότητα ήταν υψηλότερη στο Κάνσας από ότι στην Κούβα. Το Saskatchewan του Καναδά ήταν κάπου μεταξύ των δύο.

Ο λόγος που επιλέξαμε αυτές τις περιοχές ήταν ότι η Βραζιλία, ο Καναδάς και το Κάνσας έχουν καπιταλιστικές οικονομίες όπου οι αποφάσεις για επενδύσεις βασίζονται στη μεγιστοποίηση του κέρδους παρά σε κάποια κοινωνική προσταγή για την εξίσωση των οικονομικών καταστάσεων.

Τα εθνικά συστήματα υγείας των Saskatchewan, Rio Grande do Sul και Κούβας παράσχουν αρκετά ομοιόμορφη κάλυψη υγείας σε δεδομένη έκταση. Οι περιοχές του Καναδά και του Ρίο Γκράντε έχουν το πλεονέκτημα ενός καλύτερου και δίκαιου συστήματος υγείας, αλλά αντιθέτως από την Κούβα, φέρουν τα μειονεκτήματα του καπιταλισμού που τους δίνει ενδιαμέση θέση στη μεταβλητότητα των αποτελεσμάτων υγείας.

Η μέθοδος μπορεί να εφαρμοστεί για τη σύγκριση διαφόρων ασθενειών. Μια ερώτηση που θέλομε να προσεγγίσουμε είναι αν η μεταβλητότητα είναι μεγαλύτερη μεταξύ πολιτειών και άλλων μεγάλων γεωγραφικών περιοχών, η μεταξύ μικρών περιοχών όπως οι επαρχίες. Υπάρχουν σοβαροί λόγοι για τους οποίους θα μπορούσε να είναι της μίας ή της άλλης μορφής. Για παράδειγμα, ο καιρός θα μπορούσε να επηρεάζει τα δεδομένα σε μεγάλες εκτάσεις, αλλά δεν είναι η μόνη μεταβλητή. Άλλες θα μπορούσαν να μεταβάλλονται έντονα σε μικρές γεωγραφικές ενότητες, εξαφανιζόμενες στους μέσους όρους των μεγάλων εκτάσεων. Όταν μπορούμε να ελέγξουμε μικρότερες περιοχές, όπως τις συνοικίες στην πόλη Wichita, του Κάνσας, βρίσκομε μέχρι και τριπλάσια διαφορά στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ τους. Σημειώνομε επίσης ότι η ανεργία στο Κάνσας κυμαίνεται στο 9-10% στις περισσότερες επαρχίες, αλλά αγγίζει το 30% στη Βορειανατολική Wichita. Γιατί; Διότι οι συνοικίες δεν είναι απλά τμήματα του περιβάλλοντος. Είναι δομημένες. Όπου υπάρχει μια πλούσια συνοικία, υπάρχει ανάγκη μιας φτωχής, όπως της Βορειανατολικής Wichita, για να την εξυπηρετεί. Έτσι, όποτε μπορούμε να συγκεντρώσουμε δεδομένα μεταξύ συνοικιών, παρατηρούμε πολύ μεγάλες διαφοροποιήσεις στις κοινωνικές συνθήκες, και κατά συνέπεια, στην ποιότητα και ποσότητα υπηρεσιών υγείας, εντελώς αχρείαστων με τους δεδομένους περιορισμούς στην ιατρική γνώση και τους πόρους.

Μια ενδιαφέρουσα περίπτωση εντοπίζεται στο Μεξικό, όπου διενεργήθηκε μια μελέτη σε πολλά χωριά, κατατάσσοντάς τα αναλόγως με το βαθμό περιθωριοποίησης τους από τη ζωή της χώρας. Μεταβλητές που εξετάστηκαν ήταν η ύπαρξη τρεχούμενου νερού ή το ποσοστό των Ισπανόφωνων. Η έρευνα έδειξε ότι όσο πιο περιθωριακές ήταν οι κοινότητες τόσο χειρότερες οι επιδόσεις υγείας. Απροσδόκητα, όμως, καταγράφηκαν πολύ μεγάλες διαφορές μεταξύ πολύ φτωχών χωριών, που δεν παρατηρήθηκαν στα χωριά που είναι ενταγμένα στην Μεξικανική οικονομία.

