



مجموعه مقالات

پزشکی

ترجمه: ونوشه بحرانی





پزشکی اجتماعی

(مجموعه مقالات)

مترجم: ونوشه بحرانی

پزشکی اجتماعی
(مجموعه مقالات)
ترجمه و نوشته بحرانی

ویراستار: فهیمه تسلی بخش
طراح جلد: آزاده رمضان‌ تبریزی
صفحه آرا: نفیسه عطاران

منتشر شده در حلقهٔ تجریش
www.tajrishcircle.org



فهرست

۹	مقدمه مترجم
۱۵	خاستگاه اجتماعی بیماری‌ها: تاریخی فراموش شده هاوارد وایتزکین
۶۳	دیدگاه مارکسیستی در زمینه مراقبت‌های پزشکی هاوارد وایتزکین
۱۱۵	پزشکی اجتماعی از دیروز تا امروز: درس‌هایی از امریکای لاتین هاوارد وایتزکین و همکاران
۱۴۳	سلامتی، مراقبت‌های بهداشتی و سرمایه‌داری کالین لیز
۱۸۵	درباره پزشکی انقلابی ارنستو چه‌گوارا

«طبابت سیاست است در مقیاسی بزرگ تر».

ویرشو

ابراهیم را در یکی از شب‌های اوایل پاییز گذشته، در خانه‌اش، در حاشیه‌ی زاهدان، جایی که خانه‌ها تمام می‌شدند و آن طرف‌ترش هیچ نبود ملاقات کردم. تنش از ابتلا به دیابتی چندین ساله رنجور و ناتوان بود. قول دادم و قول گرفتم درمان شود، خوب شود. دو ماه بعد، در یکی از شب‌های آخر پاییز، خبر مرگش را شنیدم. قلبم معجروح شد و هرگز بهبود نیافت.

ابراهیم ۲۶ ساله از فقر بیمار شد، در فقر رنج بیماری کشید و به دلیل فقر جان داد، که اگر در زمان و مکان و طبقه‌ی متفاوتی به دنیا آمده بود، حال زنده بود، سال‌ها زندگی می‌کرد و بالیدن سه فرزندش را خود شاهد بود.

تقدیم به نام و یاد ابراهیم و ابراهیم‌ها

مقدمه مترجم

بیست و اندی سال پیش، هنگام انتخاب رشته در دبیرستان، قصد کردم در مسیر خواسته‌های قلبی و دغدغه‌های ذهنی برای تحصیل در رشته مردم‌شناسی یا جامعه‌شناسی، وارد شاخه علوم انسانی شوم. آن زمان، پدرم از دیدگاه یک جامعه‌شناس مرا مجاب کرد که در مقام یک پزشک که امین و ملجأ عموم مردم است و شریک در رازهای ناگفتنی‌شان، مردم‌شناس و جامعه‌شناس بهتری خواهم شد. با آن هدف، سال‌ها پیش وارد دانشکده پزشکی شدم و در تمام سال‌های تحصیل و کار، فلسفه وجودی انسان، در میان مردم بودن، عمیق شدن در احوالات، دردها و نیازهای روحی آنها، مشکلات اجتماعی-سیاسی و حقوق انسانی آنها، در کنار درمان بیماری‌های جسمی، اصلی‌ترین دغدغه‌ام بود و این‌ها را مسئولیت حرفه‌ای و اجتماعی یک پزشک می‌دانستم؛ از آن رو که پزشک، در گمان من، همزمان داندۀ علوم طبیعی و آگاه به فرهنگ، مردم، جامعه، تاریخ و سیاست بود. با این حال، در تمام سال‌های گذشته، جستجوی راهی برای پیوند علوم اجتماعی و علوم پزشکی دغدغه‌ام بود. تا اینکه چهار سال پیش، در تیرماه سال ۱۴۰۰ و در میانه پاندمی کرونا و خیز چهارم، برای کمک به مردم در نواحی‌ای که دسترسی به پزشک نبود، در استان سیستان و بلوچستان حضور پیدا کردم.

آنچه در آنجا با آن مواجه شدم فراتر از انتظارم از فقر و منطقه محروم بود، چنان‌که دنبال کلمه‌ای دیگر و مناسب وضعیت می‌گشتم تا وزن آن واقعیتی که شاهدش بودم را متحمل باشد.

در اولین روز سفر نخست، هنگام ویزیت بیماران، طبق توصیه‌های معمول و آنچه از بر داشتیم به بیمار گفتیم: «مایعات بیشتر مصرف کن؛ مثلاً آب، چای کم‌رنگ، دوغ و شیر، آب میوه‌های طبیعی و...»؛ بیمار با لبخندی تمسخرآمیز و تلخ پاسخ داد که: «اینجا فقط آب پیدا می‌شود».

عرق سرد شرم بر تنم نشست. از آن زمان، تلاش می‌کردم در توصیه‌هایم جانب احتیاط را رعایت کنم و کم‌کم آموختم که اصلاً توصیه‌ای نکنم؛ پرسم!

- صبحانه، ناهار یا شام چه خورده‌ای؟ می‌خوری؟

- هفته‌ای، ماهی چند بار گوشت یا لبنیات می‌خوری؟ منبع آب آشامیدنی تان کجاست؟

- محل درآمد خانواده از کجاست؟ همسرت چه کاره است؟ درآمد ماهیانه خانواده چقدر است؟

- چند فرزند داری؟ مالک خانه‌ای یا مستأجر؟

و...

این چنین و آهسته با فاجعه‌ی هرروزه‌ی زندگی در اعماق، با گرسنگی، با معنای حقیقی «هیچ چیز» و «هیچ وقت» آشنا شدم.

- ناهار، هیچ چیز... ناهار نان خشک با آب... با چای... از همسایه قرض کردم.

- شام هرچه گیر آمد، هرچه مانده باشد.

- گوشت مرغ شاید ماهی یک بار، دو بار... اگر کسی خیرات کند.

- غذا سیب‌زمینی، گوجه‌فرنگی، نان خشک، روده و احشا و دورریز مرغ، آشغال سبزی...

در سفرهای ماهیانه به منطقه، با زنانی ملاقات کردم که به خاطر ظاهرشان، مادر خطابشان می‌کردم و بعد در حین ویزیت متوجه می‌شدم همسن من و یا حتی کم‌سن‌ترند.

کودکانی را نزدم آوردند که هشت، نه ساله می‌نمودند اما سیزده، چهارده ساله بودند. در مورد خاص دختران، این سنین زمانی است که ازدواج و مادرشدن محتمل است و در طی ۲۵ تا ۳۰ سال آینده، بارداری و شیردهی‌های مکرر و با فواصل کوتاه، گاه کمتر از

۶ ماه، اتفاق می افتد که سبب تهی شدن ذخایر آهن و کلسیم بدن و تشدید سوء تغذیه می شود. از این رو، شکایت غالب زنان و حتی دختران کم سن «همه جا درد» است؛ اصطلاحی که در این سفرها ابداع کردم، چون سر و گردن و دست و پا و همه عضلات و مفاصلشان درد می کند، مسئله ای که احتمال وقوعش با توجه به عدم مصرف لبنیات، زایمان های متعدد بدون فاصله گذاری مناسب و کار روزانه سنگین، مانند آب آوردن از چشمه یا مغازه های فروش آب، سوزن دوزی و خیاطی از سنین پایین، علاوه بر بچه داری و رفت و روب و آشپزی هر روزه، دور از ذهن نیست.

همزمان با این تجربه ها و مشاهدات، به کتاب ها و مقالاتی در زمینه پزشکی اجتماعی برخورد کردم که نوع تفکر را نسبت به حرفه، جایگاه پزشکی و مسئولیت درمانگر متحول کرد.

اکنون، فراتر از مسئولیت های حرفه ای و وجدانی، مسئولیت اجتماعی پزشکان در مقام پاسداران سلامت عمومی جامعه بدل به هسته اصلی تفکر و دغدغه ذهنی ام شده است.

در کتاب سرمایه، جلد اول، فصل بیست و سوم، مارکس [۱] قسمت هایی از اظهار نظر دکتر سیمون در گزارش کلی بهداشت عمومی در سال ۱۸۶۳ را نقل کرده است:

«تمام کسانی که به کار پزشکی در میان فقرا یا در بخش ها و اتاق های سرپایی بیمارستان ها می پردازند این نکته را تأیید می کنند که در بسیاری مواقع، کمبود تغذیه علت یا عامل تشدید بیماری هاست... با این همه، به عقیده من، باید به یک عامل کلی بهداشتی بسیار مهم دیگر نیز توجه داشت. باید به یاد داشت که مردم محرومیت از غذا را به اکراه تحمل می کنند. به عنوان یک قاعده، فقر شدید غذایی فقط به دنبال محرومیت های دیگر اتفاق می افتد. مدت ها پیش از آنکه فیزیولوژیست به فکر شمردن گرین های کربن و نیتروژن بیفتد که در زندگی و مرگ از گرسنگی دخالت دارد، هرگونه راحتی مادی از کانون خانوادگی رخت بر بسته است؛ پوشاک و سوخت حتی از غذا ناچیزتر شده اند... فضای مسکونی چنان تنگ شده است که شلوغی خود موجب بیماری یا عامل افزایش آن است؛ به زحمت اثری از اسباب و وسایل خانه دیده می شود- حتی پاکیزگی یا هزینه بر است یا دشوار و اگر به دلیل حفظ آبروی

خود برای نظافت تلاش‌هایی می‌کنند، هر یک از این تلاش‌ها بیانگر عذاب بیشتری از گرسنگی است... در محلاتی که معمولاً کمترین مراقبت بهداشتی وجود دارد؛ کمترین میزان فاضلاب، کمترین میزان جمع‌آوری زباله، کمترین میزان آب جاری، کمترین ممانعت از ریختن کثافات و کمترین میزان نور و هوا... اینهاست آن خطرات بهداشتی که اگر فقر به درجه فقر غذایی برسد، مسلماً اجتناب‌ناپذیر می‌شوند... اینها اندیشه‌های دردناکی هستند، به‌ویژه هنگامی که به یاد آوریم که این فقر، ناشی از تنبلی و بطالت نیست!... این فقر مردمان کارگر است...».

مارکس درست گفته است که: «افزایش ارزش جهان اشیا نسبت مستقیمی با کاهش ارزش جهان انسان‌ها دارد» [۲].

در زمانه گسترش و غلبه تفکر بازار آزاد، سلب مالکیت‌های عمومی و خصوصی‌سازی گسترده، اجراشدن سیاست‌های تعدیل اقتصادی و کاهش هزینه‌های دولت در زمینه رفاه عمومی، کاهش مستمري‌های دولتی، بیمه عمومی، ناکارآمدی سازمان‌های بیمه‌گر و کاهش سهم آن‌ها در تأمین داروی بیماران و در سیر درمان، کاهش بودجه پیشگیری و سرریز شدن آن به بخش درمان به علت سوددهی بیشتر حوزه درمان و در مجموع، تغییر سیاست‌های بازتوزیعی و در نتیجه معکوس شدن جریان ثروت از پایین به بالا بسیاری از افراد طبقات متوسط و کارگر را از دسترسی به خدمات درمانی مناسب محروم کرده است. با پیاده شدن سیاست بازار آزاد و ورود سرمایه به حوزه بهداشت سلامت به کالایی قابل خرید و فروش و پزشک به فروشنده دانش و خدمات تبدیل شده است. در چنین نظام سلامتی، بیمار نه یک انسان، بلکه یک عضو بیمار، یک تشخیص و یک شماره تخت است و بیماری نه در ظرف جسمی، روحی و اجتماعی انسان حاملش بلکه در برگه آزمایش‌ها و کلیشه‌های تصویربرداری جستجو می‌شود. از این رو، وظیفه پزشک تمرکز بر عضو حامل نشانه‌های بدکارکردی، درمان آن عضو و بازگرداندن فرد صاحب عضو بیمار به چرخه تولید در جامعه است. «این چنین است که دانش پزشکی در جامعه مدرن سرمایه‌داری بیش از آنکه در خدمت انسان باشد، در یک چرخش سیاسی، به ابزاری برای بهینه‌سازی فرایندهای تولید مادی بدل شده است» [۳].

سوی دیگر این مسئله تأثیر شرایط مادی زندگی در حفظ سلامتی یا ایجاد

بیماری است، واقعیتی که از سال‌های میانی قرن نوزدهم و در آثار انگلس^۱ و ویرشو^۲ مورد بررسی قرار گرفت. در دیدگاه این دو نفر، که می‌توان آن‌ها را بنیان‌گذاران پزشکی اجتماعی دانست، پیشرفت‌های عمده در نظام سلامت بدون تغییرات اساسی در نظام اجتماعی امکان‌پذیر نیست. آن‌ها ریشه بیماری‌ها را در محیط اجتماعی و در نظام تولید و بازتولید سرمایه‌داری می‌دانستند. فردریش انگلس در کتاب وضع طبقه کارگر در انگلستان^۳ هزینه‌های انسانی سرمایه‌داری را با توضیح تأثیر محیط کار و زندگی در سلامت و بیماری و میزان مرگ و میر طبقه کارگر تبیین می‌کند.

رودولف ویرشو تأکید داشت که انواع محرومیت‌های مادی، در همکاری با هم، مسبب بیماری‌ها هستند. او راهکار را مجموعه‌ای از تغییرات عمیق و اساسی اقتصادی، سیاسی و اجتماعی می‌دانست.

اکنون و پس از گذشت ۲۰۰ سال، نه تنها سرفصل مشکلات تغییر نکرده، بلکه بعد از همه‌گیری کرونا و آشکار شدن ناکارآمدی سیستم‌های بهداشتی-درمانی سرمایه‌داری، به نظر می‌رسد امروز آن نبرد بزرگ سرمایه‌داری و سوسیالیسم بر سر سلامت انسان‌ها و امید به زندگی که کن روگف^۴، اقتصاددان سابق صندوق بین‌المللی پول، در سال ۲۰۰۵ پیش‌بینی کرده بود غیرقابل اجتناب است. در این پیکار، پزشکی اجتماعی، فصل مشترک علم پزشکی و علوم اجتماعی، علمی که تفکر عدالت‌محور در آن تنیده شده و ریشه‌هایش در میانه قرن نوزدهم در اروپا پا گرفت و در قرن بیستم در امریکای جنوبی بالید اما در دهه‌های پس از قدرت گرفتن نئولیبرالیسم مهجور ماند، پیشرو و خط‌شکن است. از این رو، پرداختن به ریشه‌ها، تاریخچه و دستاوردهای پزشکی اجتماعی ضروری می‌نماید. این هدفی است که در این کتاب دنبال کرده‌ام سه مقاله نخست از هاوارد وایتزکین^۵ است که به ترتیب به خاستگاه اجتماعی بیماری‌ها، دیدگاه مارکسیستی در زمینه مراقبت‌های پزشکی و مروری بر تاریخچه پزشکی اجتماعی در امریکای جنوبی

1. Friedrich Engels

2. Rudolf Virchow

3. *The Condition of the Working Class in England*

4. Kenneth Rogoff

5. Howard Waitzkin

می‌پردازد. مقاله بعدی از کالین لیز، به تأثیر سرمایه‌داری بر سلامتی و مراقبت‌های بهداشتی متمرکز است. در پایان، جزوه پزشکی انقلابی چه‌گوارا^۱، که وایتزکین از آن به‌عنوان نمونه نام برده، آمده است. اینها اگرچه در زمانه متفاوتی نوشته شده‌اند، به‌طور حیرت‌انگیزی با تجربیاتم در سفرهای اخیر تشابه دارند؛ راهکارهایی که ارائه می‌دهند و آنچه از پیدایش انسان نوین و سوق دادن پزشکان به وظایف اجتماعی‌شان بیان می‌کنند به‌روز و کارآمد به نظر می‌رسد و از این رو این مجموعه را خواندنی و جذاب می‌کنند.

