



Καπιταλισμός και υγεία

Στοιχεία μιας μαρξιστικής προσέγγισης



γράφει ο ΒΑΣΙΛΗΣ ΜΗΝΑΚΑΚΗΣ*

Το κείμενο επιχειρεί να διερευνήσει από μαρξιστική σκοπιά την εξέλιξη των εννοιών υγεία και ασθένεια σε συνάρτηση με την εξέλιξη των καπιταλιστικών σχέσεων στο σύνολό τους – ιδιαίτερα στο πρώτο μισό του 20ού και στη μετάβαση από τον 20ό στον 21ο αιώνα. Στη συνέχεια, μελετά δύο καθοριστικές πλευρές του κυρίαρχου μοντέλου περίθαλψης: τον διαχωρισμό σώματος-ψυχής (αλλά και την τάση αναγωγής των ψυχικών διαταραχών σε βιοχημικές δυσλειτουργίες) και τον ατομικιστικό χαρακτήρα του, την αναγωγή της υγείας σε ατομική υπόθεση. Τέλος, επιχειρεί να διερευνήσει, στη διαλεκτική τους σχέση, τις βασικές ορίζουσες με τις οποίες αντιμετωπίζει το κεφάλαιο την υγεία: οικονομικές (κερδοφορία από τη μετατροπή αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε εμπορεύματα), κοινωνικές (αναπαραγωγή εργατικής δύναμης) και πολιτικο-ιδεολογικές (ενσωμάτωση της εργατικής τάξης στο αστικό οικονομικό, παραγωγικό και πολιτικό στάτους).

Ο ορισμός της έννοιας υγεία και η εξέλιξή του

Ο ορισμός της υγείας –και της ασθένειας– εμφανίζει τις δυσκολίες που έχει κάθε ορισμός ο οποίος αφορά πολυδιάστατες

έννοιες: λόγω της συντομίας του, αδυνατεί να αποτυπώσει τη συνθετότητά τους. Στην περίπτωση της υγείας, υπάρχουν πρόσθετες δυσκολίες. Αυτές προκύπτουν από το ότι, ως έννοια, ενσωματώνει πολλαπλές διαστάσεις (βιολογικές-γενετικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές), από τα όρια της επιστημονικής γνώσης και τη ρευστότητα που συχνά υπάρχει στη διάκριση φυσιολογικού-πα-



* *Επιμελητής εκδόσεων*

θολογικού και, τέλος, από το ότι στη διατύπωση του ορισμού υπεισέρχονται –και εν τέλει αποτυπώνονται– ευρύτερες ιδεολογικές και πολιτικές ορίζουσες.

Υπερβαίνει τους στόχους του παρόντος η διαχρονική καταγραφή του ορισμού της έννοιας υγείας, καθώς η εστίασή του αφορά την περίοδο του καπιταλισμού. Ο πρώιμος καπιταλισμός, λοιπόν, σημαδεύτηκε από δύο τάσεις:

Πρώτον, από την ταχύρρυθμη εκβιομηχάνιση και αστικοποίηση, η οποία καταδικάζει μεγάλα τμήματα του πληθυσμού σε άθλιες συνθήκες εργασίας και διαβίωσης και ευνοούσε την εμφάνιση ενός πλήθους νοσημάτων επιδημικού χαρακτήρα (τύφος, φυματίωση κ.ά.). Αυτή η περίοδος, η οποία περιγράφεται από τον Ένγκελς στην *Κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία* (Ένγκελς, 1974) και από τον Μαρξ στο *Κεφάλαιο* (Μαρξ, 1978), οδήγησε στη γέννηση εννοιών όπως δημόσιο σύστημα υγείας και κοινωνική ιατρική. Πρωτόπορος σε αυτόν τον τομέα θεωρείται ο Ρούντολφ Βίρχοβ (Πάβη κ.ά., 2017: 55). Αξίζει να επισημανθεί ότι σχεδόν παράλληλα (έχει κι αυτό τη σημασία του), ο «σιδηρούς καγκελάριος» Ότο φον Βίσμארκ προωθούσε τα πρώτα μέτρα κοινωνικής πολιτικής του αστικού κράτους (Μηνακάκης, 2008: 17-28).

Η άλλη τάση αφορούσε την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης σε πεδία όπως η ανατομία, η φυσιολογία και η μικροβιολογία. Η εν λόγω εξέλιξη –ιδιαίτερα με την είσοδο στον 2ο αιώνα– έδινε αρκετές απαντήσεις για τη δομή και τη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού και για τον μηχανισμό γέννησης ορισμένων νοσημάτων. Απότοκό της ήταν η ενίσχυση της καρτεσιανής διχοτόμησης που διαχωρίζει το σώμα και το πνεύμα, αρνείται τον ολιστικό χαρακτήρα της ανθρώπινης ύπαρξης και αντιμετωπίζει το σώμα ως μηχανή, που η επιδιόρθωσή της –όταν υπάρχει βλάβη σε κάποια γενετική, βιολογική, βιοχημική παράμετρο ή σε κάποια λειτουργία– προσδιορίζεται με τους όρους του θετικισμού. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας, την έλλειψη κλινικών εκδηλώσεων ή υποκειμενικών ενοχλημάτων (ορίστηκε, δηλαδή, αρνητικά,

όπως αρνητικά ορίστηκε και το φυσιολογικό: ως αντιδιαστολή στο παθολογικό ή ως απόκλιση από τη μέση τιμή), η δε διασφάλισή της συνδέθηκε στενά με την ιατρική επιστήμη και τις προόδους της (ιατροκεντρική αντίληψη για την υγεία).

Η οπτική αυτή κυριάρχησε κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα. Ακόμη και τότε, ωστόσο, υπήρχαν προσεγγίσεις που την αμφισβητούσαν. Ο Αμερικανός γιατρός J.F. Williams έγραφε, για παράδειγμα, το 1930: «Αξίζει να σκεφτόμαστε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει στο άτομο να απολαμβάνει όσο γίνεται περισσότερο τη χαρά της ζωής, να εργάζεται δημιουργικά, να υπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανθρωπότητα. Η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας αποτελεί έκφραση μετριότητας. Η υγεία είναι ποιότητα ζωής που σηματοδοτεί έμπνευση και συνεχή δημιουργικότητα» (Τούντας, 2009: 26). Παρ' όλα αυτά, αποτελούσε κυρίαρχο πλαίσιο αναφοράς – ακόμα κι όταν άρχισε να κάνει το πρώτα του βήματα το λεγόμενο «κράτος πρόνοιας», σε συνδυασμό με τη μαζικοποίηση του τεϊλορικού-φορντικού μοντέλου καπιταλιστικής παραγωγής και με συμβολικό πολιτικό ορόσημο το New Deal του Φρ. Ρούσβελτ στις ΗΠΑ, αμέσως μετά το κραχ του 1929-33 (Μηνακάκης, 2008).

Λίγο μετά τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, συγκροτήθηκε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Στον καταστατικό του χάρτη (1948), η υγεία οριζόταν ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Προφανής η γενικότητα του ορισμού, εξίσου προφανές όμως ότι βρισκόταν πολύ πιο κοντά σε μια ολιστική αντίληψη της υγείας και στη συμπερίληψη των βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών οριζουσών της. Προφανές, τέλος, ότι στη διατύπωση του αντανακλώνται από τη μια ο ευρύτερος ιδεολογικο-πολιτικός συσχετισμός της εποχής (ύπαρξη ΕΣΣΔ, ισχυρό αριστερό και εργατικό κίνημα) και από την άλλη οι προσδοκίες και οι δυνατότητες που γεννιούνταν κατά την είσοδο στη «χρυσή τριακονταετία» της γοργής καπιταλιστικής ανάπτυξης.

Ήδη από τότε –και κυρίως μετά τη δεκαετία του 1980, όταν οι ρυθμοί ανάπτυξης άρχισαν να ανακόπτονται και παράλληλα άρχισαν να δρομολογούνται οι διεργασίες που οδήγησαν σε μια νέα εποχή του καπιταλισμού και στην αλλαγή του ιδεολογικού-πολιτικού συσχετισμού (με την υποχώρηση του «αντίπαλου δέους» προς τον καπιταλισμό τόσο διεθνώς, όσο και στο εσωτερικό κάθε χώρας)– ο ορισμός αυτός άρχισε να αμφισβητείται. Κάποιες από τις ενστάσεις που διατυπώθηκαν σχετίζονταν με τα εγγενή του όρια ως συνοπτικού ορισμού (Τούντας, 2009: 31). Κάποιες άλλες, όμως, αντανακλούν την αλλαγή στα κυρίαρχα αξιώματα της αστικής ιδεολογίας (νεοφιλελευθερισμός) και συνάμα αποτελούν έμμεση ομολογία ότι, στο νέο στάδιο ανάπτυξης του καπιταλισμού (Cabanas-Illuz, 2019: 86), οι προσδοκίες διαρκούς ανάπτυξης και ευημερίας είναι μειωμένες, ενώ ακόμη πιο περιορισμένη είναι η δυνατότητα διάχυσης του οφέλους από την οποία ανάπτυξη σε όλη την κοινωνία, ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής της πλειονότητας των μελών της.