Μια ακόμη παραγνωρισμένη οικολογική αρχή στη δημόσια υγεία είναι ότι όταν μια κοινωνία ή ακόμη ένας οργανισμός πιέζεται για οποιονδήποτε λόγο (για παράδειγμα, χαμηλό εισόδημα, ακραίο κλίμα) θα είναι εξαιρετικά ευαίσθητος σε άλλες ανισότητες. Έτσι, αν οι άνθρωποι έχουν πολύ χαμηλό εισόδημα, οι αλλαγές στις εποχικές θερμοκρασίες καθίστανται πολύ σημαντικές. Στα τέλη φθινοπώρου, αρχές χειμώνα, οι θάλαμοι επειγόντων έχουν πολλούς ανθρώπους με εγκαύματα από σόμπες κηροζίνης, φούρνους και άλλα επικίνδυνα μέσα που χρησιμοποιούνται για να αντισταθμίσουν την ανεπαρκή θέρμανση στα σπίτια τους. Γι' αυτούς, μια μικρή διαφορά στη θερμοκρασία μπορεί να επιφέρει μεγάλες επιπτώσεις στην υγεία τους, διαφορά που δεν επηρεάζει ωστόσο τους πιο εύπορους. Το ίδιο ισχύει και με το φαί. Όταν μένουν άνεργοι ή όταν ανεβαίνουν οι τιμές, οικονομούν μειώνοντας τα τρόφιμα και άλλα έξοδα με άμεση επίπτωση στη διατροφή. Αν είσαι εκπληκτικός καταναλωτής, μαζεύεις όλα τα κουπόνια, και συγκρίνεις όλες τις διαφημίσεις των supermarket, ίσως και να πετύχεις τσίμα - τσίμα το «καλάθι του φτωχού» του Υπουργείου Γεωργίας. Οι άνθρωποι όμως που σχεδιάζουν αυτά τα εξωπραγματικά «καλάθια» υποθέτουν ότι καθένας είναι δαιμόνιος καταναλωτής. Αν τύχει όμως να μην είσαι τόσο καλός, ή ότι διαβάζεις μεν τις αγγελίες αλλά δεν μπορείς να φύγεις για δυο ώρες για να συγκρίνεις τιμές, ή ότι ζεις σε μια γειτονιά όπου το τοπικό supermarket δεν ήταν αρκετά κερδοφόρο όσο υπολόγιζε η μεγάλη αλυσίδα που το κατείχε, και το έκλεισε, εξαφανίζοντας μαζί του και τη δυνατότητα να πάρεις ποιοτικό φαγητό. Ή υποθέστε ότι ευχαρίστως θα τρώγατε βιολογικά τρόφιμα για μεσημεριανό, αλλά έχετε όλη κι όλη μισή ώρα να κατεβείτε στα αυτόματα μηχανήματα. Κάτω από αυτές τις συνθήκες οι ατομικές διαφορές στους χώρους εργασίας, πόση ενέργεια έχετε, αν έχετε διαθέσιμη babysitter, μπορούν να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία σας.

Η ψευδαίσθηση της επιλογής

Η «φτωχή» υγεία τείνει να συγκεντρώνεται στις φτωχές περιοχές. Οι συντηρητικοί θα πουν «προφανώς η φτώχεια δεν σας κάνει καλό, αλλά δεν παίρνουν όλοι τον κακό δρόμο. Εγώ τα κατάφερα, εσύ γιατί δεν μπορείς; Κάποιοι που έγιναν διευθυντικά στελέχη εταιρειών βγήκαν από αυτή τη γειτονιά». Αυτό που χάνουν είναι η έννοια της αυξημένης τρωτότητας. Η φαινομενική επουσιώδης διαφορά εμπειρίας μπορεί να έχει πολύ μεγάλη επίπτωση στην υγεία κάποιου που είναι περιθωριακός. Ας υποθέσουμε ότι μια μαθήτρια έχει λίγη μυωπία, αλλά, επειδή είναι ψηλή, τοποθετείται στα πίσω θρανία της αίθουσας. Ο κουρασμένος δάσκαλος δεν παρατηρεί ότι η μαθήτρια δεν μπορεί να δει τον πίνακα. Αυτή νευριάζει-τσακώνεται με το παιδί στο διπλανό θρανίο. Αίφνης, γίνεται άτομο με «μαθησιακές δυσκολίες» και οδηγείται σε μια δεδομένη επαγγελματική πορεία ενώ θα μπορούσε να είχε γίνει μεγάλη ποιήτρια. Σε μια πιο εύπορη κοινότητα με μικρότερες τάξεις και καθηγητές που δίνουν προσοχή, το παιδί αυτό απλώς θα έβαζε γυαλιά. Ατομικές διαφορές μπορούν να προκύψουν από οτιδήποτε, από προσωπικές εμπειρίες κατά την ανάπτυξη, ακόμη και από τη γενετική. Αλλά ακόμη και αν η γενετική είναι υπεύθυνη για ένα δεδομένο ανθρώπινο χαρακτηριστικό, είναι υπεύθυνη μόνο μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Για παράδειγμα σε ένα εργοστάσιο που εκπέμπει τοξικό καπνό, μεγαλύτερα ποσοστά ανθρώπων θα αναπτύξουν καρκίνο· αυτοί με προδιάθεση για καρκίνο έχουν επίσης συκώτια που δεν είναι ικανά για το μεταβολισμό ενός συγκεκριμένου χημικού. Αυτή αποτελεί γενετική μεταβλητή και συνεπώς γενετική ασθένεια, αλλά εμφανίζεται μόνο κατά την έκθεση στους καπνούς. Ο καρκίνος δεν είναι αποτέλεσμα μόνο γενετικής· αποτελεί επίπτωση και του περιβάλλοντος.