منابع

۱. مارکس، کارل (۱۳۸۶). سرمایه: نقدی بر اقتصاد سیاسی، ترجمه حسن مرتضوی، ج ۱، تهران: آگاه.
۲. مارکس، کارل (۱۳۸۷). دست‌نوشته‌های اقتصادی و فلسفی، ترجمه حسن مرتضوی. تهران: آگاه.
۳. دانشور، مزدک (۱۴۰۰). سلامت سوسیالیستی در مناظره با نئولیبرالیسم: جستارهایی انتقادی در انسان‌شناسی پزشکی و سلامت. تهران: انسان‌شناسی.

خاستگاه اجتماعی بیماری‌ها: تاریخی فراموش شده^۱

هاوارد وایتزکین

اگرچه منشأ اجتماعی بیماری‌ها اخیراً مورد توجه قرار گرفته، اما دیدگاه مارکسیستی کمتر به ریشه‌های آن‌ها پرداخته است. فردریش انگلس^۲، رودولف ویرشو^۳ و سالوادور آلنده^۴ نقش اولیه مهمی در این زمینه ایفا کرده‌اند. فردریش انگلس به بررسی ویژگی‌های محل کار و محیط که سبب ناتوانی و مرگ زودهنگام طبقه کارگر بریتانیا می‌شد پرداخت. مطالعات ویرشو در زمینه «پزشکی اجتماعی» و بیماری‌های عفونی نشان داد که تغییرات اجتماعی، به عنوان راه حلی برای مشکلات پزشکی، ضروری‌اند. آلنده علت شرایط بد سلامتی را در ستم طبقاتی، توسعه نیافتگی اقتصادی و امپریالیسم جستجو می‌کرد. این تحلیل‌گران در زمینه سبب‌شناسی اجتماعی^۵، علیت چندعاملی^۶، روش‌شناسی ماتریالیسم دیالکتیکی، نقش فعال دانشمندان حوزه پزشکی و پزشکان، اپیدمیولوژی اجتماعی، سیاست‌های بهداشتی و استراتژی‌های تغییرات اجتماعی-پزشکی، دیدگاه‌های متفاوتی ارائه کردند که البته مکمل هم بودند. ریشه‌های اجتماعی بیماری همچنان باقی است و این موضوع

۱. این مقاله ترجمه‌ای است از:

Howard Waitzkin, «The Social Origins of Illness: A Neglected History,» *International Journal of Health Services* 11(1) (1981): 77-103.

2. Friedrich Engels

3. Rudolf Virchow

4. Salvador Allende

5. social etiology

6. multifactorial causation

نشان می‌دهد که برای رسیدن به یک راه حل ارزشمند، چه بازسازی‌های وسیعی مورد نیاز است.

[امروزه] توجه به منشأ اجتماعی بیماری‌ها، به خصوص شرایط بیماری‌زای محل کار و محیط زیست، به سرعت افزایش یافته اما آثاری که اخیراً به این موضوع پرداخته‌اند، اغلب، منبع این دغدغه در تفکر مارکسیستی را نادیده گرفته‌اند. مطالعات بسیاری بیماری‌های محیطی و شغلی را توصیف کرده‌اند، اما عموماً از تضادهای ساختاری در سازمان‌دهی سرمایه‌دارانه تولید که موجب بیماری و مرگ زودرس می‌شوند غافل مانده‌اند. به علاوه، در جامعه‌شناسی پزشکی سنتی نیز به علل اجتماعی بیماری‌ها چندان توجه نشده است.

سه نفر، یعنی فردریش انگلس، رودولف ویرشو و سالوادور آلنده، سهم بزرگی در اولین تلاش‌ها در این زمینه داشتند. اما وقفه‌های تاریخی‌ای در این نگرش ایجاد شد که تا حدودی ناشی از عوامل فراگیرتری بود که بر عملکرد این افراد تأثیر داشتند. انگلس بیماری‌های طبقه کارگر را یکی از محرومیت‌های بسیاری می‌دانست که نیازمند تغییرات انقلابی بود. ویرشو نقش علمی خود را با فعالیت‌های سیاسی مرتبط می‌دانست. اما سازمان‌دهی علوم پزشکی در غرب اروپا در اواخر قرن نوزدهم اجازه نداد او به تعهدش به «پزشکی اجتماعی»^۱ وفادار بماند. تحقیقات آلنده در زمینه بهداشت همگانی نیز به تدریج کمتر شد، زیرا او بیشتر انرژی خود را وقف مبارزه با هدف [برپایی] سوسیالیسم در شیلی کرد.

در این مقاله، سعی می‌کنم موضوعی را دنبال کنم که در طول بیش از یک قرن، بارها رها شده است. ریشه‌های اجتماعی بیماری بارها به فراموشی سپرده شده و سپس با ظهور نسل بعدی، دوباره مورد توجه قرار گرفته است، اما در برهه تاریخی کنونی، ما دیگر نمی‌توانیم این مسئله را نادیده بگیریم. نویسندگان دیگری هم به سبب‌شناسی اجتماعی بیماری‌ها توجه داشته‌اند، اما آثار انگلس، ویرشو و آلنده از چندین جنبه اهمیت دارند.

انگلس و ویرشو تحلیل‌هایی از تأثیر شرایط اجتماعی بر سلامت ارائه کردند که

بنیان‌های دیدگاه پزشکی اجتماعی را به وجود آورد. هر دوی آنها در طول سال‌های پرآشوب دهه ۱۸۴۰، دربارهٔ این موضوع می‌نوشتند و با تمام تفاوت‌هایشان، هر دو، دست به اقدامات شخصی قاطعانه‌ای زدند که به عقیدهٔ خودشان، منجر به اصلاح شرایطی می‌شد که توصیفش می‌کردند. کار آینده در دورهٔ زمانی متأخرتر و در زمینهٔ جغرافیایی-سیاسی متفاوتی ظهور کرد. درحالی‌که انگلس و ویرشو بر تأثیر سرمایه‌داری اولیه کار می‌کردند، تمرکز آلنده بر امپریالیسم سرمایه‌دارانه و توسعه‌نیافتگی بود. با اینکه آثار آلنده در امریکای شمالی و اروپای غربی چندان شناخته شده نیست، اما مطالعاتش در پزشکی اجتماعی تأثیر فراوانی در برنامه‌ریزی و راهبردهای بهداشتی در امریکای لاتین و سایر نقاط جهان سوم داشته است.

انگلس، ویرشو و آلنده در تألیفاتشان، به‌طور صریح یا ضمنی، چارچوبی مارکسیستی برای بررسی ریشه‌های اجتماعی بیماری به کار گرفتند. مضمون کار هر سه یکی است و این شایستهٔ توجه است؛ اما از طرف دیگر، تفاوت‌های سازنده‌ای به‌ویژه در مورد جهت‌گیری کنشگری سیاسی، در آثارشان وجود دارد. [در این مقاله] پس از مرور انتقادی عملکرد این سه تن و نیز بررسی زمینهٔ تاریخی ظهور آثار هر کدام، به این شباهت‌ها و تفاوت‌ها خواهم پرداخت.

۱. فردریش انگلس

دشوار می‌توان برای حساسیت انگلس نسبت به موضوع سلامت و بیماری توضیحی یافت؛ چراکه او، برخلاف ویرشو و آلنده، هیچ‌گونه آموزش پزشکی رسمی ندیده بود و بهداشت و سلامت عمومی را محور اصلی کار خود نمی‌دانست. معلوم نیست که او چرابه مسائلی دقت داشت که از نظر دیگران پنهان بود، اما بنا بر آنچه در سال‌های اولیهٔ زندگی از سرگذرانده، می‌توان حدس‌هایی زد.

انگلس در اواخر دوران نوجوانی و اوایل دوران بزرگسالی‌اش، انرژی قابل‌توجهی را صرف تناقضات پیشینهٔ مذهبی خانواده‌اش کرد. پدر و بسیاری از بستگان نزدیکش از طرفداران سرسخت زهدباوری افراطی بودند. او متوجه بود که زهدباوری، خود فقرا و بیماران را مقصر درد ورنجشان می‌داند و به این نتیجه رسید که درواقع، زهدباوری به جای

آنکه شرایط اجتماعی را بهبود بخشد، با تفسیر اعتقادی مبتنی بر مسئولیت فردی (درباره وضعیت اجتماعی افراد)، این مشکلات را بدتر می‌کند. انگلس نمی‌توانست قبول کند که علت بیماری فقر، کمبودهای معنوی و روحانی خودشان است. انتقاد او به این بود که زهدباوران حاضر نیستند برای اصلاح محرومیت‌های اجتماعی، به شکل فعالانه‌ای مداخله کنند [۱، صص ۴۱۳-۴۳۲؛ ۲؛ ۳، ج ۱، صص ۴-۶].

دومین تجربه‌ای که حساسیتش را (نسبت به وضعیت سلامت و بهداشت کارگران) افزایش داد، مشغول شدن به حرفه روزنامه‌نگاری در ۱۸ سالگی بود. در آن دوره، او با خانواده‌اش در یک شهر صنعتی به نام بارمن^۱ زندگی می‌کرد که اقتصادش بر تولید پارچه متکی بود [۳؛ ۴، ج ۱، ص ۳؛ ۵، ج ۱، صص ۱۶-۱۷، ۱۸۳-۱۸۴؛ ۶]. از آنجاکه چندین عضو خانواده انگلس به عنوان مدیر در تولیدات صنعتی مشغول به کار بودند، او از نوجوانی بارها تولیدی‌های محلی و کارخانه‌ها را از نزدیک دیده بود. از طرفی در سال ۱۸۳۹، فعالیت‌های ادبی در حوزه‌های شعر، داستان‌های کوتاه و مقالات ژورنالیستی را آغاز کرد. حین تحقیق برای این مقالات بود که فرایند کار در کارخانه‌ها را از نزدیک دید، به مصاحبه با کارگران پرداخت و از خانه‌هایشان بازدید کرد. حاصل کار، مجموعه مقالاتی بود با عنوان نامه‌هایی از دره وویر^۲ که با نام مستعار منتشر شد [۱؛ ۷]. این نوشته‌ها گزارش مبسوطی از بیماری و رنج کارگران بود. او [در این نوشته‌ها] توضیح داد که بافندگان، دیباغ‌ها و سایر کارگران صنایع نساجی، به واسطه شغلشان، از چه بیماری‌هایی رنج می‌برند و به این نکته نیز اشاره کرد که شیوع وسیع بیماری سل و سفلیس ناشی از شرایط کاری سخت و مسکن نامناسب [کارگران] است.

سومین عامل مؤثر [بر انگلس] مری برنز^۳، یکی از گم‌نام‌ترین شخصیت‌های تاریخ ابتدایی سوسیالیسم، بود. در ۱۸۴۲، کمی پس از آنکه انگلس برای کار در کارخانه پدرش به منچستر آمد با مری، زنی ایرلندی و از طبقه کارگر، آشنا شد و پس از مدتی آنها زندگی مشترکشان را شروع کردند. مری در بازدیدها و مصاحبه‌ها، او را همراهی می‌کرد. بی‌شک،

1. Barmen

بارمن، در ایالت رین آلمان، شهری است صنعتی و صنایعش اغلب منسوجات نخی، قطیفه و... است.

2. *Letters from the Wupper Valley (Briefe aus dem Wuppertal)*

3. Mary Burns

حضور مری به او کمک می‌کرد تا بتواند با کارگران وارد گفتگو شود. وگرنه آنها چرا باید به او که مدیر یک کارخانه سرمایه‌داری بود باید اعتماد می‌کردند؟ مری برنز دیدگاه‌های سیاسی رادیکالی داشت و از انقلابی‌های ایرلند که اغلب در خانه مشترکش با انگلس اقامت داشتند، حمایت می‌کرد [۳، ج ۱، صص ۱۲۷-۱۲۸؛ ۵، ج ۲، ص ۴۵؛ ۸، صص ۹۸-۱۰۲؛ ۹، ص ۴۷۷]. این دوره با مهاجرت‌های گسترده از ایرلند به شهرهای صنعتی انگلستان همزمان بود. علت اصلی این مهاجرت‌ها قحطی سیب‌زمینی در ایرلند در سال ۱۸۳۹ و سال‌های بعد از آن بود. رابطه انگلس با مری او را با گرسنگی مهاجران ایرلندی و عوارض مخرب جسمانی آن روبه‌رو کرد. جدا از پیچیدگی‌های فراوان ارتباط این دو نفر، واضح است که مری عمیقاً بر درک انگلس از شرایط زندگی طبقه کارگر، رنج جسمانی آنها و کنش سیاسی رادیکال او تأثیر گذاشت.

موضع نظری انگلس در کتاب وضع طبقه کارگر در انگلستان^۱ ابهامی ندارد [۱۰]. ریشه بیماری و مرگ زود هنگام طبقه کارگر در سازمان‌دهی تولید اقتصادی و در محیط اجتماعی نهفته است. او استدلال کرد که سرمایه‌داری بریتانیا، طبقه کارگر را به کار و زندگی در شرایطی که ناگزیر سبب بیماری می‌شود مجبور کرده و این شرایط نه تنها از نظرها پنهان نبود، بلکه طبقه سرمایه‌دار که جامعه را کنترل می‌کرد، کاملاً از آن خبر داشت. او در ابتدا، تأثیر سموم محیطی را مورد مطالعه قرار داد. به نظر انگلس، نقشه نامناسب خانه‌ها و برنامه‌ریزی ضعیف برای مسکن در محله‌های کارگرنشین، تهویه لازم برای [خارج کردن] مواد سمی را ناممکن می‌ساخت. آپارتمان‌های کارگران دورتادور یک حیاط مرکزی، بدون ارتباط مستقیم با خیابان، واقع شده بود. گازهای حاوی کربن، ناشی از سوختن مواد سمی و تنفس انسان‌ها، در محل زندگی آنها محبوس باقی می‌ماند. به دلیل اینکه سیستم دفع مناسبی برای زباله‌های انسانی و حیوانی وجود نداشت، تجزیه این مواد در حیاط، آپارتمان‌ها یا خیابان‌ها اتفاق می‌افتاد. انگلس آلودگی هوا و آب ناشی از اینها را نیز با جزئیات توصیف کرد [۱۰، صص ۱۳۵-۱۳۷].