Στο πλαίσιο αυτό, υποστηρίχτηκε ότι ο ως άνω ορισμός του ΠΟΥ είναι «μη λειτουργικός», δεν επιτρέπει τον «ποσοτικό προσδιορισμό της υγείας», «σε πρακτικό επίπεδο εξαντλείται στη διατύπωση οδηγιών και συστάσεων οι οποίες συχνά χαρακτηρίζονται από ριζοσπαστική ρητορική και επιστημονική θεωρητικολογία», συγχέει την ευτυχία (στην οποία προσιδιάζει) με την υγεία (Πάβη κ.ά., 2017: 20 και 65). Επιπλέον, ότι η έτσι ορισμένη υγεία είναι μια κατάσταση «ουτοπική», που μπορεί ίσως να προσεγγιστεί, αλλά όχι να ικανοποιηθεί με πληρότητα (Τούντας, 2009: 31· Πάβη κ.ά., 2017: 20 και 57)· μάλιστα, «αποτελεί μια οιονεί νομιμοποίηση της άνευ ορίων ζήτησης για υπηρεσίες υγείας», ζήτησης που δεν μπορεί να ικανοποιηθεί στο πλαίσιο του καπιταλισμού – πολύ περισσότερο του σύγχρονου. Από το τελευταίο απορρέει η συζήτηση περί «κόστους-οφέλους» ή «βέλτιστης κατανομής των ούτως ή άλλως περιορισμένων διαθέσιμων πόρων για την υγεία»· μια συζήτηση που αποκαλύπτει τον κυνισμό της καπιταλιστικής κοινωνίας

υπό μια διπλή έννοια: Και γιατί αντιμετωπίζει την υγεία με όρους οικονομικούς, ενώ παράλληλα αφήνει εκτός συζήτησης το γιατί οι διαθέσιμοι πόροι είναι περιορισμένοι, την ίδια στιγμή που ο πλούτος που παράγει η ανθρωπότητα είναι περισσότερο από ποτέ, όπως και μεγαλύτερη από ποτέ είναι η συσσώρευση του μεγαλύτερου μέρους του σε μια ισχνή μειοψηφία που βρίσκεται στην κορυφή της καπιταλιστικής πυραμίδας. Αλλά και γιατί απηχεί μια αποπτώχευση της έννοιας υγεία, καθώς πλέον «ο ορισμός της επικεντρώνεται μόνο στις διαστάσεις που μπορούν να προσδιοριστούν βιοϊατρικά και να μετρηθούν» (Τούντας, 2009: 24).

Στα χρόνια που μεσολάβησαν μετά τη διατύπωση του ορισμού του ΠΟΥ, προτάθηκαν και άλλοι ορισμοί για την υγεία. Ευρεία απήχηση είχε η οπτική του Αμερικανού κοινωνιολόγου Τ. Πάρσονς (1971), σύμφωνα με την οποία υγεία είναι «η κατάσταση της βέλτιστης ικανότητας ενός ατόμου για την αποτελεσματική εκπλήρωση των ρόλων για τους οποίους έχει κοινωνικοποιηθεί». Πώς καθορίζονται αυτοί οι ρόλοι; «Προσδιορίζονται από τα οράματα μιας κοινωνίας, καθώς και από τις προσδοκίες και τις σχέσεις των ανθρώπων που τη συναποτελούν» (Πάβη κ.ά., 2017: 20· Τούντας, 2009: 26). Κατά την ίδια δεκαετία, η υγεία προσεγγίστηκε ως μια μορφή κεφαλαίου (Μ. Γκρόσμαν, 1972) και υποστηρίχτηκε ότι κάθε άτομο πιστώνεται κατά τη γέννησή του με ένα αρχικό απόθεμα του κεφαλαίου «υγείας». Το απόθεμα αυτό φθίνει καθώς το άτομο μεγαλώνει, και εξαφανίζεται όταν πεθαίνει· ο δε ρυθμός μείωσής του συναρτάται με την ηλικία, τη φυσική κατάσταση, τον τρόπο ζωής, το περιβάλλον και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών και αγαθών. Ο ίδιος ο ΠΟΥ το 1986 αναδιατύπωσε τον ορισμό του 1948, αντιμετωπίζοντας την υγεία ως «την ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί αυτές και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον».

Εύλογο το ερώτημα: Πλεονεκτούν αυτοί οι ορισμοί έναντι εκείνου του 1948; Κι ακόμη, η όποια εννοιολόγηση της υγείας

τι πρακτικές απολήξεις έχει; Ή αντίστροφα, στην επιλογή τούτου ή εκείνου του ορισμού ενσωματώνονται και κριτήρια που υπερβαίνουν το πλαίσιο της στενά επιστημονικής-θεωρητικής συζήτησης; Αναμφίβολα ναι. Σημειώνεται εύστοχα: «[...] η θεώρηση της υγείας συνδέεται με τον ορισμό και την ιεράρχηση των αναγκών υγείας και επιδρά με καθοριστικό τρόπο στη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής, στους μηχανισμούς χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα, στη μορφή της διαδικασίας της λήψης αποφάσεων και στον τρόπο παραγωγής, διανομής και πρόσβασης στις διαθέσιμες υπηρεσίες» (Πάβη κ.ά., 2017: 50).

Σώμα και ψυχή

Ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζονται από την αστική οπτική οι έννοιες υγεία και ασθένεια, φυσιολογικό και παθολογικό, συνδέεται άρρηκτα με τον τρόπο με τον οποίο προσεγγίζεται η ανθρώπινη υπόσταση. Βασικό στοιχείο αυτής της οπτικής είναι ο διαχωρισμός σώματος και ψυχής, σωματικών-ψυχοδιανοητικών νοσημάτων.

Η εν λόγω διχοτόμηση απηχεί μια εποχή και το πνεύμα του εμπνευστή της. Ο Καρτέσιος (1596-1650) «μπορούσε ως επιστήμονας να δεχθεί τη φυσική ερμηνεία του σώματος· όντας, όμως, ταυτόχρονα βαθιά θρησκευόμενος, δεν αποδεχόταν την ερμηνεία αυτή για το πνεύμα και επέμενε στην ανεξαρτησία του σώματος από το πνεύμα. Έβλεπε τη φυσική οντότητα του σώματος σε κατάσταση υποτέλειας προς το πνεύμα, σαν μηχανή η οποία ενεργοποιείται με την επιθυμία του ανθρώπινου πνεύματος. Το πνεύμα παρέμενε ο χώρος της ψυχής, το προνομιακό πεδίο της θρησκείας, ενώ το σώμα, η ανθρώπινη “μηχανή”, μπορούσε πλέον να υπαχθεί στη δικαιοδοσία της καινούργιας θετικιστικής επιστήμης, σύμφωνα με την οποία η λογική σκέψη στηρίζεται στις εμπειρικές παρατηρήσεις. Ο καρτεσιανός διαχωρισμός σώματος-ψυχής λειτούργησε απελευθερωτικά, λυτρώνοντας την υπόθεση της υγείας από τα δεσμά της εκκλησιαστικής δικαιοδοσίας. Από την άλλη πλευρά

όμως, θεμελίωσε την ιατρική επιστήμη σε μια λαθεμένη αντίληψη, που αναιρούσε την ολιστική οντότητα της ανθρώπινης ύπαρξης. Έτσι, αν και δόθηκε ώθηση στην ανάπτυξη μιας σύγχρονης επιστημονικής ιατρικής σκέψης απαλλαγμένης από θρησκευτικές/μεταφυσικές δοξασίες, αυτό έγινε με βαρύ τίμημα ως προς την ορθότητα των θεωρητικών της θεμελίων» (Τούντας, 2009: 22-23).

Αυτός ο διαχωρισμός και η συνάδουσα μηχανιστική αντίληψη για το ανθρώπινο αποτελεί καθοδηγητική αρχή της ιατρικής έκτοτε – ακόμη κι όταν ο ρόλος της θρησκείας στην κοινωνία ήταν πλέον πολύ διαφορετικός.

Προκύπτει το ερώτημα: γιατί αποδείχθηκε τόσο ανθεκτικός στον χρόνο; Ασφαλώς η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης, που έδειχνε ότι μπορεί να εξιχνιάσει τα μυστήρια του ανθρώπινου οργανισμού, να κατανοήσει τις αιτίες και τις διεργασίες που οδηγούν στην εκδήλωση μιας αρρώστιας και να παρέμβει αποτελεσματικά στην αντιμετώπισή της έπαιξε έναν σημαντικό ρόλο. Ήταν όμως αυτή η πρόοδος ο καθοριστικός παράγοντας; Όχι. Τα χρόνια που ακολούθησαν ήταν χρόνια μετάβασης από τη φεουδαρχία στον καπιταλισμό, κατά τα οποία η εμπορευματική παραγωγή, οι αστικές σχέσεις διείσδυαν σε κάθε σφαίρα της κοινωνικής οικονομικής ζωής. Στο πλαίσιο αυτό, αναδύονταν και εδραιωνόταν η αγορά αγαθών και υπηρεσιών υγείας, μια αγορά από την οποία αντλούσαν κέρδος οι παραγωγοί και οι δι ακινητές των υλικών ή άυλων εμπορευμάτων υγείας. Η γενικευμένη μετατροπή των αγαθών και υπηρεσιών υγείας σε εμπόρευμα και η ανάπτυξη του συναφούς κλάδου της καπιταλιστικής παραγωγής δεν θα ήταν δυνατόν να υπάρξει χωρίς την κυριαρχία τούτης της μηχανιστικής αντίληψης και της αναγωγής της αρρώστιας σε παράγοντες που μπορούν να εντοπιστούν και άρα να αντιμετωπιστούν με τα κατάλληλα μέσα (φάρμακα, διαγνωστικά μέσα, θεραπευτικές τεχνικές κ.ά.).