Επουσιώδεις βιολογικές διαφορές μπορούν να αποτελέσουν το σημείο γύρω από το οποίο εστιάζονται σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή: το πιο προφανές είναι το χρώμα. Η διαφορά μελανίνης μεταξύ Αμερικάνων Αφρικανικής ή Ευρωπαϊκής καταγωγής, θεωρημένη από γενετικής και φυσιολογικής σκοπιάς είναι επουσιώδης. Αφορά αποκλειστικά τον τρόπο κατανομής της μελανίνης στο δέρμα. Η διαφορά αυτή όμως μπορεί να σου κοστίσει δέκα χρόνια ζωής. Μπορεί άραγε να θεωρηθεί ως θανατηφόρο γονίδιο; Το γονίδιο για υψηλή συγκέντρωση χρώματος έχει να κάνει και με υψηλότερα ποσοστά συλλήψεων από την αστυνομία; Ένας τυπικός γενετιστής θα κοιτούσε οικογενειακά ιστορικά και θα κατέληγε στο ότι εάν έχει συλληφθεί ο θείος σας θα υπήρχε υψηλότερη πιθανότητα να συλληφθείτε και εσείς. Συμπέρασμα: η αιτία της εγκληματικότητας είναι γενετική. Ακολουθώντας τους κανόνες της γενετικής με το μηχανιστικό αυτό τρόπο, αυτό που προκάλεσε το έγκλημα είναι η κληρονομικότητα. Αυτό έχει τόσο νόημα όσο και η θέση ότι οι μαύροι υποφέρουν περισσότερο από φυματίωση λόγω κακών γονιδίων. Η γενετική δεν αποτελεί εναλλακτική ερμηνεία κοινωνικών καταστάσεων· είναι ένα συστατικό στην αναζήτηση αιτιακών παραγόντων. Υπάρχει μια λεπτή αλληλεξάρτηση μεταξύ βιολογικών, γενετικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων.

Η συμπεριφορά είναι μια από τις περιοχές στις οποίες θέλουν να παρέμβουν οι εργαζόμενοι στη δημόσια υγεία, με το επιχείρημα ότι αυτό που σε μεγάλο βαθμό διαφοροποιεί τα αποτελέσματα υγείας μεταξύ φτωχών και πλούσιων έχουν να κάνουν με τις συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα, την άσκηση και τη δίαιτα. Οι συντηρητικοί, έχοντας υποχρεωτικά πια παραδεχθεί τις μεγάλες διαφορές στην υγεία μεταξύ πλούσιων και φτωχών, λένε τώρα «Ναι, αυτές υπάρχουν λόγω των μη συνετών αποφάσεων που παίρνουν οι φτωχοί. Η κατάλληλη θεραπεία είναι η εκπαίδευση. Ξέρομε ότι τα παιδιά έχουν καλύτερες επιδόσεις αν η μάνα τους έχει περισσότερη εκπαίδευση, άρα αυτό που χρειαζόμαστε είναι προγράμματα εκπαίδευσης για να διδάξουν στους ανθρώπους το πως να αντεπεξέρχονται στην κατάσταση τους».