در ادامه، او به بیماری‌های عفونی که آنها را نتیجه وضعیت نامناسب مسکن می‌دانست اشاره کرد. بیماری سل، که از طریق ذرات هوا انتقال می‌یابد، کانون توجه

1. *The Condition of the Working Class in England*

او بود. انگلس خاطرنشان کرد که ازدحام بیش از حد و تهویه ناکافی عواملی بودند که به مرگ و میر ناشی از سل در لندن و سایر شهرهای صنعتی دامن می زدند. او اپیدمی تیفوس را هم بررسی کرد. این عفونت، که از طریق شپش منتقل می شد، به دلیل بهداشت نامناسب و تهویه بد گسترش یافته بود. انگلس، در شرح و بیان تیفوس، از روش معمول خود، یعنی تحلیل ثانویه اسناد منتشر شده توسط متخصصان حوزه پزشکی، استفاده کرد. او شک داشت که این حرفه به تغییر اجتماعی پای بند باشد. از سوی دیگر، در این نوشته ها، داده های بسیاری را برشمرد که بر [لزوم] تغییرات اجتماعی به عنوان راهی برای بهبود وضعیت سلامت صحه می گذاشت.

پس از آن، به مسئله تغذیه پرداخت و به پیوند میان شرایط اجتماعی، تغذیه و بیماری اشاره کرد [۱۰، صص ۱۴۰-۱۴۱]. او بر (تأثیر) هزینه زیاد و کمبود همیشگی مواد غذایی بر (سلامتی) کارگران شهری تأکید داشت. کمبود امکانات مناسب نگهداری مواد غذایی در فروشگاه ها سبب آلودگی و فساد آنها می شد. سوء تغذیه، به ویژه در کودکان، مشکل ساز بود. انگلس، مدت ها پیش از کشف سل گاوی به عنوان عامل اصلی اسکروfula و ابداع روش پاستوریزه کردن شیر برای پیشگیری از آن، ارتباط این بیماری را با تغذیه نامناسب نشان داد. همچنین مدت ها قبل از اینکه تحقیقات پزشکی فقر ویتامین دی در رژیم غذایی را به عنوان عامل راشیتیس معرفت کنند، او ناهنجاری های اسکلتی در این بیماری را ناشی از کمبودهای تغذیه ای می دانست.

در بررسی هایش درباره اعتیاد به الکل، شرحی از عوامل اجتماعی ارائه کرد که به افراط در نوشیدن الکل دامن می زدند. از نظر او، اعتیاد به الکل واکنشی به فلاکت زندگی طبقه کارگر بود. کارگران، که از راه های دیگر برای ارضای عواطفشان محروم بودند، ناگزیر به الکل روی می آوردند. آنها نمی توانستند مسئول سوء مصرف الکل باشند، بلکه در نهایت، تقصیر اعتیاد به الکل (طبقه کارگر) بر گردن طبقه سرمایه دار بود [۱۰، صص ۱۴۱-۱۴۲]:

«الکل تنها منبع لذت آنها (کارگران) است»... کارگر... باید چیزی داشته باشد که به زحمت کار کردنش بیرزد و چشم انداز روز بعد را قابل تحمل کند... در اینجا،

مستی دیگر گناهی نیست که بتوان انسان گناهکار را مسئول آن دانست... کسانی که کارگر را به یک ابتۀ صرف تقلیل داده‌اند، مسئول آن هستند».

از نظر او، اعتیاد به الکل در ساختار اجتماعی ریشه داشت. انداختن بار مسئولیت [اعتیاد به الکل] بر دوش فرد کارگر راه به جایی نمی‌برد. اگر تجربه شرایط اجتماعی توأم با محرومیت به اعتیاد به الکل منجر می‌شد، راه حلش این بود که به جای برنامه‌های درمانی متمرکز بر فرد، به ایجاد تغییرات بنیادین در آن شرایط اجتماعی روی آورند.

در چنین فضایی، انگلس توزیع نادرست پرسنل پزشکی را نیز مورد بررسی قرار داد. به گفته او [۱۰، صص ۱۴۲-۱۴۳]، افراد طبقۀ کارگر از «دسترس به پزشکان ماهر در هنگام بیماری» محروم بودند و مراکز درمانی که خدمات خیریه ارائه می‌دادند، تنها می‌توانستند بخش کوچکی از نیاز مردم به مراقبت حرفه‌ای را برآورده سازند. او از اینکه داروسازها در داروخانه‌ها داروهای حاوی موادمخدر را بدون نسخه برای درمان بیماری‌های کودکان ارائه می‌کردند انتقاد می‌کرد و معتقد بود که بخشی از نرخ بالای مرگ‌ومیر نوزادان در مناطق کارگرنشین حاصل کمبود خدمات پزشکی و بخشی دیگر به علت مصرف داروهای نامناسب است.

سپس با استفاده از آمار جمعیت‌شناختی، که مراجع رسمی بهداشت عمومی تدوین کرده بودند، به بررسی اپیدمیولوژیک میزان مرگ‌ومیر و طبقۀ اجتماعی پرداخت. او نشان داد که نه تنها در کل شهرها، بلکه در مناطق خاصی از هر شهر نیز میزان مرگ‌ومیر با طبقۀ اجتماعی رابطه‌ای معکوس دارد و خاطرنشان کرد که در منچستر، میزان مرگ‌ومیر کودکان طبقۀ کارگر بسیار بالاتر از «کودکان طبقات اجتماعی بالاتر» است. علاوه بر این، در مورد اثرات تجمعی طبقات و شهرنشینی بر مرگ‌ومیر کودکان توضیح داد و داده‌هایی ارائه کرد که حاکی از نرخ بالاتر مرگ‌ومیر ناشی از اپیدمی بیماری‌های عفونی مانند آبله، سرخک، مخملک و سیاه‌سرفه در کودکان طبقۀ کارگر بودند. از دیدگاه انگلس، در ریشه‌ابی بیماری‌ها و مرگ‌ومیر زودرس، ویژگی‌های زندگی شهری مانند ازدحام، مسکن نامناسب، بهداشت ضعیف و آلودگی‌ها به موقعیت طبقۀ اجتماعی اضافه می‌شدند [۱۰، صص ۱۴۴-۱۴۸].

علل اجتماعی حوادث خشمش را برمی‌انگیخت. او بروز حوادث را نتیجه

استثمار کارگران، نبود مراکز مناسب برای نگهداری از بچه‌ها و در نتیجه غفلت از آنان می‌دانست. از آنجاکه در اغلب خانواده‌های کارگری، زن و شوهر، هر دو، مجبور بودند خارج از خانه کار کنند و از آنجاکه امکانات مناسب برای نگهداری از کودکان در زمانی که والدین سرکار بودند وجود نداشت، کودکان در معرض خطر سقوط از ارتفاع، غرق شدن یا سوختگی قرار داشتند. انگلس خاطرنشان کرد که سوختگی بچه‌ها به دلیل وسایل گرمایشی نامناسب و بدون نظارت [مراقب بزرگسال]، در زمستان‌ها بیشتر اتفاق می‌افتاد. حوادث محل کار هم از دیگر عوامل نگران‌کننده بود. به خصوص خطرهایی که به دلیل ماشینی‌شدن، پیش روی کارگران صنعتی قرار داشت. شایع‌ترین حوادثی که به دلیل کار با ماشین‌های نایمن رخ می‌داد از دست دادن بازو، دست‌ها و انگشتان دست‌ها بود و عفونت به دنبال این آسیب‌ها اغلب سبب کزاز می‌شد.

انگلس در سایر قسمت‌های کتاب، دربارهٔ انواع بیماری‌ها در بخش‌های مختلف صنعت توضیح داده است. او گزارش‌های اولیه‌ای از بیماری‌های شغلی‌ای ارائه کرد که به تازگی در چند سال اخیر مورد توجه ویژه قرار گرفته‌اند.

به عقیدهٔ او، بسیاری از اختلال‌های ارتوپدی ناشی از اقتضائات گرایش به صنعت بود. انحنای [بیمارگونه] ستون فقرات، ناهنجاری‌های ساختاری اندام‌های تحتانی (پاها)، کف پای صاف، رگ‌های واریسی و زخم‌های پاها را باز نمودی از اقتضائات کارهایی می‌دانست که مستلزم ایستادن برای مدتی طولانی بودند. نظرش دربارهٔ تأثیرات وضعیت بدن، ایستادن و حرکات تکراری چنین بود [۱۰، صص ۱۹۰-۱۹۳]:

تمام این اثرات به راحتی با تبیین طبیعت کار در کارخانه‌ها قابل توضیح است... کارگران... باید تمام مدت سرپا بایستند و کسی که، مثلاً بر لبهٔ پنجره یا سبدها بنشیند، جرمه می‌شود؛ این وضعیت ایستادهٔ مداوم، این فشار مکانیکی مداوم قسمت فوقانی بدن بر ستون فقرات، لگن و پاها، لاجرم به عواقبی که گفته شد می‌انجامد. اما این ایستادن‌ها صرفاً اقتضای خود کار نیست.

اینکه اختلالات اسکلتی-عضلانی مزمن می‌توانند ناشی از وضعیت ثابت و بدون تغییر بدن یا حاصل حرکات کوچک تکراری باشند، کشف پیچیده‌ای به نظر نمی‌رسد؛ اما تنها دو دهه است که طب کار به این منشأ که کاملاً متفاوت با حوادث خاص یا قرار

گرفتن در معرض مواد سمی است، توجه جدی نشان داده است.

او بیماری‌های چشمی در کارگران نساجی و صنایع تولید تور را هم برای بررسی انتخاب کرد. این مشاغل به تمرکز چشمی دقیق و اغلب در نور کم نیاز داشتند. در این بررسی، انگلس به بیماری‌های چشمی مانند التهاب قرنیه، نزدیک‌بینی، آب‌مرورید و نابینایی موقت یا دائم توجه کرد و پس از توضیحی خسته‌کننده دربارهٔ ناهنجاری‌های چشمی، به بحث مورد علاقه‌اش، یعنی به تحلیل (این بیماری‌ها) از منظر ساختار اجتماعی پرداخت [۱۰، ص ۲۳۰]:

این بهایی است که جامعه برای اینکه زنان زیبای طبقهٔ بورژوا لذت پوشیدن تور را بچشند می‌پردازد. واقعاً هم قیمت مناسبی است! تنها به قیمت چند هزار کارگر نابینا، تعدادی دختر مسلول که فرزند این کارگرانند و نسلی بیمار از مردم فرودست که ناتوانی‌های خود را برای فرزندان و نوه‌هایشان، که آنها هم همان قدر فرودست‌اند، به ارث می‌گذارند... بورژوازی انگلیسی، بی‌اعتنا از کنار (این) گزارش کمیسیون دولتی خواهند گذشت و همسران و دخترانشان، همچون گذشته، خود را با پارچه‌های توری خواهند آراست.

انگلس در متن‌هایی مانند این، نشان داد که تعهد انقلابی او نه تنها از دیدگاهش دربارهٔ استثمار اقتصادی، بلکه از تجربهٔ رنج تن که در ساختار طبقاتی ریشه داشت برمی‌آمد. برای او تضادهای طبقاتی بیشتر در لوازم نمادین مانند تور نمود داشتند. چیزهایی که طبقهٔ سرمایه‌دار، به بهای بینایی کارگران، از آن بهره می‌بردند.

مشاهداتش از مسمومیت‌های شغلی و ناشی از سرب در بین کارگران سفالگری نیز شگفت‌آورند [۱۰، ص ۲۴۲-۲۴۴]، زیرا تنها چند سال است که این بیماری نگرانی‌های زیادی در بهداشت صنعتی برانگیخته است. او نشان داد که [بدن] کارگران اغلب از طریق مایعی که هنگام نازک‌کاری، با دست و لباس آنها در تماس بود، سرب را جذب می‌کرد. همچنین او عواقب این تماس را به صورت درد شدید شکمی، یبوست و عوارض عصبی مانند تشنج و فلج نسبی یا کامل توصیف کرد. به گفتهٔ انگلس، این علایم مسمومیت با سرب نه تنها در خود کارگران، بلکه در کودکان ساکن در نزدیکی کارخانه‌های سفالگری هم بروز می‌کرد. شواهد اپیدمیولوژیک دربارهٔ خطرات کاربرد سرب در صنعت برای جامعه، عمدتاً از سال ۱۹۷۰ و این بار هم بدون آگاهی از

مشاهدات انگلس، در بهداشت محیط مورد توجه قرار گرفته است.

او درباره بیماری‌های ریوی نیز شرح مفصل و جامعی ارائه کرد. در چندین مورد، سندرم‌هایی را توصیف کرد که علم پزشکی تا قرن بیستم هنوز آنها را به طور کامل مستند نکرده بود. توصیفش از بیماری ریوی کارگران نساجی [۱۰، ص ۲۰۰] با همان بیماری‌ای منطبق است که سال‌ها بعد، علم پزشکی از آن با عنوان «بیزینوسیس»^۱ یا ریه قهوه‌ای^۲ یاد کرد:

در بسیاری از سالن‌های کارخانه‌های ریسندگی پنبه و کتان، هوا پر از ذرات فیبر است که سبب درگیری ریه می‌شوند. به خصوص در کارگران اتاق‌های شانه‌زنی... شایع‌ترین اثرات تنفس این ذرات، بزاق خونی، تنفس سخت و پرسروصدا، درد قفسه سینه، سرفه، بی‌خوابی و به طور خلاصه، تمامی علائم آسم است...

انگلس توصیفی مطابق با «آسم گریندر»^۳ نیز ارائه کرد، بیماری تنفسی‌ای که به علت تنفس غبار ذرات فلز در کارخانه‌های ساخت تیغه چاقو و چنگال ایجاد می‌شد [۱۰، صص ۲۳۹-۲۴۱]. او توانست شباهت آسیب‌شناختی پنبه و غبار فلز در ریه را نشان دهد.