Η εμπορευματοποίηση των αγαθών και υπηρεσιών υγείας υπερίσχυε ακόμη κι έναντι ενός πλήθους επιστημονικών δεδομένων που καταδείκνυαν και ότι ο

άνθρωπος αποτελεί ψυχοδιανοητική και σωματική ολότητα και ότι η υγεία προϋποθέτει τη δυναμική αλληλεπίδραση και ισορροπία και των δύο πλευρών (αν υποθέσουμε ότι μπορούν να διαχωριστούν απόλυτα)· αλλά και ότι σχεδόν σε κάθε αρρώστια συνυπάρχουν αξεδιάλυτα και οι δύο διαστάσεις (ενίοτε και η κοινωνική). Υπερίσχυε ακόμη κι όταν η επιστήμη διαπίστωνε ότι υπάρχει ένα πλήθος καταστάσεων στις οποίες η απαρχή των παθολογικών διεργασιών βρισκόταν μεν στην ψυχολογική σφαίρα, αλλά οι εκδηλώσεις που πρόβαλλαν εντονότερα αφορούσαν το σώμα (π.χ. σχέσεις στρες-έγκους), ενώ σε άλλες συνέβαινε το αντίστροφο.

Είναι η ίδια τάση εμπορευματοποίησης η οποία εδώ και δεκαετίες αποτυπώνεται και με αντίστροφο τρόπο: με την αναγωγή των ψυχικών διαταραχών κατά βάση στη χημική ανισορροπία των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου, που δήθεν διορθώνεται με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή (Moncrieff, 2019). Είχε προηγηθεί η περίοδος κατά την οποία οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν ότι ήταν δυνατόν να θεραπευτούν με ινσουλινικό κώμα ή με λοβοτομή (ο Πορτογάλος νευρολόγος Αντόνιο Εγκάκς Μονίζ, που την εισήγαγε, τιμήθηκε το 1949 με Νόμπελ!). Η σημερινή εκδοχή αν και έχει ίδια μήτρα –βιολογική αναγωγή– είναι πιο εκλεπτυσμένη. «Αυτή η θεωρία», σημειώνει η Τζοάνα Μόνκριφ, «ισχυρίζεται ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές ή τα συμπτώματά τους προκαλούνται από ανωμαλίες σε χημικές ουσίες του εγκεφάλου, οι οποίες συμμετέχουν στη διαβίβαση χημικών σημάτων, και είναι γνωστές ως νευροδιαβιβαστές. [...] Η θεωρία υποστηρίζει ότι ανωμαλίες διαφορετικών διαβιβαστών προκαλούν διαφορετικές ψυχιατρικές διαταραχές. Η ντοπαμίνη θεωρείται εδώ και πολλά χρόνια ότι εμπλέκεται στη σχιζοφρένεια». Ομοίως, η κατάθλιψη αποδίδεται σε ανεπάρκεια της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (Moncrieff, 2019: 34-35).

Στη βάση αυτού του αναγωγισμού –που ενίοτε συγκρίνει τις ψυχικές διαταραχές με τις σωματικές, ιδίως εκείνες που απαιτούν μακροχρόνια αγωγή (π.χ. διαβήτης)– άνηψε ένας ολόκληρος κλάδος της φαρ-

μακοβιομηχανίας: στις ΗΠΑ οι δαπάνες για ψυχιατρικά φάρμακα αυξήθηκαν 2,5 φορές μεταξύ 1997 και 2004. Είναι χαρακτηριστικό πως μία από τις πρώτες διαφημίσεις για το Prozac υποστήριζε ότι «όπως η αρθρίτιδα και ο διαβήτης, η κατάθλιψη είναι κι αυτή μια σωματική νόσος» (ό.π.: 37). Στο πλαίσιο αυτό, η Μόνκριφ διαπιστώνει «τη συμβιωτική σχέση ανάμεσα στα συμφέροντα συγκεκριμένων ομάδων και τη διαμόρφωση της γνώσης για τα ψυχιατρικά φάρμακα» και ότι «το νοσοκομτρικό μοντέλο της φαρμακευτικής δράσης υιοθετήθηκε και τα τελευταία χρόνια διαφημίστηκε ευρύτατα, όχι γιατί τα ερευνητικά δεδομένα είναι αδιάσειστα, αλλά επειδή βοήθησε στην προώθηση ορισμένων ισχυρών κοινωνικών ομάδων, πιο συγκεκριμένα του ψυχιατρικού επαγγελματικού κλάδου, της φαρμακευτικής βιομηχανίας και του σύγχρονου κράτους» (ό.π.: 41).

Αυτή η τελευταία υποσημείωση για τον ρόλο του κράτους –θα λέγαμε του καπιταλιστικού συστήματος εν γένει– αξίζει να προσεχθεί. Διότι, αν η αιτία μιας ψυχικής διαταραχής –της κατάθλιψης, ας πούμε– εδράζεται σε διαταραχή των νευροδιαβιβαστών, τότε αθώνεται το σύστημα ως τέτοιο και συσκοτίζεται η ευθύνη του: δεν είναι η ανεργία, η οικονομική δυσχέρεια, η έλλειψη προοπτικής που οδηγούν στην κατάθλιψη, αλλά οι νευροδιαβιβαστές. Άρα, αν κάτι πρέπει να διορθωθεί ή να αλλάξει είναι αυτοί κι όχι το κοινωνικό-οικονομικό στάτους. «Αυτή η διαδικασία της ιατρικοποίησης», σημειώνει η Μόνκριφ, «ωφελεί τις κυβερνήσεις, αφού μετατρέπει όλα τα προβλήματα και τη δυσανασχέτηση που προκαλούνται από τις κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές σε ψυχιατρικές παρεκκλίσεις» (ό.π.: 231). Αντιστοίχως, οι Καμπάνας και Ιλουίτς αναφέρουν ότι «οι ψυχολόγοι έχουν σε γενικές γραμμές λειτουργήσει ως “αρχιτέκτονες της προσαρμογής”, διατηρώντας την ισχύουσα τάξη πραγμάτων, και όχι ως φορείς κοινωνικοπολιτικής αλλαγής» (Cabanas-Illuz, 2020: 133).

Στο ίδιο μήκος κύματος και ο Μαρκ Φίσερ: «Η χημικο-βιολογικοποίηση της ψυχικής ασθένειας είναι φυσικά αυστηρά

ανάλογη της αποπολιτικοποίησής της· η αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας ως ατομικό χημικο-βιολογικό πρόβλημα κρύβει τεράστια οφέλη για τον καπιταλισμό. Πρώτον, ενισχύει την ώθηση του Κεφαλαίου προς την εξατομίκευση (η ασθένειά σου οφείλεται σε μια χημική ανισορροπία του εγκεφάλου σου) και δεύτερον, δημιουργεί μια τρομερά επικερδή αγορά, στην οποία η πολυεθνικές φαρμάκου μπορούν να σπρώξουν τα φαρμακευτικά τους είδη» (Fisher, 2015: 59).

Άλλοι συγγραφείς χαρακτηρίζουν αυτό το καθεστώς «ιατρικό νεοφιλελευθερισμό», υποστηρίζουν ότι μεταμορφώνει τα άτομα από ασθενείς σε καταναλωτές, αποκοινωνικοποιεί τα προβλήματα υγείας και την ανθρώπινη ζωή και, αποκρηύσσοντας την έννοια του ανθρώπου ως ολότητας, διακατέχεται από μια αναγωγιστική λογική, «που κατακερματίζει το σώμα, απομονώνοντας συγκεκριμένα μέρη που παρουσιάζουν προβλήματα, καταλήγοντας σε προϊόντα που στοχεύουν στη διατήρηση, αποθεραπεία ή ενίσχυση αυτών των τμημάτων του σώματος» (Κοβάλσκι-Μρτζένοβιτς, 2018: 69) και μοιάζει να αγνοεί ότι «η υγεία δεν είναι απλώς κάτι μετρήσιμο, όπως η θερμοκρασία. [...] έχει πολλές διαστάσεις και είναι δύσκολο να την περιορίσουμε σε έναν βολικό αριθμό» (Deaton, 2018: 107).

Υγεία, κοινωνία, ατομική ευθύνη

Αντίστοιχα λειτουργεί και ο δεύτερος πυλώνας της αστικής αντίληψης: ο ατομισμός. Σύμφωνα με αυτόν, κάθε άνθρωπος αποτελεί μια ατομικότητα – η οποία βρίσκεται εντός ενός πλαισίου, παραμένει ωστόσο μονάδα (κι όχι κοινωνική ατομικότητα). Η δε διασφάλιση της υγείας του είναι κατά βάση ατομική ευθύνη, σχετίζεται με τον δικό του τρόπο ζωής, τις δικές του επιλογές.

Αυτό το αξίωμα, το οποίο αναβαθμίστηκε από τη δεκαετία του 1980 και μετά, αντανακλά τον μεθοδολογικό ατομισμό της αστικής ιδεολογίας γενικά και, ταυτοχρόνως, την αναβάθμιση αυτού του

στοιχείου στο πλαίσιο του αναδυόμενου τότε και κυριαρχήσαντος στη συνέχεια νεοφιλελευθερισμού (Cabanas-Illuz, 2020: 86-133). Η υιοθέτησή του και στα ζητήματα της υγείας έχει συγκεκριμένες κοινωνικοπολιτικές απολήξεις, που ερμηνεύουν γιατί έχει κυριαρχήσει: αν η υγεία αποτελεί ατομική ευθύνη και όχι δημόσιο αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα, τότε δεν έχει νόημα να εγείρονται απαιτήσεις έναντι του κράτους ή της οργανωμένης πολιτείας για τη διασφάλισή της· και αν η φροντίδα της υγείας σχετίζεται με τις επιλογές και τις συνήθειες του ατόμου, τότε δεν έχει –ή έχει ελάχιστο– νόημα να εναποτίθεται η διασφάλισή της σε μεταβολές σε επίπεδο κοινωνίας ή σε μια ισορροπη σχέση με το φυσικό και δομημένο περιβάλλον.