Κάποια προγράμματα εκπαίδευσης υγείας είναι πολύτιμα. Οι οδηγίες υγείας στα εργοστάσια βοηθούν τους ανθρώπους να αντεπεξέρχονται με τις μη ασφαλείς συνθήκες. Ας εξετάσουμε προσεκτικότερα την ερώτηση περί επιλογών. Τα κέντρα ελέγχου ασθενειών και άλλοι που ασχολούνται με το θέμα λένε ότι έχουμε επιλογές μόνο για ορισμένα πράγματα ενώ άλλα μας επιβάλλονται από το περιβάλλον. Θα μας έβαζαν να διακρίνομε μεταξύ μειονεκτημάτων που μας επιβάλλονται, τα οποία μπορεί να είναι άδικο ή/και μπορούν να απαλειφθούν, και αυτών που επιλέγομε ελεύθερα και για τα οποία μόνο στους εαυτούς μας μπορούμε να επιρρίψομε ευθύνες. Ένας Μαρξιστής με επιλογές μεταξύ αμοιβαία αποκλειόμενων κατηγοριών όπως του περιβάλλοντος έναντι της επιλογής, της κληρονομικότητας έναντι της εμπειρίας, του βιολογικού έναντι του κοινωνικού, γνωρίζει ότι πρέπει να αμφισβητήσει τις ίδιες τις κατηγορίες. Η επιλογή συνεπάγεται και την απουσία επιλογής. Επιλογές γίνονται πάντα από μια ποικιλία εναλλακτικών που σου προφέρει κάποιος άλλος. Το ξέρομε από τις εκλογές και τα ψώνια. Επιλέγομε φαγητό, αλλά μόνο από τα προϊόντα τα οποία αποφάσισε μια εταιρεία να μας διαθέσει. Η επιλογή διακρίνεται από την έλλειψη επιλογής, τη μη επιλογή. Ισχύει το ίδιο αναφορικά με τη δυνατότητα να ασκήσεις επιλογή. Υπάρχουν πάντα προϋποθέσεις για την άσκηση επιλογής. Αν οι συνθήκες ζωής είναι πολύ φτωχές ή ασκείται καταπίεση, κάποιες, σε άλλες συνθήκες ασύνετες επιλογές, γίνονται το μικρότερο κακό.

Οι άνθρωποι της δημόσιας υγείας ανησυχούν, όπως σχεδόν όλοι, για τις εφηβικές εγκυμοσύνες που είναι γενικώς κακή ιδέα. Οι έφηβες μητέρες δεν έχουν εμπειρία· υπάρχει πιθανότητα να έχουν δυσκολίες στη φροντίδα τους μωρού· τα μωρά έχουν περισσότερες πιθανότητες να είναι ελλιποβαρή. Μολαταύτα, καταγράφεται ότι η υγεία των βρεφών που γεννιούνται από αφροαμερικανές έφηβες είναι καλύτερη από τα αντίστοιχα αφροαμερικανίδων στα είκοσί τους. Γιατί; Το περιβάλλον του ρατσισμού επιβαρύνει την υγεία σε τέτοιο βαθμό που αν πρόκειται να κάνεις παιδί έχει νόημα να το κάνεις νωρίς. Κάτι που δεν είναι προφανές όταν απλά δηλώνομε ότι «Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι επικίνδυνη». Πρέπει να δούμε την εφηβική εγκυμοσύνη σε ευρύτερο πλαίσιο πριν σκεφτούμε να το καταστήσομε απλά ένα θέμα δημόσιας υγείας.

Το κάπνισμα είναι άλλο παράδειγμα. Το κάπνισμα αυξάνει αντιστρόφως ανάλογα με την ελευθερία στο χώρο εργασίας. Οι άνθρωποι με λίγες επιλογές στη ζωή, έχουν τουλάχιστον την επιλογή του καπνίσματος. Είναι ένας από τους ελάχιστους νόμιμους τρόπους να βγεις για διάλειμμα. Υπάρχουν συνεπώς άνθρωποι που επιλέγουν: «Ναι» λένε, «ίσως σε είκοσι χρόνια πάθω καρκίνο αλλά σήμερα με κρατά ζωντανό». Οι ανθυγιεινές επιλογές που κάνουν οι άνθρωποι δεν είναι παράλογες επιλογές. Πρέπει να τις θεωρήσομε ως περιορισμένου ορθολογισμού, την καλύτερη διέξοδο από μια κακή κατάσταση. Οι περισσότερες φαινομενικά ανόητες αποφάσεις που κάνουν οι άνθρωποι έχουν σχετική λογική δεδομένων των συνθηκών, οπότε είναι μάλλον απίθανη η αλλαγή συμπεριφοράς κάνοντάς τους διαλέξεις. Πρέπει να αμφισβητηθεί το πλαίσιο εντός του οποίου λαμβάνονται οι αποφάσεις.