در بخش‌های بعدی کتاب، بیماری ریوی در میان کارگران معادن زغال سنگ را تشریح کرد و توضیح داد که عدم تهویه غبار زغال سنگ منجر به التهاب حاد و مزمن ریوی می‌شود که غالباً به مرگ تدریجی می‌انجامد. انگلس متوجه شد که «لکه‌های سیاه»^۴، سندرمی که امروزه پنوموکونیوز^۵ کارگران معادن و یا ریه سیاه^۶ نامیده می‌شود، با سایر عوارض گوارشی، قلبی و تولیدمثلی همراه است. او با اشاره به اینکه این بیماری ریوی قابل پیشگیری است، تناقض بین سود و شرایط بهداشتی مناسب در صنعت سرمایه‌دارانه را نشان داد [۱۰، صص ۲۷۹-۲۸۴]:

همه موارد این بیماری به مرگ ختم می‌شوند... در هیچ یک از معادن ذغال سنگی

- 1.. byssinosis
- 2.. brown lung
- 3.. Grinders' asthma
- 4.. black spittle
- 5.. pneumoconiosis
- 6.. black lung

که تهویه مناسب دارند خبری از این بیماری نیست، اما اغلب وقتی معدنچیان از معادن دارای تهویه مناسب به معدنی که تهویه خوبی ندارند انتقال می‌یابند، به این بیماری مبتلا می‌شوند. مقصرِ بروز این بیماری در کارگران، منفعت‌طلبی صاحبان معدن است که تهویه مناسب را در محل کار فراهم نمی‌کنند.

بعد از بیش از یک قرن، همچنان همان تضاد ساختاری مانع پیشگیری از بیماری ریه سیاه است.

برای انگلس، تجزیه و تحلیل منشأ اجتماعی بیماری‌ها بخشی از هدف بزرگ‌تری بود. درواقع، مانند سایر مطالعات مارکسیستی، وضع طبقه کارگر در انگلستان، بیشتر به قصد کنش سیاسی-اجتماعی نوشته شده بود. طولی نکشید که او بر دغدغه‌های نظری و عملی دیگری متمرکز شد و اگرچه بعدها هم در زمینه‌های علوم طبیعی و فیزیکی مطالبی نوشت [۱۱؛ ۱۲]، اما دیگر به مسئله خاستگاه‌های اجتماعی بیماری‌ها، به‌عنوان یک موضوع اصلی، رجوع نکرد. با این حال، در کتابی که هدفش توصیف همه‌جانبه زندگی طبقه کارگر بود، تحلیل روشنی از روابط علی بین ساختار اجتماعی و بیماری جسمانی ارائه کرد.

او دریافت‌هایش درباره بیماری را با دریافت‌های متعدد دیگر از ستم طبقاتی در هم آمیخت. استدلال وی بیانگر این بود که [یافتن] راه حل برای این مشکلات سلامتی نیازمند تغییرات بنیادین اجتماعی است و مداخلات محدود پزشکی هرگز نمی‌توانند ضروری‌ترین پیشرفت‌ها را سبب شوند. مایه بسی تأسف است که کارهای اولیه انگلس در مورد مسائل پزشکی از توجه و نظر دانشجویان و فعالان دور مانده است. با این حال، تحلیل‌های او هم از نظر فکری و هم از جهت سیاسی، تأثیر عمده‌ای بر رودولف ویرشو، یکی از بنیان‌گذاران پزشکی اجتماعی، گذاشت.

۲. رودولف ویرشو

ویرشو در قرن نوزدهم میلادی، هشتاد سال زندگی کرد. او بیش از دو هزار تألیف از خود بر جای گذاشت، در نوشتن تعداد بسیاری از مقالات در علم پزشکی و مردم‌شناسی

مشارکت کرد و نمایندهٔ منتخب در پارلمان رایشتاگ^۱ آلمان بود. شناخته‌شده‌ترین اثر ویرشو آسیب‌شناسی سلولی^۲ است [۱۳] که نخستین تبیین جامع از سلول به عنوان واحد پایهٔ فرایندهای فیزیولوژیک و پاتولوژیک است. شهرت امروزی او عمدتاً به خاطر پژوهش‌هایش در زمینهٔ آسیب‌شناسی سلولی است، اما او در طول زندگی حرفه‌ای خود تلاش کرد فشارهای فیزیکی و اجتماعی‌ای را که موجب بیماری و رنج انسان می‌شود به شکلی منسجم تبیین کند. اگرچه عمل‌گرایی ویرشو او را به چند مسیر بی‌حاصل سوق داد، اما دیدگاهش دربارهٔ سرچشمه‌های چندعاملی و عموماً اجتماعی بیماری‌ها بیش از سایر کارهای مهمش که اغلب شناخته نشده‌اند، سزاوار توجه است.

زندگی پیچیده ویرشو را نمی‌توان کوتاه و خلاصه تعریف کرد، اما نگاهی به برخی از جوانب زندگی‌اش، می‌تواند سهم او را [در زمینهٔ پزشکی اجتماعی] روشن کند. ویرشو در شهر کوچک شیفلباین^۳ در پومرانی^۴ به دنیا آمد. پدرش نمی‌توانست تنها از راه کشاورزی امرار معاش کند، از این رو شغلی اداری در دولت محلی شهر نیز داشت و چندین بار برای راه‌اندازی کسب‌وکارهایی کوچک تلاش‌های ناموفقی هم کرده بود. مادرش به خانه‌داری مشغول بود و شغل دیگری نداشت. ویرشو تا زمان مرگ والدینش، به‌طور مستمر، مکاتبات مبسوطی با آنها داشت. بازماندگانش، پیش از انتشار، این نامه‌ها را به‌دقت ویرایش کرده‌اند. با این حال، این مکاتبات گزارشی صادقانه از زندگی خانوادگی و تعاملات یک پدر و مادر با فرزندی استثنایی است [۱۴].

سال‌های دانشجویی ویرشو دوران درخشش در آکادمی و به دست آوردن تجربیاتی یکنواخت بود. عملکرد ممتازش در دبیرستان، یک بورس کامل تحصیلی رشتهٔ پزشکی در انستیتوی فردریش ویلز^۵ برلین را برایش به همراه داشت. او در پژوهش‌هایش، برای خود یک هدف فاوستی^۶ مقرر کرده بود [۱۴، ص ۴۷]:

-
1. German Reichstag
 2. cellular pathology
 3. Schivelbein
 4. Pomerania
 5. Friedrich-Wilhelms Institut
 6. Faustian goal

«سیر تا پیاز طبیعت را بیاموز»^۱

پس از دریافت مدرک پزشکی در سال ۱۸۴۳، ابتدا به عنوان کارورز و سپس به عنوان متخصص پاتولوژی بالینی^۲ در بیمارستان شاریته^۳ برلین^۴ مشغول به کار شد. در آنجا پروژه‌ای چندوجهی دربارهٔ آسیب‌شناسی را پیش برد و این رشته را در طی دو دههٔ بعد بنیان نهاد. انقلاب ۱۸۴۸ ویرشو را تحت تأثیر قرار داد و به او آموخت که اگرچه دید میکروسکوپی [به بیماری‌ها] مهم است، اما این دانش به‌خودی‌خود نمی‌تواند علت فرایندهای آسیب‌شناختی را توضیح دهد، چه رسد به اصلاح آنها. حوادث آن سال مشخص کردند که مشکلات اجتماعی اختلالات آسیب‌شناختی را ایجاد می‌کنند یا به اختلالات ایجادشده دامن می‌زنند. تجربه‌های ویرشو در طی سال ۱۸۴۸ چشم‌انداز همه‌جانبهٔ رشتهٔ پاتولوژی را به وجود آورد که در تألیف‌ها و تدریس‌های آتی او راه یافت. این دیدگاه غالباً در سایهٔ دیگر دستاوردهای ویرشو گم شد، دستاوردهایی که بر مشاهدات سلولی متمرکز بوده‌اند و تأثیر نیروهای اجتماعی را دست کم گرفته‌اند. دو اتفاق که تأثیر عمیقی بر افکار ویرشو گذاشتند، یکی اپیدمی تیفوس در سیلزی علیا^۵ و دیگری قیام کارگران در برلین بود.

در اواخر سال ۱۸۴۷، بیماری تیفوس در سیلزی علیا، منطقه‌ای فقیرنشین با اقلیت بزرگ لهستانی‌زبان در پروس^۵ شیوع یافت. تا آغاز سال ۱۸۴۸، هزاران نفر در معرض مرگ بودند و وقوع قحطی مشکلات را پیچیده‌تر می‌کرد. ویرشو مقامات مافوق را متقاعد کرد از پژوهشی آسیب‌شناختی که بتواند توصیه‌هایی در مورد توقف همه‌گیری و پیشگیری از عود آن حاصل کند، حمایت کنند. او سفر میدانی کوتاه و فشرده‌ای به سیلزی علیا داشت. در همان روزهای نخست، تب‌عات وحشتناک اپیدمی، تأثیر عاطفی عمیقی بر او گذاشت. اگرچه او در گزارش‌های رسمی گوشه‌ای از این احساسات را نشان داده، اما بیشتر در نامه‌نگاری با پدرش از آنها صحبت کرده است. ویرشو در این نامه‌ها، که حاوی

1. Complete Knowledge of nature from God to earth

2. clinical pathologist

3. Berlin's Charité Hospital

4. Upper Silesia

5. Prussia

گزارش‌هایی پرشور از درد و رنج است، مواد غذایی در دسترس را به جزئیات تشریح کرده، خشمش را نسبت به تداوم گرسنگی نشان داده و تلاش کرده ارتباط بین بیماری و گرسنگی را ترسیم کند [۱۴، ص ۱۲۵]: «پر واضح است که گرسنگی و تیفوس از هم جدا نیستند، بلکه به خاطر گرسنگی است که تیفوس این طور گسترش می‌یابد». مسکن نامناسب نیز زمینه انتقال بیماری را مهیا می‌کرد. او مقامات دولتی را مقصر تداوم اپیدمی می‌دانست و به پدرش گله کرده بود که آنها از اقدامات لازم برای اصلاح وضعیت اجتماعی که مسبب بیماری است سر باز می‌زنند. او پزشکان محلی را هم به دلیل عدم رسیدگی مناسب به فقرا سرزنش می‌کرد چون «پول پرست» بودند و حاضر نمی‌شدند «از صورت حساب بیماران بگذرند» [۱۴، ص ۱۲۷]. تنها یک «سازمان تأمین خدمات بهداشتی عمومی» که پزشکان و امکانات پزشکی را تحت نظارت دولت به کار گیرد می‌توانست امکان مقابله‌ای کارآمد و مؤثر با چنین مشکلاتی را فراهم کند.

ویرشو در تألیفاتش درباره این اپیدمی، نظریه جامع‌تری درباره سبب‌شناسی چندعاملی ارائه کرد. او تأکید داشت که انواع محرومیت‌های مادی در تداخل با هم سبب بیماری در افراد و انتقال آن در جامعه می‌شوند [۱۵؛ ۱۶، ج ۱، صص ۱۲۸-۱۲۹، ۲۱۴-۲۳۴، ۴۳۵-۴۶۴]. در ابتدا، سوءتغذیه افراد را مستعد بیماری می‌کرد و دولت، با توزیع مواد غذایی بین فقرا در زمان قحطی، می‌توانست از تأثیرات سوءتغذیه جلوگیری کند. دومین راه مداخله ارتقای وضعیت مسکن بود، چراکه ازدحام و شرایط زندگی توأم با محرومیت، به اپیدمی دامن می‌زد. به نظرش، آب و هوای نامطلوب نیز به انتقال بیماری کمک می‌کرد، اما اگر غذا و مسکن مناسب در دسترس بود، عامل آب و هوا دیگر چندان اهمیتی نداشت. او خاطر نشان کرد که اپیدمی تیفوس اقلیت لهستانی‌زبان را بیش از سایر گروه‌ها در سیلزی علیا تحت تأثیر قرار داده، چراکه تفاوت زبانی مانع ارتباط پزشکان و بیماران بود؛ از این رو تأکید داشت که پزشکان باید زبان و اصطلاحات رایج منطقه محل طبابتشان را بیاموزند.

ویرشو خاطرنشان کرد که بستر اصلی برای رقم خوردن سلامتی یا بیماری را شرایط کلی مادی در زندگی فراهم می‌کند. او همچنین استدلال کرد که ناامنی اقتصادی و محرومیت از حقوق سیاسی، از طریق زنجیره‌ای پیچیده از علت و معلول‌ها، به مشکلات اجتماعی

می‌انجامد که بیماری، ناتوانی و مرگ زودرس را به دنبال دارد و معتقد بود که ثبات اقتصادی و مشارکت سیاسی فعالانه فقرا برای سلامت آنها ضروری است. به همین علت، راهکارهای مورد نظر او شامل مجموعه‌ای از تغییرات عمیق و بنیادین اقتصادی، سیاسی و اجتماعی بود. تغییراتی مانند افزایش اشتغال، دستمزد بیشتر، خودمختاری محلی در دولت، ایجاد تعاونی‌های کشاورزی و ساختار مالیاتی مترقی. راه حل‌های پزشکی ویرشو چندان پرتعداد نبود و مثلاً تنها شامل احداث درمانگاه و بیمارستان می‌شد. در عوض، از آنجا که او منشأ بیماری‌ها را در مشکلات اجتماعی می‌دید، منطقی‌ترین رویکرد را تغییر دادن شرایطی می‌دانست که سبب بروز اپیدمی‌ها می‌شدند.

هنوز چند هفته از بازگشت از آن واقعیت تلخ همه‌گیری تیفوس به برلین نگذشته بود که قدم به تجربه دیگری گذاشت: تجربه انقلاب ۱۸۴۸ که بنا بود جهان بینی او را شکل دهد. نامه‌های ویرشو به والدینش در آن دوره، تصویر مرد جوانی را بازنمایی می‌کند که عمیقاً به «سوسیالیسم رادیکال» و مشارکت فردی در تغییرات اجتماعی انقلابی متعهد است. مکاتباتش در مارس ۱۸۴۸، نبردهای قیام برلین و نقش خود او در آنها را توصیف می‌کنند. او تلاش کرد مواردی از برخوردهای نظامی وحشیانه در مقابل تجمعات طبقه کارگر را مستند کند. از محتوای نامه‌ها مشخص است که خود او هم در سنگربندی‌ها شرکت داشته است. ویرشو فعالیت‌هایش [در این قیام] را کوچک می‌شمرد و مدعی بود که «چندان اهمیتی نداشتند»، چراکه او «فقط یک تپانچه» در اختیار داشت [۱۴، ص ۱۳۷]. در طی سال بعد، نبردهای مستقیم فروکش کردند، با این حال، ویرشو همچنان فعالیت‌های سیاسی را با تب و تاب بسیار ادامه داد. او علاوه بر تدریس و تألیف‌های علمی، مؤسس و کمک‌ویراستار هفته‌نامه‌ای بود با نام «اصلاحات پزشکی» که به زبانی ساده، برای توده خوانندگانی که کارگران آموزش دیده و شاغل در حوزه پزشکی بودند منتشر می‌شد [۱۷، ص ۹۹].