Η κυριαρχία αυτού του αξιώματος –που αναβαθμίστηκε εν μέσω πανδημίας– αναδείχτηκε τις προηγούμενες δεκαετίες σε πολιορκητικό κριό για τις περικοπές των δημόσιων δαπανών στην υγεία και τη μετακύληση του κόστους αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης στους ίδιους τους εργαζόμενους. Αναδείχτηκε, ταυτοχρόνως, σε εφιαλτήριο κερδοφορίας για τη βιομηχανία που εμπορεύεται προϊόντα υγείας: ο «ατομικά υπεύθυνος» πολίτης μπορούσε να διατηρηθεί υγιής μόνο αν κατανάλωνε τα κάθε εμπορεύματά τους.

Προφανώς το ζήτημα δεν είναι αν υπάρχει και ατομική διάσταση στην υγεία· υπάρχει. Το ερώτημα είναι ποια παράμετρος δεσπόζει: η ατομική φροντίδα και η συναφής κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών εμπορευμάτων ή οι ευρύτεροι κοινωνικοί-οικονομικοί-περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι συναφείς με αυτούς παρεμβάσεις της κοινωνίας ως συνόλου.

Πλήθος μελετών καταδεικνύουν ότι η ως άνω αστική οπτική περί «ατομικής ευθύνης» καθορίζεται από ταξικά και όχι από αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Για παράδειγμα, μελέτη του ΠΟΥ (2008) σε 194 χώρες έδειξε ότι η επιβάρυνση της υγείας θα μπορούσε να προληφθεί σε ποσοστό από 13 έως 17% μέσω της βελτίωσης του περιβάλλοντος. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα με υψηλή κοινωνική και επαγγελματική θέση προσλαμβάνουν με μεγαλύτερη ευαισθησία τα

συμπτώματα μιας νοσηρής κατάστασης, ενώ τα άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική και επαγγελματική θέση θεωρούν συνήθως την επιδείνωση της υγείας τους ως αιφνίδιο γεγονός. Κι άλλες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εξαρτάται από τις υπηρεσίες υγείας μόνο κατά 10-20% (Τούντας, 2009: 40), άλλοτε για να υπογραμμίσουν την ανάγκη ευρύτερων παρεμβάσεων κι άλλοτε, βέβαια, για να δικαιολογήσουν την περιστολή των δημοσίων δαπανών για την υγεία.

Είναι χαρακτηριστική η διαπίστωση των Κοβάλσκι-Μρτζένοβιτς: «[...] σχεδόν όλες οι μεγάλες πρόοδοι στην ανθρώπινη υγεία έχουν προέλθει από παρεμβάσεις οι οποίες ήταν κάθε άλλο παρά προσωπικές. Το καθαρό νερό, τα αποτελεσματικά συστήματα αποχέτευσης, η ρύθμιση της ασφάλειας των τροφίμων, οι έλεγχοι σε παράγοντες μολυσματικούς για το περιβάλλον, μαζί με τα προγράμματα εμβολιασμού του πληθυσμού, τις υπηρεσίες μητρότητας και παρόμοια μέτρα είναι αποτελεσματικά ακριβώς επειδή αντιμετωπίζουν τα θεμέλια της αρρώστιας [...] η απο-προσωποποίηση ήταν ο δρόμος για τη βελτίωση της υγείας όλων» (Κοβάλσκι-Μρτζένοβιτς, 2018: 88). Αλλά και του Τζέφρι Ρόουζ, ο οποίος σημειώνει ότι «η κοινωνία υφίσταται ως οντότητα και όχι απλώς ως σύνολο ατόμων και οικογενειών», και συμπληρώνει: «Λίγα νοσήματα αποτελούν αναπόδραστη μοίρα για την ανθρωπότητα. [...] Οι πρωταρχικοί παράγοντες των νόσων είναι κυρίως κοινωνικοί και οικονομικοί, επομένως οι θεραπείες τους πρέπει να είναι κι αυτές οικονομικές και κοινωνικές. Ιατρική και πολιτική δεν μπορεί να είναι διαχωρισμένες. [...] Οι μαζικές νόσοι και οι μαζικές αιτίες απαιτούν και μαζικές θεραπείες. Η εστιασμένη προσέγγιση μπορεί να βοηθήσει, αλλά δεν μπορεί να είναι επαρκής. [...] Η ριζική στρατηγική συνίσταται στον εντοπισμό και, ει δυνατόν, στην εξάλειψη των υποκείμενων αιτιών των σημαντικότερων προβλημάτων της υγείας μας» (Rose, 2017: 33, 232, 177, 29).

Η αστική αντίληψη εστιάζει στην ατομική ευθύνη και στους γενετικούς-βιολογι-

κούς παράγοντες (που επηρεάζουν κατά 20% την υγεία ενός ατόμου), δεν είναι ωστόσο τόσο απλοϊκή, ώστε να μην αναφέρεται στις ευρύτερες επιδράσεις στην υγεία. Έτσι, συνδέει συχνά την υγεία με παράγοντες όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός και οι ανισότητες, η φτώχεια και το εισόδημα, ο υποσιτισμός και η κακή διατροφή, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, το φυσικό και δομημένο περιβάλλον, η εκπαίδευση. Ωστόσο, τους αντιμετωπίζει ως αυτοτελείς παράγοντες, αθροιστικά, παρατακτικά· τους αποσυνδέει από το καπιταλιστικό σύστημα ως όλον και τα δομικά του χαρακτηριστικά, απόρροια των οποίων είναι η κοινωνική ανισότητα, το πενικρό εισόδημα ή η διαβίωση σε άθλιες συνθήκες. Έτσι, ενοχοποιείται κατά περίπτωση τούτος ή ο άλλος παράγοντας κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, κατανάλωση τροφών με αρκετά λιπαρά) –παρότι έχει αποδειχθεί ότι η αιτία πολλών ασθενειών είναι πολυπαραγοντική (Leader-Corfield, 2013), ακόμη κι όταν κάποιος παράγοντας κατέχει ιδιαίτερη βαρύτητα– όχι όμως η συνύπαρξή τους και οι κοινωνικές σχέσεις με τις οποίες συνδέονται οι ως άνω παράγοντες.

Στο πλαίσιο αυτό, δεν αμφισβητείται ότι η κοινωνικοοικονομική θέση κατέχει μια θέση στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας. Αυτό που αμφισβητείται είναι αν αποτελεί τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα της υγείας. Δεν αμφισβητείται ούτε η συνεισφορά των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Επισημαίνεται, όμως, ότι η αύξηση κατά 10% στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών ή στην κατά κεφαλήν δαπάνη για την περίθαλψη μειώνει τη θνησιμότητα μόλις κατά 1-1,5%· κι ότι τα τελευταία χρόνια, παρά τη μεγάλη αύξηση της δαπάνης για την υγεία, υπάρχει στασιμότητα στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τούτη η επισήμανση οδηγεί σε ένα διόλου «αθώο» συμπέρασμα και συνδέεται με μια εξίσου μη «αθώα» απόκρυψη. Το συμπέρασμα είναι πως κύριο ζητούμενο είναι η «ορθολογική κατανομή» των υφιστάμενων πόρων για τη δημόσια υγεία κι όχι η αύξησή τους· και η απόκρυψη έχει να κάνει με το πού οφείλεται η αντίφαση υψηλών δαπανών –

χαμηλού επιπέδου υγείας, κορυφαίο παράδειγμα της οποίας (όπως αποδείχτηκε και την περίοδο της πανδημίας) είναι οι ΗΠΑ. Τα στοιχεία δείχνουν πως οφείλεται στο ότι στον χώρο της υγείας κυριαρχούν οι εμπορευματο-χρηματικές σχέσεις και το ιατρικό-φαρμακευτικό βιομηχανικό σύμπλεγμα κι όχι οι πραγματικές ανάγκες της κοινωνικής πλειοψηφίας (Μηνακάκης, 2020: 69-70). Αυτές οι σχέσεις διερευνώνται στη συνέχεια.

Οι εμπορευματικές σχέσεις και η βιομηχανία της υγείας

Τα ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία συγκεντρώνουν το ενδιαφέρον της αστικής τάξης για τρεις λόγους: οικονομικούς – κοινωνικούς – πολιτικο-ιδεολογικούς. Η διάκριση αυτή, παρότι βοηθά στη διερεύνηση του θέματος, έχει μια ορισμένη σχηματικότητα· στην πραγματικότητα, οι τρεις πλευρές συλλειτουργούν, αλληλοεπηρεάζονται και διεισδύουν η μία στην άλλη, ώστε η απολυτοποίηση ή/και η αυτονόμηση κάποιας να οδηγεί σε λανθασμένα συμπεράσματα.

Σε ό,τι αφορά την οικονομική πλευρά, δεσπόζον στοιχείο στον καπιταλισμό είναι η αντιμετώπιση των αγαθών και υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία σε όλο της το φάσμα (προαγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση) ως εμπορευμάτων που ικανοποιούν υπαρκτές ανάγκες. Απότοκο αυτής της πραγματικότητας είναι η κυριαρχία των εμπορευματο-χρηματικών σχέσεων στον χώρο και η λειτουργία μιας βιομηχανίας υγείας.

Για να λειτουργήσει η εν λόγω αγορά, πρέπει τα εμπορεύματα που παράγονται να ικανοποιούν ανθρώπινες ανάγκες, πραγματικές ή πλασματικές. Η ύπαρξη πραγματικών αναγκών είναι πέραν πάσης αμφισβήτησης και δεν απαιτεί περαιτέρω πραγμάτευση. Μια επισήμανση, ωστόσο, κρίνεται αναγκαία: πολλές από τις πραγματικές ανάγκες αποτελούν απόρροια του τρόπου ζωής και εργασίας στον καπιταλισμό, της κακής διατροφής και της περιβαλλοντικής διαταραχής, της φτώχειας.

Έτσι, ο ένας κλάδος της καπιταλιστικής παραγωγής με τα εμπορεύματά του εδράζει την ύπαρξή του και αντλεί κέρδος από προβλήματα που δημιουργούν άλλοι κλάδοι ή ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής συνολικά.