Μια άλλη διάσταση της επιλογής αφορά στον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε το χρόνο. Παίρνοντας μια απόφαση σχετική με την υγεία, υποθέτομε ότι κάτι που κάνομε σήμερα θα έχει επιπτώσεις αργότερα. Αυτό ίσως φαντάζει προφανές, αλλά δεν αποτελεί την εμπειρία όλων. Οι περισσότεροι άνθρωποι δεν βιώνουν το είδος της ελευθερίας που επιτρέπει τον έλεγχο της ίδιας τους της ζωής, που θα τους επέτρεπε να πουν «θα σταματήσω το κάπνισμα τώρα για να μην πάθω καρκίνο σε είκοσι χρόνια». Δεν μπορεί να οργανώσει καθένας το χρόνο του βάση ενός τακτικού ετήσιου χρονοδιαγράμματος. Στη μέσα πόλη του San Juan στο Puerto Rico, η ζωή είναι τέτοια που κάποιος μπορεί να εργάζεται σήμερα ξεφορτώνοντας ένα καράβι για εικοσιτρείς ώρες την ημέρα για δυο μέρες, να κοιμηθεί μετά

για τρεις μέρες και ξαφνικά να δουλέψει σερβιτόρος για δυο μέρες γιατί ο ξάδερφός του πρέπει να πάει σε μια κηδεία στα βουνά. Ο χρόνος δεν έχει την ίδια δομή όταν δεν μπορείς να κάνεις σίγουρα σχέδια για το τι θα σου συμβεί αργότερα.

Σε αντίθεση, η ζωή φερ' ειπείν των ακαδημαϊκών είναι αξιοσημείωτη για τον τρόπο που είναι οργανωμένη. Οι φοιτητές μπορούν να κάνουν επιλογές σπουδών που σε δύο ή τρία χρόνια θα τους προετοιμάσουν για μια επαγγελματική πορεία. Σε ένα μικρότερο διάστημα, ένα καθηγητής μπορεί να ζητήσει τη βολική διαμόρφωση του προγράμματός του σε πρότυπα γύρω από Δευτέρες Τετάρτες και Παρασκευές ή Τρίτες και Πέμπτες. Οι γιατροί αποφασίζουν πότε θα δουν ασθενείς, πότε θα πάνε στη βιβλιοθήκη και πότε σε σεμινάρια. Κάποιοι άνθρωποι μπορούν συνεπώς να οργανώσουν τη ζωής τους με τρόπο που όντως να μπορούν να κάνουν προβλέψεις. Όχι προφανώς απόλυτες προβλέψεις. Μπορούν να προκύψουν καταστάσεις· μπορεί να μας χτυπήσει αυτοκίνητο. Βασικά όμως, όσο μεγαλύτερο έλεγχο έχεις στην ζωή σου και στην εμπειρία της ζωής σου, τόσο περισσότερο νόημα έχει να κάνεις τις επιλογές σου σύμφωνα με τις συστάσεις των ειδικών δημόσιας υγείας, και τόσο περισσότερο τις πιθανότητες άσκησης επιλογής. Συνεπώς η απάντηση σε αυτούς που μιλάνε για λήψη αποφάσεων και επιλογή, είναι να τους πούμε πριν απ' όλα, να αυξήσουν το εύρος των επιλογών. Δεύτερο, πρέπει να προσφέρουν εργαλεία για τη λήψη αποφάσεων. Τρίτο, ασφαλώς, οι άνθρωποι πρέπει να ελέγχουν τις ζωές τους ώστε να ασκούν όλες τους τις ικανότητες για τη λήψη αποφάσεων με νόημα. Κάνοντας κάθε ένα από αυτά τα βήματα αμφισβητούμε ευθέως τις ψεύτικες διχοτομίες που κυβερνούν τη σκέψη γύρω από τη δημόσια υγεία και την περιορίζουν εντός προαποφασισμένων κοινωνικών ορίων.

Τι μπορεί να γίνει;

Σε μια πρόσφατη συνάντηση που συμμετείχα, μοιράστηκε ένα άρθρο που έθετε το εξής δίλημμα: Γιατί, ζώντας σε μια δημοκρατία όπου οι πολίτες πρέπει να ψηφίζουν, επιτρέπομε πολιτικές που δημιουργούν ανισότητες οι οποίες έχουν τόσο αρνητικές συνέπειες στην υγεία μας; Πώς ερμηνεύεται αυτό; Έχομε συστήματα που βελτιώνουν τη γεωργία αλλά αυξάνουν την πείνα. Φτιάχνουμε νοσοκομεία και γίνονται κέντρα διάδοσης νέων ασθενειών. Επενδύουμε σε μηχανικά έργα για τον έλεγχο των πλημμυρών και αυτά μεγαλώνουν τις ζημιές από πλημμύρες. Τι πάει στραβά; Μια απάντηση είναι ότι δεν είμαστε αρκετά έξυπνοι. Ή τα προβλήματα είναι απλώς πολύ σύνθετα, ή είμαστε πολύ εγωιστές ή έχομε κάποιο ελάττωμα. Ή, έχοντας αποτύχει, να εξαλείψομε την πείνα, να βελτιώσομε την υγεία των ανθρώπων, και να ξεμπερδέσομε με τις ανισότητες, ίσως πρέπει να δεχτούμε τα γεγονότα και να συμπεράνομε ότι απλώς αυτά δεν γίνονται. Ή ίσως είμαστε ένα είδος ανίκανο να ζήσομε μια συνεργατική ζωή, σε αρμονική σχέση με τη φύση.