ویرشو غالباً خود را «سوسیالیست» و «چپ افراطی» معرفی می‌کرد. در نامه‌ای خطاب به مادرش، انگیزه‌هایش را اینگونه بیان کرده: «طبق قانون، بهبود رفاه فقرا یا به بیان دیگر، طبقه کارگر، تاکنون امکان نداشت، چراکه اراده شخص شاه مساوی قانون بود و طبقه کارگر غالباً راهی نداشتند که بتوانند از پیشرفت خود بهره‌ای ببرند». در این

دوره، او بین سوسیالیسم و کمونیسم تمایز قائل بود و از اولی حمایت می‌کرد. همان‌طور که در سال ۱۸۴۹ به پدرش نوشت [۱۴، ص ۱۹۷]، می‌اندیشید که اعتقاد به کمونیسم «اگر کسی بخواهد مستقیم به آن دست یابد، پوچ و بی‌معنی است». با این حال در نوشته‌هایش، به شکل واضحی بین دو سیستم تمایزی قائل نمی‌شد و به تحلیل‌های مارکس و انگلس در سال‌های ۱۸۴۸ و پس از آن اشاره‌ای نمی‌کرد. به نظر می‌رسد مخالفت‌های او با کمونیسم از این دیدگاهش سرچشمه می‌گرفت که نظام اجتماعی بدون دستگاه حکومت را هدفی خام می‌پنداشت. از سوی دیگر، او معتقد بود که تنها سوسیالیسم می‌تواند «نهادهای معقولی» ایجاد کند که بتوانند امنیت «توده‌ها» را تأمین کنند. با این حال، در عمل، به امکان‌گذار مسالمت‌آمیز به سوسیالیسم اصلاً خوش بین نبود [۱۴، ص ۱۹۷]:

این [نظام سوسیالیستی] می‌توانست بدون خشونت اتفاق بیفتد اگر مردم، یعنی آنهایی که قدرت را در دست دارند، کمی منطقی بودند؛ ولی از آنجا که آنها بی‌عقل هستند، این بار هم مانند همیشه، به احتمال زیاد، بدون زور و خون‌ریزی محقق نخواهد شد.

ویرشو بعد از سال ۱۸۴۸، دیگر هرگز از تپانچه یا هرگونه ابزار اعمال خشونت در مبارزات انقلابی استفاده نکرد. با این حال، در برابر تمام فشارها برای عقب‌نشینی از عقایدش مقاومت کرد. سال ۱۸۴۹ بود که ارتجاع قدرت را در آلمان به دست گرفت و ویرشو به این نتیجه رسید که ادامه انتشار «اصلاحات پزشکی» دیگر بی‌فایده است. زیرا همان‌طور که در شماره آخر گفته بود، «ضدانقلاب عملاً پیروز شده است» [۱۷، ص ۱۳۱]. در نتیجه، موقتاً از فعالیت‌های سیاسی کناره‌گیری کرد. علاوه بر اینها، عواقب کنشگری ویرشو در سال ۱۸۴۸ امنیت حرفه‌ای او را در رشته پزشکی در دانشگاه به خطر انداخته بود. در ۱۸۴۹، در نامه‌ای به پدرش نوشته بود که هم موقعیت فعلی تدریسش در بیمارستان شاریته برلین و هم مقام استادی احتمالی‌اش در ورزبرگ^۱ به خطر افتاده چون نگران تمایلات سیاسی رادیکال او بوده‌اند. بعد از یک سال بلاتکلیفی، دانشگاه ورزبرگ مقام استادی را به او پیشنهاد داد که او بلافاصله آن را پذیرفت. ویرشو پس از

1. Wuzburg

ورود به باواریا^۱، که در آن زمان سنگر محافظه‌کاری بود، یک دوره پنج‌ساله پژوهش فشرده و انفعال سیاسی را آغاز کرد. کتاب آسیب‌شناسی سلولی محصول سال‌های کار و حضورش در ورزبرگ بود.

تا سال ۱۸۵۶، زمانی‌که ویرشو با کرسی استادی در رشته آناتومی آسیب‌شناختی^۲ به برلین بازگشت، فرصت نیافت به دغدغه‌های عمومی‌اش در مسائل اجتماعی برگردد. در طی سال‌های بعد، او محافل حاکم آلمان را، چه در حوزه پزشکی و چه غیر از آن، به چالش می‌کشید. در این فعالیت‌ها، همواره راه‌های نسبتاً کم‌خطرتر را انتخاب می‌کرد. مدت کوتاهی پس از بازگشت به برلین، فعالیت در پروژه‌های بهداشتی، گسترش خدمات پزشکی برای فقرا و سایر تلاش‌ها در زمینه بهداشت عمومی را آغاز کرد و در طی سه دهه بعد، به عنوان یکی از افراد منتخب در رایش‌تاک، با سیاست‌های محافظه‌کارانه بیسمارک^۳، که در اواخر دهه ۱۸۶۰ قدرتمندتر شده بود، به مقابله پرداخت.

مارکس، انگلس و سایر چپ‌ها فعالیت‌های او را از نزدیک دنبال می‌کردند و به آنها با آمیزه‌ای از علاقه و سردرگمی می‌نگریستند. تقابل و جبهه‌گیری‌های ویرشو در مجلس در مقابل بیسمارک توجه انگلس را جلب کرد [۱۸، ج ۳، صص ۱۰۳، ۱۵۷]. علاوه بر این، انگلس برای مثال آوردن از کاوش‌های علمی‌ای که فرایندهای دیالکتیکی طبیعت را آشکار می‌سازند، اشاراتی گذرا به [تحقیقات] آسیب‌شناسی ویرشو داشت و در عین حال، از او به این دلیل که صریح‌تر روش‌شناسی دیالکتیک را به کار نگرفته بود انتقاد می‌کرد [۱۲، صص ۱۵۴، ۲۷۰]. ظاهراً مارکس سعی کرد از طریق لودویگ کوگل‌مان^۴، متخصص زنان و زایمان که دوست نزدیک و از طرفداران مارکس بود و همکار حرفه‌ای ویرشو محسوب می‌شد، بر فعالیت‌های سیاسی او تأثیر بگذارد. کوگل‌مان با ارائه شرحی از یک مورد غیرعادی پولیپ رحم، که در کار بالینی یافته بود، توجه ویرشو را جلب کرد. انگلس با تمسخر به روایت

1. Bavaria

2. Pathologic anatomy

۳. Bismarck: (۱۸۹۸-۱۸۱۵) معروف به صدراعظم اهیس؛ زمامدار و سیاستمدار معروف دولت پروس و نخستین

صدراعظم آلمان

۴. Ludwig Kugelmann: (۱۹۰۲-۱۸۲۸) پزشک آلمانی، متخصص زنان، سوسیال دموکرات متفکر، فعال و معتمد

مارکس و انگلس

مارکس از این ملاقات پاسخ داد [۱۸، ج ۳، ص ۳۸۳، ج ۴، ص ۳۹]:

تلاش برای کمونیست کردن ویرشو با استفاده از این پولیپ چیزی شبیه به حاملگی خارج رحم است. اگر او دانش و علاقه نظری به سیاست در رابطه با اقتصاد داشته باشد، در آن صورت، این بورژوازی برجسته خودش عمیقاً درگیر [این موضوع] هست.

مفسران مارکسیست معاصر از ویرشو به دلیل کناره‌گیری از کنشگری رادیکال پیشینش و به‌ویژه به‌خاطر بی‌توجهی. یا حتی مخالفت. با مبارزات عملی کمونیسم اروپایی در اوایل دهه‌های قرن نوزدهم، انتقاد کرده‌اند. یکی از این منتقدان، بوئن‌هایم^۱، پا را فراتر نهاده و مدعی شده است که مخالفت ویرشو با بیسمارک بیشتر «ظاهری» بوده تا واقعی [۱۹، صص ۲۵-۲۷]. هرچند ویرشو در این دوره، از اصلاحات تدریجی و محدود حمایت می‌کرد، اما در عمل هیچ‌گاه دست به اقدامی نزد که موقعیت اجتماعی-سیاسی اش را به‌طور بنیادین به خطر اندازد. افزون بر این، او هیچ‌گاه حمایت علنی از تحلیل نظری یا مبارزات سیاسی مارکس، انگلس، یا پیروان آنان به‌عمل نیاورد. از این رو، در ادعای بوئن‌هایم مبنی بر آنکه ویرشو سرانجام با طبقه حاکم آشتی کرد [۱۹، ص ۷؛ ۲۰، ۲۱]، نکته‌ای از حقیقت نهفته است. این سازش شخصی ویرشو با نیروهایی که در سال ۱۸۴۸ آن‌ها را «غیرعقلانی» می‌خواند، چندان شگفت‌انگیز نیست؛ اما این امر از اعتبار و اهمیت تحلیل‌های او درباره منشأ اجتماعی بیماری‌ها نمی‌کاهد، تحلیلی که در ادامه، با جزئیات بیشتری به آن خواهیم پرداخت.

ویرشو در تحلیل‌هایش در مبحث پزشکی اجتماعی به اثرگذاری منابع بسیاری، به‌ویژه به باکن^۲، هگل^۳ و ماتریالیست‌هایی مانند انگلس و آرنولد روگه^۴ اشاره کرده است. از باکن، تعهد به علم کاربردی، که از نظر عملی مفید باشد، را فراگرفت. او جمله قصار «دانش قدرت است» را از باکن نقل می‌کرد و می‌گفت «دانشی که با عمل همراه نباشد اصالت ندارد و عمل بدون آگاهی قابل اعتماد نیست». این شکاف بین علم و عمل کمابیش جدید است. ویرشو بعد از نقدی طولانی بر کاستی‌های علم صرف، که فقط

1. Boenheim

2. Bacon

3. Hegel

4. Arnold Ruge

«به‌خاطر خودش» پیگیری می‌شود، نتیجه گرفت [۲۲، صص ۲۷-۲۹]: «نزول علم از جایگاه انتزاعی‌اش نه تنها به شأن آن لطمه نمی‌زند، بلکه علم از درون توده‌ها نیرویی نوین کسب می‌کند». از دل این نگاه بود که یکی از مدام تکرارشونده‌ترین ترزهای ویرشو پدیدار شد: علم موفق آن است که مسائلش را از متن عینی حیات اجتماعی استخراج کند. از این منظر، علم و پزشکی علمی نباید از واقعیت‌های اجتماعی-سیاسی گسسته باشند. برعکس، ویرشو بر آن بود که پژوهشگر باید نتایج تحقیق را به کنش سیاسی منتج از همان تحقیق گره بزند.

هگل منبع اصلی رویکرد دیالکتیکی ویرشو به مشکلات زیست‌شناختی و نیز اجتماعی بود. او در سطح زیست‌شناختی، فرایندهای طبیعی را زنجیره‌ای از آنتی‌ترها (همچون دیالکتیک اخلاقی-جسمانی^۱ یا حیاتی-مکانیکی^۲) در نظر می‌گرفت که با سنتز (مثل آسیب‌شناسی سلولی) حل می‌شوند. در سطح اجتماعی نیز به فرایندهای تاریخی به صورت دیالکتیکی می‌نگریست. مثلاً در ۱۸۴۷، با این ادعا که آرامش ظاهری جامعه با درگیری‌های اجتماعی خنثی خواهد شد تا «سنتز بالاتری» شکل بگیرد، وقوع انقلاب ۱۸۴۸ را پیش‌بینی کرد [۲۳، ص ۵۲]. ویرشو تحلیل دیالکتیک مشابهی هم در ترسیم روند دانش علمی به کار برد. بنا بر دیدگاه او، اکتشافات از «جوهر حقیقت» مشاهدات گذشته که دانشمندان ابتدا اشتباه تفسیرشان کرده بودند، پدید آمده‌اند. بنابراین، دیالکتیک دانش علمی مستلزم آن بود که دانشمند از شرایط تاریخی انضمامی، که مشاهدات و تفسیرها در آن صورت گرفته، آگاه باشد [۲۲، صص ۱۴۲-۱۵۰].

ویرشو به وضوح تحت تأثیر هگل بود، اما ایده‌آلیسم هگلی را رد می‌کرد. اگرچه از دید او، روش دیالکتیکی را در علم زیست‌شناسی می‌شد به کار گرفت، اما پدیده‌های مادی به خصوصی به عنوان زیربنا مورد نیاز بود. ویرشو از نوع جدیدی از «ماتریالیسم» در پزشکی که باید جایگزین جزم‌گرایی و باور به عالم ارواح می‌شد دفاع می‌کرد [۱۷، صص ۹۴-۹۶]. او در تلاش‌هایش برای ساختن یک رویکرد دیالکتیکی ماتریالیستی در زیست‌شناسی، به مطالعه آثار اولیه انگلس روی آورد. او به رویکرد انگلس در وضع

1. humoral-solidistic

2. vitalistic-mechanistic

طبقه کارگر در انگلستان استناد و آن را تأیید کرد و برخی داده‌های او را برای نشان دادن رابطه فقر و بیماری به کار گرفت [۱۶، ج ۱، صص ۳۰۵، ۳۲۱-۳۳۴]. ویرشو در سال‌های اول [فعالیتش]، شاید بیشتر تحت تأثیر آرنولد روگه بود، کسی که به همراه مارکس نشریه سالنامه آلمانی-فرانسوی^۱ را منتشر می‌کرد. او اغلب به نوشته‌ها و سخنرانی‌های روگه ارجاع می‌داد، به‌ویژه آنها که درباره ابهامات در اقتدار سیاسی و نیاز به کشف «قوانین طبیعی» جامعه بشری بودند [۱۷، صص ۴۲-۱۰۴].

ویرشو این جهت‌گیری‌ها در علم کاربردی، دیالکتیک و ماتریالیسم را به شکل‌های مختلف و بیش از همه در تحلیل‌های خود در زمینه سبب‌شناسی چندعاملی و در نقش سیاسی دانشمند پزشکی نشان داد. او در بررسی منشأ بیماری‌های خاص، همواره علل متنوع اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، جغرافیایی، آب‌وهوایی و زیست‌شناختی را که در ایجاد بیماری با هم تداخل می‌کنند، مورد مطالعه قرار می‌داد و بر شرایط انضمامی مادی و تاریخی‌ای که در بستر آنها بیماری به وجود می‌آید، عوامل اجتماعی متناقض که مانع از پیشگیری می‌شوند و نقش پژوهشگران در حمایت از اصلاحات تأکید داشت. در تحلیل سبب‌شناسی چندعاملی معتقد بود که مهم‌ترین عامل ایجادکننده بیماری شرایط مادی زندگی هرروزه مردم است. این دیدگاه حاکی از آن است که یک سیستم مراقبت بهداشتی مؤثر نمی‌تواند خود را محدود به درمان اختلالات پاتوفیزیولوژیکی افراد بیمار کند. از دید او، مسئولیت‌های یک دانشمند علوم پزشکی اغلب به حیطه عمل سیاسی هم گسترش می‌یابد.