Υπάρχουν, ωστόσο, και πλαστές ανάγκες· μάλιστα, η διευρυμένη καπιταλιστική παραγωγή στον χώρο της υγείας απαιτεί και προϋποθέτει η έκταση των αναγκών αυτών (η ζήτηση) να μεγεθύνεται διαρκώς. Αυτό γίνεται με πολλούς τρόπους –στην πλειοψηφία των περιπτώσεων με την «επιστημονική» σφραγίδα πανεπιστημίων, ειδικών περιοδικών, ιατρικών ενώσεων κ.ά.: με τη μεταβολή των ορίων μεταξύ φυσιολογικού-παθολογικού, τη διεύρυνση των καταστάσεων που θεωρούνται παθολογικές, την απόδοση μιας σειράς νοσημάτων σε γονιδιακούς παράγοντες, την απόδοση ψυχικών διαταραχών σε βιοχημικές διεργασίες κ.ά. (αναλυτικά: Goldacre, 2014· Gøtzsche, 2015).

Τη δεκαετία του 90, για παράδειγμα, σε μια φάση κατά την οποία η φαρμακοβιομηχανία αναζητούσε φάρμακα για τη μανιοκατάθλιψη που θα ήταν πιο κερδοφόρα από το λίθιο, εμφανίστηκαν μελέτες που υποστήριζαν ότι η διπολική διαταραχή είναι πολύ πιο συχνή απ' ό,τι πιστευόταν και τη συνέδεαν με βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Την ίδια εποχή λανσαρίστηκε μια κατηγορία φαρμάκων που ονομάστηκαν σταθεροποιητές διάθεσης (Moncrieff, 2019: 295-297). «Η έννοια του σταθεροποιητή διάθεσης υπαινίσσεται μάλλον την ύπαρξη ενός φαρμάκου που μπορεί να δρα πάνω στη βιολογική βάση της συναισθηματικής αστάθειας, σε ένα μεγάλο φάσμα καταστάσεων και διαγνώσεων, παρά ένα φάρμακο που είναι ειδικό για μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατάσταση. [...] Η εμπορική προώθηση θα πείσει σίγουρα αρκετούς να δουν τις συνηθισμένες συναισθηματικές διακυμάνσεις ως σημάδι μιας παθολογικής κατάστασης που χρειάζεται να διορθωθεί από μια φαρμακευτική αγωγή» (ό.π.: 309-310). Κάτι αντίστοιχο έγινε και με την κατάθλιψη: «Οι πρώτες καμπάνιες προώθησης αντικαταθλιπτικών έπρεπε να εδραι-

ώσουν την άποψη ότι η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη ιατρικά αντιμετωπίσιμη πάθηση», και μάλιστα αρκετά συχνή. Τις αποδείξεις αυτές προσκόμισαν μια σειρά βιβλία και μελέτες που ισχυρίστηκαν ότι «πολλοί άνθρωποι στους οποίους γίνονται άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις είναι στην πραγματικότητα καταθλιπτικοί. Όπως και σε πρόσφατες διαφημιστικές καμπάνιες, η Merck έψαχνε να κατασκευάσει μια έννοια της κατάθλιψης ως ιατρικής πάθησης και άρα δεκτικής στη φαρμακευτική θεραπεία. Η έννοια επίσης ήταν εγγενώς ρευστή, επιτρέποντας έτσι στην προσέλευση πολύ περισσότερων ανθρώπων στα δίκτυα της ψυχιατρικής θεραπείας» (ό.π.: 228). Έτσι γιγαντώθηκαν οι πωλήσεις των αντικαταθλιπτικών: αύξηση των συνταγών στη Βρετανία κατά 235% μεταξύ 1992 και 2002 – ένα φαινόμενο που παραπέμπει ευθέως στην ακόλουθη θέση του Μαρξ: «Η παραγωγή παράγει άρα όχι μόνο το αντικείμενο αλλά και τον τρόπο κατανάλωσης, όχι μόνο αντικειμενικά αλλά και υποκειμενικά. Η παραγωγή δημιουργεί, λοιπόν, τον καταναλωτή. [...] Η παραγωγή δεν προμηθεύει μόνο το υλικό στην ανάγκη αλλά προμηθεύει και για το υλικό μian ανάγκη. [...] Άρα, η παραγωγή δεν παράγει μόνο ένα αντικείμενο για το υποκείμενο, αλλά και ένα υποκείμενο για το αντικείμενο» (Μαρξ, 1989: 60)

Η κατάσταση αυτή έχει ονομαστεί «νοσοκαπνλεία», «ιατρικοποίηση» ή «ιατρογένεση»: «Πρόκειται για κοινωνικές διαδικασίες μέσω των οποίων οι φαρμακευτικές διευρύνουν τα όρια μιας διάγνωσης για να αυξήσουν το μερίδιο αγοράς τους και να πλασάρουν τη θεωρία ότι ένα σύνθετο πρόβλημα κοινωνικού ή προσωπικού χαρακτήρα συνιστά πάθηση με μοριακή βάση, καθώς έτσι θα μπορέσουν να πουλήσουν τα δικά τους μόρια, υπό μορφή χαπιών που θεραπεύουν. [...] ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι να μας διαφύγει το γεγονός ότι τα πρότυπά μας σε ό,τι αφορά την ατομικότητα, το τι θεωρούμε φυσιολογικό κατασκευάζεται στα κρυφά, από μια βιομηχανία με ετήσια έσοδα 600 δισ. δολαρίων» (Goldacre, 2014: 337-338 και 346) – σήμερα 1,4 τρισ. «Εξάλλου», σημειώνει για το ίδιο ζήτημα ο Τζ. Κρά-

ρι, «η φαρμακοβιομηχανία και οι νευροεπιστήμες αποτελούν ένα παραστατικό παράδειγμα της χρηματιστικοποίησης και της εξωτερίκευσης αυτής, που κάποτε θεωρούσαμε “εσωτερική ζωή”. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, αυξάνεται το φάσμα των συγκινησιακών καταστάσεων που κρίνονται παθολογικές, προκειμένου να δημιουργούνται νέες αγορές για προϊόντα τα οποία μέχρι τότε ήταν αχρείαστα. Οι αυξομειούμενες ιδιομορφίες των ανθρώπινων συναισθημάτων –για τις οποίες χρησιμοποιούνται ανακριβείς όροι όπως συστολή, άγχος, παρεκκλίνουσα σεξουαλική επιθυμία, αδυναμία συγκέντρωσης ή λύπη– έχουν μετατραπεί σε ιατρικές διαταραχές, προκειμένου να αντιμετωπιστούν με φάρμακα που αποφέρουν τεράστια κέρδη» (Crary, 2015: 83).

Σε ό,τι αφορά τις πλέον πρόσφατες τάσεις, είναι ενδεικτικά τα στοιχεία που παρατίθενται από τον Άλεκ Ρος στις *Βιομηχανίες του μέλλοντος*. Αναφέρεται, για παράδειγμα, ότι το μέγεθος της γονιδιακής αγοράς υπολογιζόταν το 2013 σε 11 δισ. δολ., έχοντας ταχεία ανοδική πορεία και γίνεται η εξής εκτίμηση: «όσο ο κόσμος θα συνεχίσει να πληρώνει 99 δολάρια στην 23andMe [σ. εταιρεία γονιδιακών ελέγχων] της Genentech, για να αποκτήσει γενεαλογικές πληροφορίες, θα οικοδομείται μια βάση δεδομένων που η εταιρεία μπορεί να αξιοποιεί εμπορικά για λογαριασμό των φαρμακοβιομηχανιών» και διακηρύσσεται ότι «σεχεδόν για κάθε μέρος του σώματος ή για κάθε ασθένεια υπάρχει ένας επιχειρηματίας που σκέφτεται πώς θα μπορούσε να αξιοποιηθεί η τεχνολογία της κινητής τηλεφωνίας προκειμένου να περιοριστεί η ανισότητα ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας» (Ross, 2015: 87, 105 και 126). Ασφαλώς δεν είναι το ενδιαφέρον για την ανισότητα που κινεί αυτούς τους επιχειρηματίες και διαμορφώνει αυτό που έχει ονομαστεί «βιοκαπιταλισμός», αλλά το κέρδος. Και το κέρδος είναι μεγάλο. Ενδεικτικά, η Illumina, βιομηχανία που δραστηριοποιείται σε πεδία όπου η βιολογία συναντιέται με την τεχνολογία, κατέγραφε μικτό περιθώριο κέρδους 69,6% το 2019 και 69% το 2018.

Ποιο όμως είναι το εμπόρευμα στον χώρο της υγείας; Προφανώς δεν είναι η υγεία. Αν ήταν αυτή, θα αμείβονταν μόνο οι θεραπευτικές πράξεις και τα φάρμακα που φέρνουν αποτέλεσμα ή οι διαγνωστικές εξετάσεις που εντοπίζουν κάποια βλάβη – και δεν γίνεται αυτό: υπάρχει πληρωμή ακόμη κι αν το αποτέλεσμα δεν είναι θετικό. «Ανοησία!», έγραφε ο Μαρξ απαντώντας σε όσους υποστήριζαν ότι το εμπόρευμα είναι η υγεία. «Κι αν το παιδί πεθάνει, το αποτέλεσμα δεν θα είναι μικρότερης διάρκειας. Και αν το παιδί παραμείνει όπως ήταν άρρωστο, η υπηρεσία του γιατρού θα πληρωθεί παρ' όλα αυτά. Κατά τον Νάσσαου, θα' πρεπε οι γιατροί να πληρώνονται μόνο όταν γιατρεύουν. [...] Είναι απολύτως χωρίς σημασία για τον οικονομικό καθορισμό αυτής της σχέσης αν ο γιατρός με θεραπεύει, αν ο δάσκαλος είναι αποτελεσματικός στη διδασκαλία του, αν ο δικηγόρος κερδίζει τη δίκη του. Αυτό που πληρώνεται είναι η υπηρεσία σαν τέτοια, το αποτέλεσμα της οποίας, λόγω της φύσης της, δεν μπορεί να το εγγυηθεί αυτός που προσφέρει την υπηρεσία» (Μαρξ, 1984: 308-309, 454).