Πρέπει να απορρίψομε κάθε τέτοιο, αχρείαστα απαισιόδοξο, συμπέρασμα. Η ιστορία των αγώνων είναι μακριά και όχι χωρίς επιτεύγματα. Αλλά ο αγώνας είναι επίσης δύσκολος. Για παράδειγμα, είναι εύκολο να αφηνόμαστε στην ψευδαίσθηση δημοκρατίας και σε μια αγαθοεργή κυβέρνηση να μας λύσει τα προβλήματα. Θεωρώντας όμως τις πολιτικές που αναδύονται από τους θεσμούς αυτούς της δημοκρατίας, βλέπομε ότι αυτές που φαινομενικά στοχεύουν στη βελτίωση τη ζωή των ανθρώπων, σχεδόν πάντα χωλαίνουν από κάποιο κρυμμένο παράπλευρο όρο. Είμαι βέβαιος ότι στο σύνολο, ο πρόεδρος Κλίντον μάλλον θα επιθυμούσε οι άνθρωποι να καλύπτονταν από ασφάλεια υγείας παρά το αντίθετο. Αλλά αυτό υπόκειται στον παράπλευρο όρο ότι η κερδοφορία της βιομηχανίας της ασφάλισης πρέπει να προστατευτεί. Πιθανότατα θα ήθελε να είναι τα φάρμακα φτηνότερα, αλλά μόνο εάν η φαρμακοβιομηχανία συνεχίσει να βγάζει υψηλά κέρδη. Στο

εξωτερικό, οι ΗΠΑ θα ήθελαν οι χωρικοί να έχουν γη, αλλά μόνον εάν δεν απαλλοτριωνόταν από ιδιοκτήτες φυτειών. Ο βασικός λόγος αποτυχίας των προγραμμάτων δεν είναι η ανικανότητα, η άγνοια, ή η βλακεία, αλλά διότι περιορίζονται από τα συμφέροντα των ισχυρών. Μερικές φορές ανακαλύπτομε ότι μέρος ενός προγράμματος υλοποιείται επιτυχώς και άλλο μέρος όχι. Μια επιχειρηματική ζώνη μπορεί να θεσμοθετηθεί στο εσωτερικό μιας πόλης που όντως φέρνει επενδύσεις, αλλά δεν υπάρχουν επιπτώσεις στη φτώχεια γιατί η υπόθεση του ότι τα οφέλη θα διαχέονταν προς τα κάτω αποτελούσε ψευδαίσθηση. Ένα λογικό ποσοστό κέρδους ήταν ο στόχος των εργαλάβων. Όταν αυτό επετεύχθη, τίποτε άλλο δεν είχε σημασία.

Ένας καλός τρόπος να δούμε πώς λειτουργούν αυτοί οι κρυμμένοι περιορισμοί, αυτά τα συστημικά εμπόδια, είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας αλλού. Οι υπηρεσίες υγείας στις ΗΠΑ υπάρχουν στο φόντο του αχαλίνωτου καπιταλισμού της χώρας. Περιγράψαμε επί μακρόν τις προοπτικές και τα προβλήματα του συστήματος. Στη Ευρώπη όμως οι Σοσιαλδημοκράτες, ιστορικά, ακολούθησαν μια διαφορετική προσέγγιση - προσέγγιση που αναγνωρίζει την ανισότητα ως εμπόδιο. Θεώρησαν την ανεργία, για παράδειγμα, ως κοινωνικό πρόβλημα παρά ως αναπόφευκτο παραπροϊόν μιας ζωντανής αγοράς. Ένα δημοτικό συμβούλιο θα το αντιμετώπιζε χρηματοδοτώντας ένα κέντρο ανεργίας, με ειδικούς να τους συμβουλεύουν για τα δικαιώματά τους σε ασφάλιση και άλλα ευεργετικά προγράμματα. Το κέντρο μπορεί επίσης να οργανώσει ομάδες υποστήριξης όπου οι άνθρωποι μπορούν να ασχοληθούν με τα συναισθήματά τους επειδή δεν μπορούν να φέρουν εισόδημα στο σπίτι.