ویرشو بر اساس همه‌گیری تیفوس در سیلزی علیا، همه‌گیری وبا در برلین و شیوع سل در برلین، نظریه‌ای در باب اپیدمی‌ها ارائه کرد که به تأثیر شرایط اجتماعی بر انتشار بیماری تأکید داشت. او نارسایی‌های جامعه را شرط لازم برای بروز اپیدمی‌ها می‌دانست.

همچنین برخی بیماری‌ها همچون تیفوس، اسکوربوت^۲، سل، جذام، وبا، تب راجعه و برخی بیماری‌های روانی را با عنوان «بیماری‌های ازدحام» یا «بیماری‌های مصنوعی» طبقه‌بندی کرد. بر اساس این تحلیل، شرایط اجتماعی نامساعد آسیب‌پذیری مردم

1. Die Deutsch-Französischen Jahrbücher

2. scurvy

را در مقابل آب‌وهوا، عوامل عفونی و سایر عوامل خاص ایجادکننده بیماری افزایش می‌دهند درحالی‌که هیچ‌کدام از این عوامل به‌تنهایی برای ایجاد یک همه‌گیری کافی نیستند [۱۶، ج ۱، صص ۱۲۱-۱۲۲]:

آیا بیماری‌های ازدحام در همه‌جا کاستی‌های جامعه را نشان نمی‌دهند؟ می‌توان علت آنها را شرایط جوی یا کیهانی یا عواملی از این دست دانست، اما هیچ‌کدام به‌تنهایی همه‌گیری ایجاد نمی‌کنند؛ این عوامل تنها در صورتی سبب همه‌گیری‌ها می‌شوند که مردم به‌دلیل شرایط بد اجتماعی، مدت‌زمانی را در اوضاعی غیرطبیعی زندگی کرده باشند.

از این منظر، برای پیشگیری از همه‌گیری‌ها و ریشه‌کن کردن آنها، تغییرات اجتماعی اگر نگوییم بیشتر به اندازه مداخلات پزشکی اهمیت داشتند [۲۳، صص ۱۲۵-۱۲۹]: «پیشرفت پزشکی نهایتاً بر طول عمر بشر خواهد افزود، اما ارتقای شرایط اجتماعی سبب می‌شود که زودتر و با موفقیت بیشتر به این نتیجه برسیم». کارکنان سیستم بهداشتی، با این تصور که تلاش در حوزه پزشکی به‌تنهایی می‌تواند این مشکلات [سلامتی] را برطرف کند، خود را می‌فریفتند، بنابراین حمایت از راه‌حل‌های اجتماعی مکملی ضروری برای کار بالینی بود.

نقص و کمبود جامعه که ویرشو بر آن قویاً تأکید داشت شرایط مادی طبقه کارگر بود. او به تفصیل محرومیت‌هایی را که طبقه کارگر متحمل می‌شد شرح داد و الگوهای بیماری را با این محرومیت‌ها مرتبط دانست. مثلاً به این نکته توجه کرد که میزان عوارض بیماری و مرگ‌ومیر، به خصوص مرگ‌ومیر کودکان، در مناطق کارگری شهری بسیار بالاتر از مناطق ثروتمندتر است. او به آماري که انگلس ذکر کرده بود و نیز از داده‌هایی که خودش درباره مسکن، تغذیه و پوشاک ناکافی شهرهای آلمان جمع‌آوری کرده بود به عنوان مستندات استفاده کرد. ویرشو از بی‌تفاوتی مقامات دولتی که این‌گونه علت‌های ریشه‌ای بیماری‌ها را نادیده می‌گرفتند، انتقاد می‌کرد. انتقادهای تند او متوجه سیاست‌های بیمارستان‌ها هم بود که به جای آنکه پذیرش و مراقبت از فقرا را مسئولیت اجتماعی خود بدانند، از آنها طلب پرداخت هزینه‌ها را دارند. او در بحث در مورد بیماری‌های همه‌گیر، مانند وبا در برلین، خشم خود از شرایط طبقاتی را به شدت ابراز می‌کرد [۱۷، ص ۱۱۰]:

آیا معلوم نیست که مبارزه ما یک مبارزه اجتماعی است؟ که وظیفه ما نه نوشتن دستورالعمل‌هایی برای به هم خوردن معده مصرف‌کنندگان خربزه و ماهی سالمون، کیک و بستنی و به طور خلاصه بورژوازی در رفاه بلکه ایجاد نهادهایی برای حمایت از مردم است؟ مردم فقیری که نه نان نرم دارند، نه گوشت با کیفیت، نه لباس گرم و نه رختخواب، آنها که کارشان هرگز کفاف سوپ برنج و چای بابونه را هم نمی‌دهد... باشد که در زمستان، ثروتمندان وقتی جلوی شومینه‌های خود می‌نشینند و به بچه‌هایشان سیب کریسمس می‌دهند، به یاد بیاورند که جاشوهایی که این زغال‌سنگ و سیب را آورده بودند از وبا مردند. آه، بسیار غم‌انگیز است که همیشه هزاران نفر باید از بدبختی بمیرند تا چندصد نفری بتوانند زندگی خوبی داشته باشند.

در نظر ویرشو، محرومیت‌های زندگی کارگری باعث ایجاد آسیب‌پذیری در مقابل بیماری می‌شد. زمانی که ارگان‌های عفونی، تغییرات آب‌وهوایی، قحطی یا سایر عوامل ایجادکننده بیماری پدیدار می‌شوند، بیماری در افراد به وجود می‌آید و به سرعت در جامعه پخش می‌شود.

دریافت وی از ریشه‌های اجتماعی بیماری منجر به تعریف گسترده‌ای از سلامت عمومی و پزشکی دانشمند شد. او «خدمت سلامت عمومی» را مدنظر داشت: نظامی یکپارچه از تسهیلات خدمات درمانی که تحت مالکیت و اداره عمومی باشد و کارگران حوزه سلامت، که به استخدام دولت درآمده‌اند، در آن مشغول به کار باشند. در چنین نظامی، خدمات درمانی از حقوق اساسی شهروندی به حساب می‌آید. این حق شامل برخورداری از شرایط مادی زندگی است به نحوی که منجر به سلامتی شود، نه منتهی به بیماری (۱۷، ص ۵۵؛ ۲۳، صص ۱۳۱-۱۳۸). کار کارگران حوزه سلامت، که او آنها را «پزشکان فقرا»^۱ می‌نامد، حمایت و مراقبت‌های پزشکی مستقیم را در بر خواهد گرفت؛ یعنی کارگران حوزه سلامت «وکالای طبیعی فقرا»^۲ خواهند بود. ویرشو بر اساس مشاهداتش در همه‌گیری تیفوس در سیلزی علیا، توصیه کرد که پزشکان زبان‌ها و گویش‌های محلی را که در آن طبابت می‌کنند بیاموزند. او با وسواس و دقت، به تشریح

1. doctors of poor

2. natural attorneys of the poor

مشکلات کارکنان حوزه سلامت که در جوامع محروم کار می‌کردند پرداخت و مدعی بود که درمان در میان فقرا شامل دو نوع بی‌عدالتی است: بی‌عدالتی در حق فقرا و بی‌عدالتی در حق پزشکان. ویرشو معتقد بود پزشکی که در میان فقرا کار می‌کردند، حتی با بهترین انگیزه‌ها هم باز با کار بیش از حد و مداوم مواجه می‌شدند و خود را ناتوان از تغییر شرایط اجتماعی بیماری‌زای می‌دیدند. به همین دلیل، بحث برای ایجاد خدمات درمانی عمومی، بدون تلاش برای ایجاد تغییرات اجتماعی اساسی‌تر، ساده‌لوحانه به نظر می‌رسید.

دو اصل دیگر هم در اندیشه ویرشو درباره خدمات درمانی عمومی محوریت داشتند: پیشگیری و مسئولیت دولت در تضمین امنیت مادی شهروندان. تأکید او بر پیشگیری ناشی از مشاهداتش در جریان همه‌گیری‌ها بود. او معتقد بود که با سیاست‌های نسبتاً ساده‌ای می‌شد جلوی این اپیدمی‌ها را گرفت؛ مثلاً به نظر او، علت اصلی همه‌گیری تیفوس در سیلزی علیا این بود که پیش از همه‌گیری، چندین بار سیب‌زمینی‌های نامرغوب برداشت شده بودند، درحالی‌که مقامات دولتی می‌توانستند با توزیع مجدد مواد غذایی از سایر نقاط کشور، جلوی سوءتغذیه را بگیرند. بنابراین پیشگیری بیشتر یک مشکل سیاسی بود [۱۷، صص ۱۰۸، ۱۲۷]: «سیاست ما سیاست پیشگیری بود؛ اما مخالفان ما سیاست تسکین را ترجیح دادند». نابخردانه است اگر تصور کنیم که کارکنان حوزه بهداشت و سلامت، صرفاً با فعالیت در فضای پزشکی، می‌توانستند امر پیشگیری را تحقق بخشند. تضمین امنیت مادی نیز امری لازم و ضروری بود. او تأمین کار برای شهروندان «توانمند» را از مسئولیت‌های دولت می‌دانست، چراکه کارگران تنها با داشتن شغلی تضمین شده، می‌توانستند به امنیت اقتصادی لازم برای [حفظ] سلامتی دست یابند. به همین ترتیب، افراد ناتوان از لحاظ جسمی باید از حق ازکارافتادگی برخوردار می‌شدند [۱۷، ص ۱۰۶].

دیدگاه ویرشو درباره منشأ اجتماعی بیماری، عظمت کار پزشکی را نشان می‌داد. بیماری از شرایط اجتماعی ناشی می‌شد، درنتیجه، دانشمند حوزه پزشکی باید آن شرایط را به عنوان قسمتی از بررسی‌های بالینی مورد مطالعه قرار می‌داد و کارکنان حوزه سلامت هم باید وارد فعالیت‌های سیاسی می‌شدند. این مفهوم همان پیوندهایی است

که او غالباً بین پزشکی، علوم اجتماعی و سیاست ایجاد می‌کرد: «پزشکی یک علم اجتماعی است و سیاست چیزی نیست جز طبابت در مقیاس بزرگ‌تر» [۱۷، ص ۱۱۷؛ ۲۲، ص ۱۰۶]. تحلیل‌های ویرشو از این موضوعات، عمدتاً به دلیل تلاش‌های نیروهای سیاسی محافظه‌کار که روند علمی پزشکی را در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم شکل دادند از نظرها دور ماند، اما سهم او در این زمینه معیاری شد برای تلاش‌های کنونی در جهت درک و تغییر شرایط اجتماعی‌ای که بیماری و رنج را رقم می‌زند.

۳. سالوادور آلنده

کار در زمینه آسیب‌شناسی، پیوندی عجیب بین زندگی‌های ویرشو و آلنده بود. تجربه‌ی هردو در کالبدشکافی به آنها سرچشمه‌ی بیماری و مرگ را در مشکلات ساختاری جامعه نشان داد. حرفه‌ی سیاسی آلنده بیش از ویرشو شناخته شده که تاحدی به دلیل تراژدی پایان‌یافتن ناگهانی آن است. در هر حال، پزشکی اجتماعی دغدغه‌ی اصلی هر دو بود و آلنده خیلی زود متوجه شد که مشکلات سلامتی مردم شیلی اغلب از شرایط اقتصادی-سیاسی کشور نشئت می‌گیرد.

آلنده در خانواده‌ای متخصص پرورش یافته بود. پدر بزرگش، که او هم پزشک بود، در مقام مدیر خدمات پزشکی برای ارتش شیلی خدمت کرده بود. پدرش وکیل بود و مادرش دیدگاه‌های سیاسی لیبرال داشت. خانواده‌اش زندگی مرفهی داشتند، اما پیوندی میان آنها و ثروتمندان مملکت وجود نداشت. درواقع، چندین عضو خانواده که طرفدار سیاست‌های جناح چپ بودند طی دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰، دوره‌های کوتاهی را در زندان سپری کرده بودند. زمانی که آلنده هنوز نوجوان بود، عمیقاً به سیاست و مشکلات طبقه‌ی کارگر علاقمند شد. کسی که او را با نظریه‌ی سیاسی آشنا کرد کفاشی به نام خوان دمارکی^۱ بود که تأثیر مهمی بر او گذاشت [۲۴، ص ۶۶].

کار پزشکی، او را نسبت به مسائل طبقاتی حساس کرد. در طی دوران تحصیل در دانشکده‌ی پزشکی و قسمتی از دوره‌ی کارورزی، با کار به عنوان دستیار آسیب‌شناسی

1. Juan Demarchi

کالبدشناسی^۱ [= آسیب‌شناسی تشریح] امرار معاش می‌کرد. او از کار بسیار سخت و بسیار کسل‌کننده‌اش شکایت داشت [۲۴، ص ۶۷]. با این حال، بعدها راضی بود از اینکه تجربه کالبدشکافی به او دغدغه‌مندی درباره سوءتغذیه، بیماری‌های عفونی و سایر مشکلات فقرا را آموخته است. تعهدش به سیاست‌های مردمی زمانی روشن شد که تدریس به کارگران در مدارس شبانه را به عهده گرفت، به ریاست مرکز دانشجویان پزشکی رسید، یکی از اعتصابات دانشجویی را رهبری کرد که موجب اخراج موقتش از دانشگاه شیلی شد و به دلیل مخالفت با دیکتاتوری کارلوس ایبازن^۲، مدت کوتاهی به زندان افتاد.

آلنده در دوره‌ای که دانشجوی پزشکی بود، تئوری مارکسیستی را مطالعه کرد. او در مصاحبه‌ها، درباره تحول خود چنین می‌گفت:

از دیرباز دانشجویان پزشکی از مرفی‌ترین دانشجویان بودند. در آن زمان، ما ساکن منطقه‌ای فرودست بودیم. عملاً با توده مردم زندگی می‌کردیم. اکثرمان از شهرستان‌ها آمده بودیم و شب‌ها با هم خوابگاهی‌هایمان برای خواندن کتاب سرمایه و آثار لنین و تروتسکی دورهم جمع می‌شدیم [۲۴، صص ۶۳-۶۴].