«Το εμπόρευμα», σημειώνει στις πρώτες σελίδες του *Κεφαλαίου*, «είναι πριν απ' όλα ένα εξωτερικό αντικείμενο, ένα πράγμα που με τις ιδιότητές του ικανοποιεί οποιοδήποτε είδος ανθρώπινων αναγκών. Η φύση αυτών των αναγκών, αν λ.χ. προέρχονται από το στομάχι ή από τη φαντασία, δεν αλλάζει σε τίποτα την υπόθεση» (Μαρξ, 1978: σελ. 49). Με τον όρο «πράγμα» δεν αναφερόταν στενά στα υλικά εμπορεύματα. Χαρακτήριζε μάλιστα «χοντροκομμένη» την αντίληψη ότι «η υπεραξία πρέπει να εκφράζεται σε ένα υλικό προϊόν» και αναφερόταν σε υλική και άυλη παραγωγή. Όπως προκύπτει από το έργο του (Μηνακάκης, 2017-18: 167-190), στα εμπορεύματα περιλαμβάνει αυτά που «έχουν διαφορετική κι αυτοτελή από τους παραγωγούς και τους καταναλωτές μορφή», που «υπάρχουν σε ένα ενδιάμεσο χρονικό διάστημα ανάμεσα στην παραγωγή και στην κατανάλωση», είτε «παγιώνονται», «ενσαρκώνονται» σε υλικά αντικείμενα, σε «κάτι χειροπιαστό», έχουν φυσική υπόσταση, είτε είναι άυλα,

που μπορεί «να μην αφήνουν ούτε ένα ίχνος». Περιλαμβάνει, επίσης, τις λεγόμενες υπηρεσίες, των οποίων «η παραγωγή δεν μπορεί να διαχωριστεί από την «πράξη του παράγειν», από τον παραγωγό τους. Σε αυτή την κατηγορία κατέτασσε και τις ιατρικές υπηρεσίες (Μαρξ, 1984: 459-460).

Υπό αυτό το πρίσμα, μπορούμε να εντάξουμε στα εμπορεύματα του χώρου προϊόντα με υλική υπόσταση (φάρμακα, εμβόλια, βιολογικά υλικά, αντιδραστήρια, τεστ, εργαλεία, συσκευές, εξοπλισμός, μηχανήματα, έντυπα κ.ά.) αλλά και χωρίς υλική υπόσταση (π.χ. ψηφιακές εφαρμογές, διαδικτυακές συμβουλές), που όμως διαχωρίζονται από τον παραγωγό τους, καθώς και υπηρεσίες (που προσφέρονται από επιχειρήσεις υγείας ή ελευθεροεπαγγελματίες ιατρούς, οδοντιάτρους, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές κ.ά.). Τα εμπορεύματα αυτά σχετίζονται με την υγεία σε όλες τις παραμέτρους της (παραγωγή, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση).

Μία από τις ιδιαιτερότητες του χώρου –σε σχέση με άλλους κλάδους της καπιταλιστικής παραγωγής– είναι ότι συνήθως μεταξύ παραγωγού εμπορευμάτων υγείας και καταναλωτή μεσολαβεί ο ειδικός (ελευθεροεπαγγελματίας είτε μισθωτός σε ιδιωτική επιχείρηση ή δημόσια δομή). Έτσι, η διαφήμιση –και το κόστος της– απευθύνεται κυρίως σε αυτόν, ο οποίος με τη σειρά του διαχέει το προϊόν στους τελικούς καταναλωτές. Παρά ταύτα και παρά τον συνήθως αυξημένο ρόλο των «ενδιάμεσων», οι μεγάλες επιχειρήσεις και οι μονοπωλιακοί όμιλοι κατέχουν κυρίαρχη θέση στον χώρο. Αυτοί επηρεάζουν τι θα δημοσιευτεί σε ιατρικά περιοδικά (μέσω της διαφήμισης) κι αν θα εγκριθεί ένα φάρμακο· αυτοί προσδένουν τους επαγγελματίες υγείας στο άρμα τους με διάφορα θεμιτά και αθέμιτα ανταλλάγματα· αυτοί, τέλος, ελέγχουν (μέσω της χρηματοδότησης) την έρευνα (συχνά σε σύμπραξη με πανεπιστήμια ή δημόσια ερευνητικά κέντρα) και εξασφαλίζουν τα πνευματικά δικαιώματα για ό,τι νέο παραχθεί (αναλυτικά: Goldacre, 2014· Gøtzsche, 2015).

Υγεία και αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης

Από κοινωνική άποψη –που, όμως, έχει και οικονομική διάσταση-, η αστική τάξη ενδιαφέρεται τόσο για τη δική της υγεία όσο και για την υγεία της εργατικής δύναμης, του εμπορεύματος που –καθώς καταναλώνεται στην παραγωγική διαδικασία– δημιουργεί νέα αξία.

Καταρχήν ενδιαφέρεται να υπάρχει η γκάμα εμπορευμάτων υγείας που θα ικανοποιούν –με όποιο κόστος– τις δικές της ανάγκες και παράλληλα να υπάρχουν εκείνα τα «προστατευτικά τείχη» τα οποία την αποστειρώνουν, κατά το δυνατόν, από νοσήματα (ιδίως μεταδοτικά) που εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα στην κοινωνική πλειοψηφία. «Η κυρίαρχη τάξη των κεφαλαιοκρατών», έγραφε ο Ένγκελς, «δεν μπορεί να επιτρέψει στον εαυτό της την ευχαρίστηση να προκαλεί ατιμώρητα επιδημικές αρρώστιες μέσα στην εργατική τάξη. Οι συνέπειες πέφτουν και στο κεφάλι της και ο χάρος θερίζει χωρίς διάκριση ανάμεσα στους κεφαλαιοκράτες, όπως και ανάμεσα στους εργάτες» (Μαρξ-Ένγκελς, χ.χ.έ.: 695).

Ταυτοχρόνως, ενδιαφέρεται ως έναν βαθμό και με έναν ορισμένο τρόπο για την υγεία των εργαζόμενων, γιατί χωρίς αυτούς δεν μπορεί να λειτουργήσουν οι καπιταλιστικές σχέσεις παραγωγής. Το κεφάλαιο «έχει για βάση τη διαρκή ύπαρξη του εργάτη», σημειώνει ο Μαρξ. Ο Ένγκελς συμπληρώνει: «Ο αστός μπορεί να μεγαλώσει το κεφάλαιό του με το εμπόριο και τη βιομηχανία, και για τις δύο αυτές δραστηριότητες του χρειάζονται εργάτες. [...] Ο αστός έχει ανάγκη απ' το προλεταριάτο, όχι για την άμεση ύπαρξή του –θα μπορούσε να ζηήσει απ' το κεφάλαιό του– μα όπως έχουμε ανάγκη από ένα είδος εμπορεύματος ή από ένα αχθοφόρο ζώο: για να πλουτίσει». Στο πλαίσιο αυτό, ο Μαρξ κατέληγε: «Ο ιδιοκτήτης της εργατικής δύναμης είναι θνητός. Αν πρόκειται λοιπόν η παρουσία του στην αγορά να είναι συνεχής, όπως προϋποθέτει η συνεχής μετατροπή του χρήματος σε κεφάλαιο, πρέπει να διαιωνίζεται με την αναπαραγωγή του είδους

κάθε άτομο. Οι εργατικές δυνάμεις που αφαιρούνται από την αγορά με τη φθορά και το θάνατο πρέπει διαρκώς να αντικατασταίνονται, τουλάχιστον μ' έναν ίσο αριθμό νέων εργατικών δυνάμεων» (Μαρξ, 1978: 229 και 148' Ένγκελς, 1974Α: 143).

Το «πώς και το «πόσο» αυτής της «αντικατάστασης»-φροντίδας για την υγεία των εργαζόμενων επηρεάζεται από τους κοινωνικούς-πολιτικούς συσχετισμούς και υπόκειται, από την πλευρά του κεφαλαίου, σε ένα διπλό κριτήριο, οικονομικό και πολιτικό: φροντίδα και αναπαραγωγή τόσης από τη διαθέσιμη εργατική δύναμη και με τέτοιο τρόπο, ώστε η διαφορά κόστους συντήρησης και κέρδους χρησιμοποίησης να μεγιστοποιείται υπέρ της δεύτερης· επιπλέον, φροντίδα και περιθαλψη υπό τέτοιους όρους που να την καθιλώνει, να την πειθαρχεί στη σχέση μισθωτής εκμετάλλευσης και γενικά στο πλαίσιο που οριοθετεί η καπιταλιστική τάξη πραγμάτων (Μηνακάκης, 2020: 274).

Δύο επισημάνσεις. Η πρώτη: το ενδιαφέρον του κεφαλαίου δεν αφορά την αναπαραγωγή και τον έλεγχο του σώματος των εργαζόμενων στενά, όπως ρητά ή υπόρρητα εννοείται από τη φιλολογία περί βιοπολιτικής και βιοεξουσίας· αφορά την αναπαραγωγή τους ως όλον: σώμα, πνεύμα, εργασιακή και εξωεργασιακή κουλτούρα, τρόπος ζωής και συμμετοχής στο πολιτικό γίγνεσθαι. Ο έλεγχος, η εξουσία επί του σώματος μόνο αντιστοιχεί σε άλλες εποχές του καπιταλισμού και πάντως όχι σε αυτές όπου το διανοητικό στοιχείο της εργασίας είναι αναβαθμισμένο και κυρίαρχο πολιτικό μοντέλο είναι η κοινοβουλευτική δημοκρατία.