Τοπικές κυβερνήσεις μπορούν να αντιμετωπίσουν άλλες κοινωνικές ανησυχίες. Στο Λονδίνο υπάρχει πρόγραμμα για το σπάσιμο της απομόνωσης νερών μητέρων, όπου μπορούν να συναντηθούν, να μοιραστούν εμπειρίες και να τους παρασχεθεί υποστήριξη. Φυσικά κανένα από αυτά τα μέτρα δεν επηρεάζει την κερδοφορία ούτε αμφισβητεί την αγορά. Άρα το συμβούλιο δεν δημιουργεί απασχόληση. Ακόμη και τα πιο μακρόθωρα προγράμματα που εισήγαγαν οι Ευρωπαϊκές σοσιαλδημοκρατικές κυβερνήσεις δεν αμφισβητούν την καπιταλιστική τάξη με κανένα τρόπο. Αυτό που προσπαθούν, είναι να κάνουν τα πράγματα πιο ισότιμα, για παράδειγμα, μέσω προοδευτικής φορολογίας εισοδήματος ή γενναιόδωρων ασφαλίσεων ανεργίας. Στη Σουηδία οι εργαζόμενοι στις μεταφορές απαίτησαν καλύτερο φαγητό ώστε να μειωθούν τα ποσοστά καρδιοπαθειών μεταξύ των οδηγών φορτηγών. Οργανώθηκαν για να βελτιώσουν την ποιότητα του φαγητού σε καντίνες στους δρόμους και συνεργάστηκαν με ιδιοκτήτες καντινών και εστιατορίων και το φαγητό βελτιώθηκε. Σε άλλες περιοχές, τα συνδικάτα διαπραγματεύτηκαν συλλογικές συμφωνίες για την αλλαγή βαρδιών, ωρών και συνθηκών εργασίας. Τα συνδικάτα αναγνώριζαν ότι τα θέματα υγείας δεν ήταν παρά μια άλλη έκφανση των ταξικών σχέσεων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις η βελτίωση των συνθηκών εργασίας έχει σχετικά μικρό κόστος. Κανένας εργαζόμενος δεν θα αρνηθεί την τοποθέτηση σήμανσης που θα υπενθυμίζει στους εργαζόμενους να φορούν τα κράνη τους στο εργοτάξιο. Τα πράγματα αρχίζουν να μπλέκουν όταν μιλάμε για την αναδιοργάνωση της εργασίας ή την διάθεση χρημάτων. Εάν τα διατιθέμενα χρήματα προέρχονται από φόρους, μέσω κυβερνητικών προγραμμάτων για τη βελτίωση της υγείας, είναι αναμενόμενη η αντίδραση της επιχειρηματικής τάξης. Και εάν μετά κάθε νέο έξοδο, αντιληφθούν κάποια παρέμβαση στην ανταγωνιστική τους θέση, η αντίδρασή τους μπορεί να λάβει κάποια πολιτική μορφή, για παράδειγμα την ανάκληση μερών των κανονισμών υγείας και ασφαλείας. Όταν τα έξοδα πρέπει να καλυφθούν από συγκεκριμένο εργοδότη, ίσως μέσω αιτήματος ενός σωματείου, οι αντιστάσεις θα είναι ακόμη πιο έντονες. Θα πουν ότι είναι κακό για τον ανταγωνισμό και θα απειλήσουν να κλείσουν και να μεταφερθούν αλλού. Εάν τα αιτήματα του συνδικάτου αφορούν στην

οργάνωση της ίδιας της δουλειάς, η διοίκηση θα δει εργαζόμενους που παρεμβαίνουν στον πυρήνα των ταξικών προνομίων. Στην περίπτωση αυτή, μόνο ένα ισχυρό και καλά οργανωμένο εργατικό κίνημα θα είναι ικανό να επιβάλει αλλαγές.