اولین برخوردمان [با مارکسیسم] در حین ناآرامی‌های دوران دانشجویی اتفاق افتاد... مخصوصاً که دانشجویان پزشکی و پزشکان از نزدیک با حقایق بسیار روشن اجتماعی مواجه‌اند. ما خیلی زود آموختیم که هرچه بیماری بیشتر، فقر بیشتر و هرچه فقر بیشتر، میزان بیماری بیشتر خواهد بود... این اصلی است که ناگزیر تکرار می‌شود... ما نظریه‌های مارکسیستی را می‌خواندیم... [۲۵، ص ۶]

در طی سال‌های دهه ۱۹۳۰، آلنده کار در زمینه‌های پزشکی و سیاسی را ادامه داد. او که یکی از سازمان‌دهندگان حزب سوسیالیست شیلی بود، به انتشار خبرنامه پزشکی شیلی^۳ کمک کرد، مجله پزشکی اجتماعی^۴ را بنیان نهاد و در همکاری با خوزه ویزکارا^۵،

1. pathologic anatomy

۲. Carlos Ibanez: (۱۸۷۷-۱۹۶۰) سیاستمدار و رئیس‌جمهور شیلی

3. Chilean Medical Bulletin

4. Journal of Social Medicine

5. Jose Vizcarra

اولین کتابش، ساختار بهداشت ملی^۱، را نوشت [۲۶]. این مجله جهت‌گیری‌های گسترده‌ی سازمان خدمات ملی سلامت شیلی را تبیین می‌کرد که بعدها در دهه‌ی ۱۹۵۰، در کسوت سناتوری، او آن را در قالب یک قانون پیشنهاد داد و به تأسیس این سازمان کمک کرد. همچنین در ۱۹۳۸، به‌عنوان بنیان‌گذار جبهه‌ی مردمی که ائتلافی از احزاب چپ بود، برای انتخاب پدرو آگیره سردا^۲ تلاش کرد و متعاقباً او هم آینده را به سمت وزیر بهداشت منصوب کرد. مدت کوتاهی پس از این انتصاب، رساله‌ای مهم درباره‌ی پزشکی اجتماعی را به اتمام رساند که واقعیت‌های پزشکی-اجتماعی شیلی^۳ نام داشت [۲۷]. آینده در این کتاب به تحلیل ارتباط بین بیماری و حقیقت اقتصادی-اجتماعی‌ای که مردم شیلی با آن مواجه‌اند پرداخت. این کتاب هنوز هم شاهکاری در زمینه‌ی پزشکی اجتماعی به شمار می‌آید و سزاوار ارزیابی دقیق‌تری است. با این حال، بهتر است که در شروع، اندکی به زندگی متأخر سالوادور آلنده پیردازیم.

علائق آلنده در زمینه‌های پزشکی و سیاست در طی سال‌های دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ که سناتور و رهبر حزب اپوزیسیون سوسیالیست بود در هم تنیده شد. او قانون تأسیس سازمان خدمات ملی سلامت شیلی^۴ را نوشت. با اینکه این سازمان به‌لحاظ اداری ناکارآمد بود، اما مراقبت‌های پزشکی رایگان برای نزدیک به نیمی از جمعیت شیلی، یارانه‌های اضافی برای بیماری‌های وخیم، مزایایی برای بارداری و زایمان و حمایت از بیمارستان‌های ایالتی ارائه می‌کرد. همچنین او به روابط بین سرمایه‌داری جهانی و بیماری در کشورش توجه داشت و در سخنرانی‌اش در انجمن بهداشت عمومی آمریکا در ۱۹۴۱، تجزیه و تحلیلی شیوا از پیامدهای امپریالیسم برای پزشکی ارائه داد [۲۸].

آلنده به آموزش پزشکی نیز بسیار علاقه‌مند بود. او به‌عنوان عضو هیئت علمی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه شیلی، برای جذب گسترده‌تر دانشجویان پزشکی از تمام طبقات اجتماعی تلاش کرد و در اوایل دهه‌ی ۱۹۶۰، از اضافه‌کردن علوم اجتماعی به برنامه‌ی درسی رشته‌ی پزشکی حمایت کرد. علاوه بر این، پیش‌نویس قانون تأسیس

1. *The structure of National Health (La Estructuración de salubridad Nacional)*

2. Pedro Aguirre Cerda

3. *The Chilean Medico-Social Reality (La Realidad Medico-Social Chilena)*

4. Chilean SNS (Servicio Nacional de Salud)

انجمن پزشکی شیلی^۱ را در اواخر دهه ۱۹۴۰ تهیه کرد. در دوره اول، خود آئنده ریاست انجمن را برعهده داشت. در ابتدا، انجمن یک برنامه لیبرال برای اصلاحات میانه‌رو در نظام بهداشت شیلی به کار گرفت. با این حال، در طی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، بسیار محافظه‌کارتر شد و برای حقوق مالی پزشکان خصوصی و مقاومت در برابر مقررات دولتی، به لابی‌گری روی آورد.

آئنده بعد از دوره کارورزی، و عمدتاً به اقتضای فعالیت‌های سیاسی‌اش، دیگر به طبابت نپرداخت اما علاقه‌اش به سیاست‌های بهداشتی را همچنان حفظ کرد. به عنوان نماینده حزب سوسیالیست در مبارزات انتخاباتی ریاست جمهوری در سال‌های ۱۹۵۸ و ۱۹۶۴ شکست خورد اما سرانجام در انتخابات سال ۱۹۷۰، رأی اکثریت را به دست آورد. در نوامبر ۱۹۷۰، آئنده به عنوان اولین رئیس جمهور سوسیالیست در یک کشور بزرگ نیم‌کره غربی کار خود را آغاز کرد. در دوره ریاست جمهوری‌اش اصلاحاتی در نظام بهداشتی انجام داد که مشابه قانونی بودند که در دوران نمایندگی سنا از آن حمایت کرده بود. با این حال، هرگز دست به اقدام فعالانه‌ای برای ملی کردن حرفه پزشکی نزد مانع فعالیت بخش خصوصی نشد. طرح‌های پیشنهادی او در مجموع اصلاح طلبانه بودند و به تغییرات ساختاری اساسی در نظام بهداشتی شیلی منجر نشدند [۲۹-۳۱].

درک آئنده از ریشه‌های اجتماعی بیماری بر فعالیت‌های سیاسی او، چه در حوزه سلامت و چه خارج از آن، تأثیر گذاشت. نظام‌مندترین تحلیلش درباره روابط موجود میان ساختار اجتماعی، بیماری و رنج را در کتاب کلاسیک او با عنوان واقعیت‌های پزشکی-اجتماعی شیلی می‌توان یافت [۲۷]. در این کتاب، او بیماری را اختلالی فردی مفهوم‌پردازی می‌کند که عامل آن محرومیت‌های اجتماعی است. این مفهوم حاکی از آن است که تغییر اجتماعی تنها رویکرد درمانی بالقوه مؤثر برای بسیاری از مشکلات سلامتی است. تجزیه و تحلیل نظری درباره بیماری‌ها و طرح‌های پیشنهادی کتاب واقعیت‌های پزشکی-اجتماعی شیلی با کارهای پیشین انگلس و ویرشو شباهت بسیاری داشت (او احتمالاً با این پیشینیان آشنایی داشته است، اما در نوشته‌های موجود، تأیید صریحی در این زمینه وجود ندارد). جدا از محتوای اصلی،

1. Colegio Medico de Chile

شکل سازمان‌دهی مطالب و سبک توضیحی کتاب شبیه به کتاب وضع طبقه کارگر در انگلستان و رساله ویرشو دربارهٔ اپیدمی تیفوس در سیلری علیاست. آئنده بعد از مقدمه‌ای نظری دربارهٔ روابط میان ساختار اجتماعی و بیماری، اطلاعاتی درخصوص «پیشینه» جغرافیایی و جمعیتی ارائه کرد تا بهتر بتواند برخی مشکلات بهداشتی خاص را تبیین کند. او بخش بعدی کتاب را به «شرایط زندگی طبقه کارگر» اختصاص داد. قسمت‌های آخر کتاب هم مروری جامع بر امکانات و خدمات مراقبت‌های بهداشتی و طرح نقشه‌ای برای تغییر براساس استراتژی سوسیالیستی است.

مقدمه کتاب به تشریح این عقیده می‌پردازد که اصلاحات تدریجی درون نظام مراقبت‌های بهداشتی بی‌فایده است مگر اینکه با تغییرات وسیع ساختاری در جامعه همراه شود. آئنده بر نقش امپریالیسم و به‌ویژه شرکت‌های چندملیتی که از منابع طبیعی و نیروی کار ارزان قیمت شیلی سود فراوان می‌بردند، تأکید داشت و مدعی بود برای اصلاح نظام مراقبت‌های بهداشتی، لازم است که یک دولت مردمی به استثمار سرمایه‌داری پایان دهد [۲۷، صص ۶، ۸]:

پیشرفت‌های حاصل‌شده در بازده تولید ملی، تغییر محسوسی در وضعیت رفاه اقشار مردم ایجاد نکرده چراکه سرمایه‌داری جهانی که ارباب اقتصادی و مالی مراکز بزرگ تولیدی است، تنها برای تأمین نیاز بازار به تولید علاقه‌مند است. برای بنگاه‌های سرمایه‌داری چه اهمیتی دارد که جماعتی از کارگران در شرایط اسفناکی زندگی می‌کنند، در خطر تلف شدن از بیماری‌ها هستند و در گمنامی به حیات نباتی خود ادامه می‌دهند. از این رو، وظیفه دولت ما نه فقط اصلاح و تغییر مردم، بلکه دفاع در برابر جذب و استثمار آنها توسط امپریالیست‌های اقتصادی است که زمین را از آن خود کرده‌اند... [بدون] پیشرفت اقتصادی... ممکن نیست بتوان در زمینه‌های بهداشت یا پزشکی اقدامی جدی انجام داد... زیرا ممکن نیست سلامتی و آگاهی را به مردمی اعطا کرد که از سوءتغذیه رنج می‌برند، لباسشان کهنه و مندرس است و در استثماری بی‌رحمانه کار می‌کنند.

در تحلیل آئنده، وضعیت بد سلامتی پیوندی جدایی‌ناپذیر با سرمایه‌داری جهانی داشت و نمی‌شد بدون تلاش در جهت ایجاد یک سیستم اقتصادی سوسیالیستی، به درمان بیماران امیدوار بود.

لحن تحلیلی او و داده‌های آماری دسته‌بندی‌شده‌ای که در گزارش زندگی طبقه کارگر ارائه می‌دهد، تا حدی خشمش را نسبت به اثرات ستم طبقاتی، توسعه‌نیافتگی و سوءتغذیه پنهان می‌کند. در ابتدا، تمرکز او بر دستمزد بود که آن را عامل اصلی تعیین‌کننده وضعیت مادی زندگی کارگران می‌دانست. بسیاری از مشاهدات اقتصادی او نویدبخش دغدغه‌های آینده‌اش بودند، از جمله تفاوت دستمزد بین زن و مرد، تأثیر تورم و ناکافی بودن قوانینی که مدعی بودند ضامن درآمد کافی برای امرار معاش مردم‌اند. آئنده تفسیر خود از دستمزدها را مستقیماً با مشکل تغذیه مرتبط دانست و داده‌هایی مقایسه‌ای در مورد دسترسی به غذا، قدرت درآمد و سطح توسعه اقتصادی ارائه کرد. نه تنها تولید شیر و سایر مواد غذایی مورد نیاز ناکارآمدتر از کشورهای توسعه‌یافته بود، بلکه درآمد پایین‌تر کارگران شیلی امکان دسترسی آنها به غذا را کاهش می‌داد. او با بررسی حداقل مورد نیاز برای اطمینان از تغذیه مناسب، دریافت که اکثریت کارگران شیلی نمی‌توانند همیشه به مواد غذایی این رژیم دسترسی داشته باشند و استدلال کرد که نرخ بالای مرگ‌ومیر نوزادان، ناهنجاری‌های اسکلتی، سل و سایر بیماری‌های عفونی از تغذیه نامناسب ناشی می‌شود. این رو هرگونه پیشرفتی در این زمینه وابسته به بهبود شرایط اقتصادی کارگران است.

سپس به پوشاک، مسکن و امکانات بهداشتی پرداخت و دریافت که پوشاک کارگران شیلی نامناسب است، اغلب به این دلیل که دستمزدها کم‌اند و قسمت اعظم درآمد هم صرف غذا و مسکن می‌شود. به نظر آئنده، دلیل بالاتر بودن نرخ عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی، بیماری سل و ذات‌الریه در شیلی در مقایسه با کشورهای پیشرفته همین پوشاک نامناسب بود. او در تحلیل و بررسی مشکلات مسکن، بر تراکم جمعیت تأکید داشت و خاطرنشان کرد که در میان تمام کشورهای جهان، شیلی یکی از بالاترین نرخ‌های جمعیت در هر سازه مسکونی را دارد. ازدحام بیش از اندازه به گسترش بیماری‌های عفونی و ضعف بهداشت دامن می‌زد. او مجدداً به داده‌های مقایسه‌ای، که ارتباط متقابل تراکم جمعیت و مرگ‌ومیر کلی را نشان می‌دادند، استناد کرد و با روشی مشابه انگلس و ویرشو، وضعیت مسکن را به صورت عینی توضیح داد. آئنده با بررسی مقررات ساخت و ساز بخش خصوصی، آنها را نامطلوب ارزیابی کرد و سرمایه‌گذاری

عمومی عمده در ساخت مسکن جدید را ضروری دانست. سپس داده‌هایی درباره آب آشامیدنی و سیستم فاضلاب هر ایالت شیلی ارائه داد و اشاره کرد که مناطق وسیعی از کشور فاقد این امکانات ابتدایی هستند.

این دیدگاه درباره وضع طبقه کارگر پایه‌های پژوهش‌های آینده آئنده درباره مشکلات پزشکی را شکل داد. او در مورد هر بیماری خاص، به دنبال ریشه‌های آن در محیط مادی بود و این زمینه مشترک را چنین تحلیل می‌کرد [۲۷، ص ۷۵]:

فرد در جامعه موجودی انتزاعی نیست؛ به دنیا می‌آید، رشد می‌کند، زندگی می‌کند، کار می‌کند، تولید مثل می‌کند، بیمار می‌شود و در انقیاد محض از محیط پیرامونش می‌میرد. محیطی که ماهیت وجوه مختلف آن، انواع مختلف واکنش را در مواجهه با عوامل سبب شناختی بیماری ایجاد می‌کند. این محیط مادی را دستمزد، تغذیه، مسکن، پوشاک، فرهنگ و سایر عوامل عینی و تاریخی دیگر تعیین می‌کنند. از آنجاکه بیماری، تاحدودی، از شرایط اجتماعی ناشی می‌شود، برنامه‌های بهداشتی بدون تغییر شرایط بیماری‌زای جامعه موفق نخواهند بود.