Η δεύτερη: η σχέση κόστους συντήρησης – κέρδους χρησιμοποίησης δεν είναι στατική. Τη μετακινούν τα παραγωγικά δεδομένα κάθε εποχής, οι μορφές εκμετάλλευσης της εργατικής δύναμης, το αν πρυτανεύει η απόσπαση σχετικής ή απόλυτης υπεραξίας, αλλά και το αν ο καπιταλισμός βρίσκεται σε ανοδική ή όχι πορεία, σε ό,τι αφορά τους δείκτες κερδοφορίας. Αν βρίσκεται σε ανοδική φάση, τα περιθώριά του είναι πιο ελαστικά – όχι ασφαλώς απεριόριστα· αν συμβαίνει το αντίθετο, τα περιθώρια στενεύουν και κυριαρχεί η

λογική της «αποτελεσματικής διαχείρισης των περιορισμένων πόρων». Επί του ζητήματος αυτού, παράλληλα, εκδηλώνεται, συχνά με οξύ τρόπο, ο ενδοκαπιταλιστικός ανταγωνισμός. Για παράδειγμα: οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συγκρούονται με τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια· οι πρώτες, για να είναι κερδοφόρες, θέλουν λίγες νοσηλείες και χαμηλά νοσήλια, ενώ τα δεύτερα το ακριβώς αντίθετο.

Ποιος, όμως, αναλαμβάνει το κόστος αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης; Το ζήτημα αυτό είναι αντικείμενο ταξικής διαπάλης και η απάντησή του – που δεν δίνεται εφάπαξ – εξαρτάται τόσο από το συσχετισμό δύναμης μεταξύ κεφαλαίου-εργασίας όσο και από τα περιθώρια παροχών που αφήνει το ύψος της καπιταλιστικής κερδοφορίας ή «απαιτεί» το εκάστοτε μοντέλο εκμετάλλευσης της εργατικής δύναμης. Είναι φυσικό, βέβαια, η αστική τάξη να πιέζει ώστε όλο και μεγαλύτερο μέρος αυτού του κόστους να το αναλαμβάνουν οι ίδιοι οι εργαζόμενοι. Φυσικό, επίσης, είναι η εργατική να πιέζει προς την αντίθετη κατεύθυνση και, ταυτοχρόνως, να αποκαλύπτει τον μύθο του «κοινωνικού κράτους» και της τριμερούς χρηματοδότησης της ασφάλισης: οι κρατικές δαπάνες για την υγεία χρηματοδοτούνται από έσοδα που εξασφαλίζονται κατά βάση από τη φορολογία της κοινωνικής πλειοψηφίας· παράλληλα, τόσο η συμμετοχή του κράτους όσο κι εκείνη των εργοδοτών στην κοινωνική ασφάλιση αποτελούν τμήμα της υπεξαίρεθείσας υπεραξίας των εργαζομένων.

Συναφές είναι και το εξής: ποιος φορέας επωμίζεται την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης. Και εδώ τα όρια δεν είναι στατικά. Υπάρχουν περίοδοι όπου το κρατικό σύστημα υγείας αναλαμβάνει σημαντικό μέρος κι άλλες που η συμμετοχή του μειώνεται. Αλλά αυτή είναι η μία πλευρά. Πρέπει επιπλέον να επισημανθεί ότι και στη μία και στην άλλη περίπτωση υπάρχουν εμπορεύματα που παράγονται σταθερά από καπιταλιστικές επιχειρήσεις (φάρμακο, υλικά, συσκευές κ.ά.) και που τα πνευματικά δικαιώματά τους (ακόμη κι αν παράχθηκαν σε δημόσια ιδρύματα ή και με συνεισφορά δημόσιου χρήματος) ανήκουν σε ιδιώτες· παράλληλα δε, με τη

μέθοδο της ανάθεσης (ΣΔΙΤ) εκχωρείται σε ιδιωτικές επιχειρήσεις ένα διαρκώς διευρυνόμενο φάσμα λειτουργιών του δημόσιου συστήματος υγείας. Το κρατικό σύστημα υγείας αποτελεί, συνεπώς, καταναλωτή αυτών των προϊόντων – άρα είναι όμηρος των καπιταλιστικών επιχειρήσεων που τα παράγουν, με ό,τι αυτό συνεπάγεται. Επιπλέον, ο ιδιωτικός τομέας υγείας δραστηριοποιείται άκρως επιλεκτικά σε υπηρεσίες που απευθύνονται (και μπορούν να πληρωθούν από) υψηλά εισοδήματα ή σε υπηρεσίες που δεν απαιτούν μακροχρόνιες και μη επικερδείς νοσηλείες – αυτές αφήνονται στο κρατικό σύστημα υγείας.

Μια τελευταία επισήμανση: Το τελευταίο διάστημα, διεισδύουν και στο δημόσιο υγειονομικό σύστημα ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια λειτουργίας· αυτό υποδηλώνουν τα περί «αξιολόγησης του νοσηλευτικού έργου», «εξορθολογισμού των δαπανών» κ.λπ. Στόχος τους δεν είναι η βελτίωση των κρατικών υπηρεσιών υγείας ούτε η μείωση των δαπανών που απορρέουν από την υποταγή-ομηρία του κρατικού συστήματος περίθαλψης από τους ιδιώτες προμηθευτές εμπορευμάτων υγείας. Είναι η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας και η μετακύληση ενός αυξανόμενου τμήματος του κόστους της περίθαλψης στους εργαζόμενους.

Υγεία, κοινωνική συναίνεση και πειθάρχηση

Η αστική οπτική για την υγεία και οι συνακόλουθες δράσεις από τους μεμονωμένους κεφαλαιοκράτες (πέραν των παραγωγών εμπορευμάτων υγείας) και τον συλλογικό κεφαλαιοκράτη (αστικό κράτος) έχουν και μια σαφή ιδεολογική-πολιτική διάσταση. Αυτή δεν εκδηλώνεται μόνο με έναν τρόπο κι ούτε πάντα με την ίδια ακριβώς μορφή, καθώς μετουσιώνεται σε δράσεις στις οποίες άλλοτε πρυτανεύει το στοιχείο της πειθάρχησης, του καταναγκασμού και άλλοτε της συναίνεσης, της ενσωμάτωσης, της υπογραφής μαζικών κοινωνικών συμβολαίων· ωστόσο είναι πάντα υπαρκτή και κατατείνει πάντα στον ίδιο

στόχο: στην καθήλωση της εργατικής τάξης εντός του αστικού πλαισίου εργασίας, ζωής, συμπεριφοράς και αξιών, στον συμβιβασμό με αυτό το πλαίσιο. Στην αναπαραγωγή, δηλαδή, του εργατικού δυναμικού όχι όπως και να είναι, αλλά με τέτοιο τρόπο που η εργασιακή και η ευρύτερη κουλτούρα του να το καθιστά «λειτουργικό» εντός των κυρίαρχων κάθε φορά καπιταλιστικών προτύπων, και ταυτοχρόνως να υπηρετεί την απρόσκοπτη κι εύρυθμη αναπαραγωγή των νόμων της αγοράς και της μισθωτής εκμετάλλευσης, της κρατικής κυριαρχίας, των καπιταλιστικών σχέσεων συνολικά (Μηνακάκης, 2008: 17-31)

Η διάχυση και επιβολή της άποψης ότι η ασθένεια είναι απόρροια κατά βάση ατομικών επιλογών ή ατομικών γενετικών-βιοχημικών διαταραχών και η διασφάλιση της υγείας κατά βάση ατομική υπόθεση, είναι σημείο αναφοράς σε αυτή τη διάσταση. Όπως αναφέρθηκε, η εμπέδωση αυτού του αξιώματος δεν αποτελεί απλώς έκφραση του ατομισμού που χαρακτηρίζει την αστική ιδεολογία, συνδέεται με κρίσιμα στοιχεία του αστικού καθεστώτος: Διευκολύνει τις επιχειρήσεις που εμπορεύονται κάθε λογής προϊόντα υγείας: αν γίνει αποδεκτό αυτό το αξίωμα, τότε το μόνο που πρέπει να κάνουν οι άνθρωποι είναι να γίνουν καταναλωτές των εμπορευμάτων τους. Διευκολύνει το σύστημα γενικώς: αν η αιτία της όποιας ασθένειας σχετίζεται με ατομικούς παράγοντες, τότε το καπιταλιστικό σύστημα και οι νοσογόνες συνθήκες που διαμορφώνει στο περιβάλλον, την εργασία, την κατοικία, τη διατροφή, τον τρόπο ζωής κ.λπ. απαλλάσσονται από κάθε ευθύνη. Διευκολύνει το αστικό κράτος: αν η υπόθεση της υγείας είναι ατομική, τότε οι διεκδικήσεις απέναντι στο κράτος για μέτρα που σχετίζονται με την προστασία και την προαγωγή της έχουν ελάχιστο νόημα.