Όταν η πολιτική υγείας θεωρηθεί από την άποψη θεμάτων που αφορούν μια άμεση αντιπαράθεση θεμελιωδών συμφερόντων της άρχουσας τάξης, κάποια από τα οποία αφορούν απλώς σχετικά οφέλη σε μια τάξη, και τα οποία είναι σχετικώς ουδέτερα, μπορούμε να προβλέψουμε τα είδη των μέτρων που είναι πιθανά. Αυτό τονίζει το ψέμα στην έννοια ότι η κοινωνία προσπαθεί να βελτιώσει τη υγεία για όλους. Πρέπει να δούμε τις υπηρεσίες υγείας με ένα πιο σύνθετο τρόπο. Η υγεία είναι μέρος των μισθολογικών αγαθών μιας κοινωνίας, μέρος της αξίας της εργατικής δύναμης, και κατά συνέπεια αντικείμενο διαμάχης της ταξικής πάλης. Όμως, η υγεία είναι καταναλωτικό αγαθό, ιδίως για τους εύπορους, οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν βελτιώσεις στην υγεία για τους εαυτούς τους. Αντί της βελτίωσης της ποιότητας του νερού, αγοράζουν εμφιαλωμένο νερό· αντί της βελτίωσης της ποιότητας του αέρα, χρησιμοποιούν φιάλες οξυγόνου στα καθιστικά τους. Η υγεία είναι επίσης καταναλωτικό αγαθό στο οποίο επενδύουν οι βιομηχανίες υγείας, περιλαμβανομένων των νοσοκομείων, των HMO's[1] και των φαρμακοβιομηχανιών. Πουλάνε υπηρεσίες υγείας στο μέγεθος και το μέρος της αγοράς που έχει να πληρώσει. Όπως κάθε επιθετική επιχείρηση, οι επιχειρήσεις υγείας απασχολούνται με τις δημόσιες σχέσεις – την κατάκτηση καρδιών και μυαλών. Κάποιες από τις κλινικές που ιδρύθηκαν στη Νοτιοανατολική Ασία στη διάρκεια του πολέμου του Βιετνάμ, και νωρίτερα κατά την εξέγερση στη Μαλαισία, έγιναν για αυτόν το σκοπό. Γιατροί, με μεγάλες θυσίες, πήγαιναν στη ζούγκλα, έστηναν κλινικές και δούλευαν σκληρά κάτω από πολύ κακές συνθήκες και ελάχιστη αμοιβή, θεωρώντας του εαυτούς τους είτε ως φέροντες οφέλη σε ανθρώπους που τη χρειάζονταν, ή, πιο συνειδητά, προσπαθώντας να αποτρέψουν τον κομμουνισμό. Ήταν μια ακόμη μετενσάρκωση του Χρέους του Λευκού ο οποίος δικαιολογούσε τον ιμπεριαλισμό του δέκατου ένατου αιώνα.

Εάν η καλή υγεία εξαρτάται από την ικανότητά σας να πραγματοποιήσετε απαραίτητες και κατάλληλες δραστηριότητες σύμφωνα με την κοινωνική σας θέση, έχει σημασία ο τρόπος καθορισμού της θέσης αυτής. Αυτοί που μπορούν να καθορίσουν για τους εαυτούς τους τι αποτελεί απαραίτητες και επιθυμητές δραστηριότητες διαφέρουν σαφώς από εκείνους για τους οποίους ο καθορισμός γίνεται από άλλους. Η διάκριση είναι ξεκάθαρη όταν ένας εργοδότης διαπραγματεύεται ασφάλεια υγείας για τους εργαζόμενούς του· για τον εργοδότη το κόστος του πακέτου ωφελειών θα προηγείται πάντοτε αυτών που οι εργαζόμενοι θεωρούν ότι έχουν ανάγκη.

Έτσι η υγεία είναι πάντα σημείο σύγκρουσης στον ταξικό αγώνα. Το ίδιο ισχύει για την ιατρική και την επιστημονική έρευνα· η γνώση και η άγνοια καθορίζονται, από το ποιος κατέχει τη βιομηχανία έρευνας, ποιος αποφασίζει την παραγωγή, της παραγωγής γνώσης. Το ποιο είδος έρευνας πρέπει να γίνει, είναι αντικείμενο ταξικής πάλης. Όλο και περισσότερο, η έρευνα στο πεδίο της υγείας κυριαρχείται από τις βιομηχανίες φαρμάκων και ηλεκτρονικών.

Υπάρχουν θεωρητικές ανησυχίες περί του πως αναλύονται τα δεδομένα, πώς να σκεφτόμαστε για τις ασθένειες, σε τι εύρος πρέπει να θεωρήσουμε τις επιδημιολογικές, ιστορικές και κοινωνικές ερωτήσεις που εγείρουν· υπάρχουν επιπλέον θέματα υπηρεσιών και πολιτικών υγείας. Πρέπει να αντιμετωπίσουμε τα θέματα υγείας ως διάχυτο θέμα, όπως κάνουμε με τα περιβαλλοντικά προβλήματα· είναι όψεις της ταξικής πάλης και όχι εναλλακτικές σε αυτήν.

Το πρώτο μέρος του κειμένου εδώ

[1] Ανατρέξτε στη σημείωση [1] στο πρώτο μέρος.