Ο καπιταλισμός, βεβαίως, δεν υποστηρίζει ότι η υγεία είναι μόνο ατομική υπόθεση. Αναγνωρίζει ότι για τη διατήρησή της απαιτούνται και ευρύτερες παρεμβάσεις, είτε αυτές υλοποιούνται από τους ίδιους τους καπιταλιστές απευθείας είτε μέσω του αστικού κράτους. Στις παρεμβάσεις αυτές συνυπάρχουν (αν και σε διαφορετικό μίγμα κάθε φορά) η πειθάρχηση και η συναίνεση,

το καρότο και το μαστίγιο, ώστε να επιτυγχάνεται η αποδοχή των εκμεταλλευτικών κοινωνικών σχέσεων στο σύνολό τους. Οι εργατικές κατοικίες, για παράδειγμα, που έχτιζαν οι καπιταλιστές στα πρώτα χρόνια της Βιομηχανικής Επανάστασης αλλά και στα πρώτα χρόνια του τειλορισμού-φορντισμού, αποτελούσαν όρο για να προσελκύσουν από την ύπαιθρο το εργατικό δυναμικό που απαιτούσε η μεγάλη βιομηχανία, αλλά και μέσο για να καθηλωθεί ο τυπικά ελεύθερος εργάτης στο πλαίσιο της σχέσης εκμετάλλευσης –της μόνης που πλέον μπορούσε να του εξασφαλίσει τα προς το ζην–, να συμφιλωθεί μαζί της. Η κοινωνική ασφάλιση ήδη από την εποχή του Βίσμαρκ, έχει ως προϋπόθεση τη μισθωτή σχέση εκμετάλλευση και ταυτοχρόνως επιχειρείται να παρουσιαστεί ως έκφραση της φροντίδας του κράτους που αντιστοιχεί σε αυτή τη σχέση και φροντίζει για την αναπαραγωγή της. Αλλά και τα ομαδικά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (ο λεγόμενος τρίτος πυλώνας της ασφάλισης) ή επαγγελματικής ασφάλισης (δεύτερος πυλώνας) που προωθούν πολλές καπιταλιστικές επιχειρήσεις, λειτουργούν παρόμοια: πειθαρχούν τους εργαζόμενους στην υφιστάμενη μισθωτή σχέση και ταυτοχρόνως καλλιεργούν μια εικόνα κοινών συμφερόντων και ενδιαφέροντος της εταιρείας για τους υπαλλήλους της.

Υπό αυτό το πρίσμα πρέπει να προσεγγιστούν και οι παρεμβάσεις του αστικού κράτους στα ζητήματα υγείας και ασφάλισης. Πρόκειται για παρεμβάσεις που συμπυκνώνουν οικονομικές, κοινωνικές (αναπαραγωγή εργατικής δύναμης) και πολιτικο-ιδεολογικές παραμέτρους (πειθάρχηση-συναίνεση στο καπιταλιστικό στάτους). Δεν πρόκειται για παρεμβάσεις που έχουν μονοδιάστατα ως στόχο την εξουσία επί των σωμάτων του πληθυσμού, παρότι υπάρχει και αυτή η πλευρά. Ούτε για παρεμβάσεις που μετασχηματίζουν το αστικό κράτος σε «κοινωνικό κράτος» και διαμορφώνουν έναν πυλώνα του κράτους με κοινωνικό πρόσωπο, ο οποίος αντιπαράθεται δήθεν στην καταπιεστική του πλευρά, απηχεί μια ριζοσπαστική όψη της βιοπολιτικής ή έναν δυνάμει σοσιαλιστικό προσανατολισμό και αν διευρυνθεί μπορεί

να αποτελέσει ακόμη και όχημα κοινωνικού μετασχηματισμού. Και οι δύο οπτικές καταλήγουν, από διαφορετική σκοπιά, σε κάτι κοινό: αποσυνδέουν την οικονομική και κοινωνική από την πολιτική-ιδεολογική και την κατασταλτική λειτουργία του αστικού κράτους. Οι απόψεις που αντιμετωπίζουν τις παρεμβάσεις του κράτους σε θέματα υγείας – με τη συνδρομή των ειδικών – στενά ως όχημα εξουσιασμού, υποτιμούν καταφανώς και ότι ο εξουσιασμός έχει νόημα για το κεφάλαιο όχι καθαυτός, αλλά όταν διευκολύνει την άντληση κερδών, αλλά και ότι το αστικό κοινοβουλευτικό σύστημα, για να λειτουργήσει, χρειάζεται και στοιχεία ενσωμάτωσης-αποδοχής. Και εκείνες που τις προσεγγίζουν στενά ως έκφραση της εργατικής πίεσης και όχημα κοινωνικού μετασχηματισμού, υποτιμούν την ενότητα του αστικού κράτους και εν τέλει τον ίδιο το χαρακτήρα του· γιατί ασφαλώς σε αυτό επιδρούν η ταξική πάλη και οι πολιτικο-ιδεολογικοί συσχετισμοί, ωστόσο το αστικό κράτος δεν αποτελεί «συμπύκνωση των ταξικών συσχετισμών», που αν ενδεχομένως αλλάζουν θα αλλάξει και αυτό – αποτελεί δομή διασφάλισης

των αστικών συμφερόντων και αντεπίδρασης στους συσχετισμούς υπέρ ακριβώς αυτών των συμφερόντων.

Αντί επιλόγου

Στον αντίποδα των προαναφερθέντων, βρίσκεται η οπτική που αντιμετωπίζει την υγεία ως βιοψυχοκοινωνική κατάσταση, ως κατάσταση δυναμική κι όχι στατική, η οποία επηρεάζεται τόσο από την εσωτερική ισορροπία του ανθρώπου όσο και από την ισορροπία του με το περιβάλλον στο οποίο ζει, και περιλαμβάνει ως αδιάσπαστο όλον την ψυχική και κοινωνική ευεξία, τη φυσική ευεξία και τη δυνατότητα μιας δημιουργικής ζωής σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τους στόχους του κοινωνικού ανθρώπου. Μια τέτοια οπτική, η πραγμάτευση της οποίας υπερβαίνει τους σκοπούς του παρόντος, είναι ασύμβατη με την καπιταλιστική πραγματικότητα αλλά επικοινωνεί με τις εργατικές ανάγκες και με έναν οριζόντα κοινωνικής χειραφέτησης. **Τ**

b

Ένγκελς, Φρ. (1974), *Η κατάσταση της εργατικής τάξης στην Αγγλία*, τόμ. Α'-Β', Αθήνα, Μπάουρον
Κοβάλσκι, Τσ. Τζ. – **Μρτζένοβιτς, Άντ. Τζ.** (2018), «Εξοτομικευμένη ιατρική, γονιδιωματική και βελτιστοποίηση: Μνημεία νεοφιλελευθερισμού», *Τετράδια Μαρξισμού*, τχ. 6, σσ. 65-98
Μαρξ, Κ. (1978), *Το κεφάλαιο*, τόμ. Α', Αθήνα, Σύγχρονη Εποχή
Μαρξ, Κ. (1984), *Θεωρίες για την υπεραξία*, μέρος πρώτο, Αθήνα, Σύγχρονη Εποχή
Μαρξ, Κ. (1989, τομ. Α' – 1990, τόμ. Β' – 1992, τόμ. Γ'), *Grundrisse, Βασικές γραμμές της κριτικής της πολιτικής οικονομίας*, Αθήνα, Στοχαστής
Μαρξ-Ένγκελς (κxέ), Διαλεκτά έργα, τόμ. Α' **Μηνακάκης, Β. (2017-18), «Η έννοια του εμπορεύματος στον Μαρξ - Απόπειρα σύγχρονης ανάγνωσης», *Τετράδια Μαρξισμού*, τχ. 5, σσ. 167-190
Μηνακάκης, Β. (2008), *Κοινωνική ασφάλιση: Από***

το «κράτος πρόνοιας» στην «ελασασφάλεια», Αθήνα, ΚΨΜ
Μηνακάκης, Β. (2020), *Μετά την πανδημία COVID-19 – Τι είδους κόσμο θέλουμε;*, Αθήνα, ΚΨΜ
Πάβη, Ε. – **Αθανασάκης, Κ.** – **Ολλανδέζος, Μ.** – **Κυριόπουλος, Γ.** (2017), *Υγεία, φροντίδα υγείας και οικονομία της υγείας*, Αθήνα, Παπαζήσης
Τούντας, Γ. (2009), *Κοινωνία και υγεία – Οι ιστορικές καταβολές και οι κοινωνικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας*, Αθήνα, Οδυσσέας
Cabanas, E. – **Illuz, E.** (2020), *Ευτυχιοκρατία – Πώς η βιομηχανία της ευτυχίας κυβερνά τη ζωή μας*, Αθήνα, Πόλις
Crary, J. (2015), *24/7: Ο ύστερος καπιταλισμός και το τέλος του ύπνου*, Αθήνα, Λιβάνης
Deaton, A. (2018), *Η μεγάλη απόδραση: Υγεία, πλούτος και οι ρίζες της ανισότητας*, Πατάκης, Αθήνα 2018
Fisher, M. (2015), *Καπιταλιστικός ρεαλισμός:*

Υπάρχει άραγε εναλλακτική;, Αθήνα, Futura
Goldacre, B. (2014), *Bad Pharma: Τα παιχνίδια που παίζει η φαρμακοβιομηχανία*, Αθήνα, Μεταίχμιο
Gatzsche, P. (2015), *Φονικά Φάρμακα και οργανωμένο έγκλημα: Πώς οι μεγάλες εταιρείες φαρμάκων έχουν διαβρώσει την υγεία*, Αθήνα, Levantes
Leader, D. – **Corfield, D.** (2013), *Πατί αρρωσταίνουν οι άνθρωποι; - Πώς οι σκέψεις και τα συναισθήματα επηρεάζουν την υγεία μας*, Αθήνα, Μεταίχμιο
Moncrieff, J. (2019), *Ο μύθος της χημικής ίασης – Μια κριτική της ψυχιατρικής φαρμακοθεραπείας*, Αθήνα, οροσίο/Δίκτυο Ακούγοντας Φωνές
Rose, G. (2017), *Η στρατηγική της προληπτικής Ιατρικής*, Αθήνα, Μορφωτικό Ίδρυμα Εθνικής Τραπέζης
Ross, A. (2027), *Οι βιομηχανίες του μέλλοντος*, Αθήνα, Ίκαρος