مشکلات پزشکی مورد توجه او عبارت بودند از: مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، بیماری سل، بیماری‌های مقاربتی و سایر بیماری‌های واگیردار، اختلالات عاطفی و بیماری‌های شغلی. او مشاهده کرد که نرخ مرگ‌ومیر مادران و نوزادان در کشورهای پیشرفته به مراتب کمتر از کشورهای توسعه‌نیافته است. همچنین با مطالعه علل اصلی مرگ، نتیجه گرفت که سوء تغذیه و وضعیت ضعیف بهداشت دلایل اصلی این افزایش نرخ مرگ‌ومیر هستند. در همان قسمت کتاب، یکی از اولین تحلیل‌ها از سقط غیرقانونی را ارائه داد. او اشاره کرد که بخش بزرگی از علل مرگ (نزدیک به ۳۰ درصد) در بیمارستان‌های زنان و زایمان، ناشی از سقط و عوارض آن است. چون عوارض سقط در میان زنان طبقه کارگر بیشتر اتفاق می‌افتاد، آئنده علت آن را به محرومیت‌های اقتصادی نسبت داد. بعد از ارائه یک گزارش آماری ملال‌آور، دوباره خشمش فوران کرد [۲۷، ص ۸۶]:

صدها مادر کارگر هستند که به دلیل نگرانی از دستمزد پایین، اقدام به سقط جنین می‌کنند تا نگذارند با آمدن فرزند جدید، منابع درآمد ناچیزشان

محدودتر شود. صدها مادر کارگر به خاطر اضطراب‌های ناشی از واقعیت‌های اقتصادی جان خود را از دست می‌دهند.

آلنده بیماری سل را یک «بیماری اجتماعی» نامید، چراکه بروز آن بین طبقات اجتماعی بسیار متفاوت بود. او پیش از دوران (رواج) آنتی‌بیوتیک پژوهش می‌کرد، اما نتایجی که به دست آورد مشابه اپیدمیولوژی مدرن بود: کاهش عمده در شیوع سل بیش از آنکه به علت پیشرفت در مداخلات درمانی اتفاق افتاده باشد، حاصل پیشرفت‌های تاریخی در توسعه اقتصادی بود. او با بررسی آمار سه دهه ابتدایی قرن بیستم، نشان داد که بیماری سل در کشورهایی که از نظر اقتصادی توسعه یافته بودند، به طور مداوم کاهش یافته بود. این روند اساساً در همه کشورهای اروپای غربی و ایالات متحده چشم‌گیر بود. از سوی دیگر، در کشورهایی مانند شیلی که از نظر اقتصادی توسعه یافته نبودند، پیشرفت کمی اتفاق افتاده بود.

در بخش بیماری‌های مقاربتی، او باز هم بر مشکلات اقتصادی-اجتماعی که سبب گسترش سفلیس و سوزاک می‌شد تأکید داشت و به عنوان مثال، از محرومیت‌های طبقه کارگر که باعث ترویج روسپیگری می‌شدند سخن گفت. با استناد به شیوع روسپیگری در سانتیاگو و سایر شهرهای [شیلی] و جذب زنان خانواده‌های فقیر در سنین پایین به آن، استدلال کرد که برای کاهش قابل توجه بیماری‌های مقاربتی، لازم است نخست به برنامه‌های اجتماعی برای از بین بردن فحشا اندیشید.

سایر بیماری‌های واگیردار موضوع فصل بعدی کتاب او بود. اولین بیماری‌ای که مورد توجهش قرار گرفت تیفوس بود. همان بیماری‌ای که دیدگاه ویرشو را درباره ارتباط بیماری و ساختار اجتماعی شکل داد. آلنده تحلیل خود را با بیانی سراسر آغاز کرد [۲۷، ص ۱۰۵]: «برخی [بیماری‌های واگیردار] مانند تیفوس، شاخصی از وضعیت فقر توده‌ها هستند». مانند مشاهدات ویرشو در سیلزی علیا، آلنده نیز دریافت که تیفوس بروز نامتناسبی در طبقه کارگر شیلی دارد. او مشاهده کرد که اسهال خونی و تب تیفوس، به علت نامناسب بودن آب آشامیدنی و امکانات بهداشتی، در مناطق مسکونی با جمعیت متراکم به وجود آمده و گسترش یافته‌اند. مشکلات مشابه سبب گسترش سایر بیماری‌های عفونی مانند دیفتری، سیاه‌سرفه، مخملک، سرخک و تراخم هم

شده بودند. شرح و توضیح آینده درباره عوامل اجتماعی در سبب شناسی بیماری های عفونی از بسیاری از تأکیدهای اپیدمیولوژی مدرن هم جلوتر بود. رویکرد غالب پزشکی غرب، در زمانی که آینده پژوهش می کرد، عبارت بود از پیدا کردن عوامل سبب شناختی خاص و درمان بیماری ها؛ اما آینده با دیدگاهش از این رویکرد قدم فراتر گذاشته بود. اعتیاد موضوع دیگری بود که با شور و حرارت درباره اش بحث می کرد و در تمام طول زندگی حرفه ای، دغدغه او بود؛ چنانکه یکی از اولویت های سیاست های بهداشتی اش در مقام رئیس جمهور شیلی، برنامه ای در مقیاس کلان برای [درمان] اعتیاد به الکل بود. آینده در کتاب واقعیت های پزشکی-اجتماعی شیلی، به مشکلات اجتماعی و روان شناختی ای پرداخته است که افراد را به سوی مصرف مواد مخدر سوق می دهد. تحلیل او درباره علل اعتیاد به الکل [۲۷، ص ۱۱۹] بسیار شبیه به تحلیل های انگلس است:

شاهدیم که دستمزد یک فرد بسیار کمتر از مقدار مورد نیاز برای امرار معاش است، تا حدی که کفاف تأمین پوشاک مورد نیازش را هم نمی دهد و فرد باید در خانه ای نامناسب زندگی کند... غذای او برای تأمین حداقل انرژی مورد نیاز کافی نیست... به این ترتیب، کارگر به این نتیجه می رسد که راه حل همه این مشکلات، رفتن به میخانه و مست کردن است. میخانه برای او جایی روشن و گرم است و دوستانی آنجا حضور دارند که حواسش را پرت می کنند و می تواند آنجا بدبختی های خانه را فراموش کند. خلاصه، برای کارگر اهل شیلی... الکل ماده محرک نیست، بلکه داروی بی حسی است.

اعتیاد به الکل که ریشه در فلاکت اجتماعی داشت، تأثیری عمیق بر سلامتی باقی می گذاشت. آینده این تأثیر را در انواع بیماری ها، از جمله بیماری های گوارشی، سیروز، دلیریوم ترمنس^۱ (جنون الکل)، اختلال عملکرد جنسی، نقص های بدو تولد و بیماری سل، ثبت کرد. او بعضی از نتایج نامحسوس اعتیاد به الکل را در جامعه نیز دنبال کرد؛ به عنوان نمونه، شرح اولیه ای از نقش الکل در مرگ و میر ناشی از تصادفات ارائه داد. او دریافت که داده های موجود از بیماری های شغلی برای نتیجه گیری جامع کافی

1. delirium tremens

نیست؛ پس با رویکرد متواضعانه‌اش، گزارش مختصری از این بیماری‌ها فراهم کرد. وی متوجه شد که علل شغلی مرگ و ناتوانی، از مهم‌ترین مسائل پیش روی کشور در آن زمان بود. در واقع، بیماری‌های شغلی ارتباط مستقیم بیماری و ساختار اجتماعی را آشکار می‌کرد. همچنین دریافت که باوجود اهمیت بسیار این موضوع، اطلاعات درباره بیماری‌های شغلی در حد ابتدایی باقی مانده است. او مشکلاتی از جمله حوادث کارهای صنعتی و سیلیکوزیس^۱ را بررسی کرد. آینده با همان کمبود اطلاعاتی مواجه بود که هنوز بعد از ۴۰ سال، کنشگران با آنها دست و پنجه نرم می‌کنند و نهایت کاری که توانست انجام دهد توصیه به «مطالعه نظام‌مند و برنامه‌ریزی برای این جنبه از آسیب‌شناسی اجتماعی» بود [۲۷، ص ۱۲۴].

در فصل‌های بعدی کتاب، او تحلیل جامعی از نظام بهداشتی شیلی ارائه داد. با اینکه این بخش‌ها ارتباط مستقیمی با منشأ اجتماعی بیماری‌ها ندارند، اما برخی از ویژگی‌های بحث شایان توجه بودند. فهرست جامعی که آینده از امکانات پزشکی در دسترس، برنامه‌ها، قوانین و مقررات، سازمان‌های اداری و کارکنان به دست داد، معیاری برای برنامه‌ریزی مراقبت‌های بهداشتی تعیین کرد. بحث او، که برنامه‌ریزان اغلب نادیده‌اش می‌گرفتند، این بود که سیاست‌گذاری مجرد و بدون دانش دقیق درباره منابع موجود، بی‌معنی است. یکی دیگر از موضوعات این بود که هماهنگی همه‌جانبه‌ای که برای دست‌یابی به یک سیستم بهداشتی پاسخگو لازم است، وجود نداشت. آینده اشاره کرد که امکانات و برنامه‌های بالقوه مفید در شیلی بسیارند، اما پراکنده و بی‌نظم مانده‌اند [۲۷، ص ۱۸۶]. به همین دلیل، هدف سیاسی او نظام بهداشتی جامعی بود که نه تنها خدمات جدیدی ارائه دهد، بلکه برنامه‌های موجود را هم دوباره سازمان‌دهی کند.

او در جمع‌بندی این بخش‌ها، از بهره‌کشی سرمایه‌دارانه از بیماری توسط صنعت داروسازی انتقاد کرد. در این تحلیل، که شاید اولین در نوع خود بود، قیمت داروها با نام تجاری‌شان را با معادل‌های ژنریک^۲ آنها مقایسه کرد [۲۷، صص ۱۸۹-۱۹۰]:

1. silicosis

۲. generic: نام شیمیایی عمومی دارو در مقابل نام تجاری آنها.

بنابراین، مثلاً برای داروی سولفانامید^۱ با عملکردی مهم در بیماری‌های عفونی، با این نام‌ها و قیمت‌های متفاوت مواجهیم: پرونوسیل^۲ ۲۶/۹۵ دلار، گمباردول^۳ ۲۰/۸۰ دلار، سپتازینا^۴ ۲۱/۶۰ دلار، آسپتیل^۵ ۱۸ دلار، اینترسیل^۶ ۱۳ دلار، آستیلینا^۷ ۶/۶۵ دلار. تمام این محصولات که پیش چشم عموم با نام‌های متفاوت عرضه می‌شوند، درواقع، یک داروی مشابه هستند که در بسته‌ای مشابه، محتوی ۲۰ قرص ۵۰۰ گرمی سولفانامید به فروش می‌رسند.

جدا از موضوع نام دارو، آکنده با انتقاد شدید از تبلیغات دارویی، موضوع دیگری را مطرح کرد [۲۷، ص ۱۹۱]: «مشکل دیگر در رابطه با حوزه‌های تخصصی دارویی... تبلیغات اغراق‌آمیز و شارلاتان‌بازی آنهاست که ویژگی‌ها و قدرت‌های درمانی‌ای به داروها نسبت می‌دهند که با واقعیت آنها فاصله زیادی دارد». استعمار شرکت‌های دارویی چندملیتی دغدغه همیشگی زندگی حرفه‌ای آکنده بود. در مقام رئیس‌جمهور، به شکل‌گیری راهنمای ملی داروهای ژنریک همت گماشت و طرح ملی کردن صنعت داروسازی را، که تحت سلطه شرکت‌های امریکای شمالی بود، پیشنهاد کرد.

بخش پایانی کتاب به مواضع سیاست و برنامه‌هایی برای اقدام سیاسی وزارت بهداشت در دولت جبهه مردمی اختصاص دارد. این قسمت‌ها شامل مروری فوق‌العاده بر ریشه‌های اجتماعی بیماری و درمان‌های اجتماعی و ساختاری موردنیاز هستند. آکنده از بحث درمورد مشکلات سلامتی خاص، جدا از مسائل سیاسی و اقتصادی در سطح کلان خودداری کرد و پیشنهادهای سیاسی خود را در یک فصل، تحت عنوان «ملاحظات در باب سرمایه انسانی»^۸ بیان کرد. او تأثیرات مخربی را که بیماری از جهت اقتصادی بر کارگران وارد می‌آورد، بررسی کرد و نشان داد که جمعیت سالم، هم به خودی خود و هم به‌خاطر توسعه ملی، هدفی ارزشمند است. بهره‌وری

1. Sulfanilamide
2. Prontosil
3. Gombardol
4. Septazina
5. Aseptil
6. Intersil
7. Acetilina
8. Considerations Regarding Human Capital

کشور به علت بیماری کارگران و مرگ زودرس آنها آسیب دیده بود؛ در عین حال، بهبود وضعیت سلامت کارگران بدون تغییرات اساسی در ساختار اجتماعی امکان نداشت. این تغییرات عبارت بودند از: «توزیع عادلانه محصول کار» و مقررات ایالتی برای «تولید، توزیع و قیمت محصولات غذایی و پوشاک»، برنامه‌ای برای مسکن ملی، و توجه ویژه به مشکلات سلامت در کار. پیوندهای بین پزشکی و واقعیت وسیع‌تر اجتماعی غیرقابل اجتناب بود: «همه اینها به این معنی است که حل مشکلات پزشکی-اجتماعی کشور دقیقاً مستلزم حل مشکلات اقتصادی‌ای است که بر طبقه کارگر تأثیر می‌گذارد» [۲۷، ص ۱۹۸]. دیدگاه بنیادین آینده این بود که سیاست سلامت باید از بخش سلامت صرف فراتر رود.

اما او به بیان نظری این اصل قانع نبود. در عوض، سیاست‌های اجتماعی فراگیری را پیشنهاد داد که به نظرش، پیش شرط هر نظام سلامت کارآمدی بود. قبل از هرچیز، اصلاحات در ساختار دستمزدها را پیشنهاد داد، که اگر به تصویب می‌رسید، سبب بازتوزیع کامل ثروت می‌شد. درخصوص تغذیه، طرحی را برای بهبود ذخایر شیر، ماهی‌گیری و خنک نگه داشتن مواد غذایی تهیه کرد و برنامه‌هایی برای اصلاحات ارضی پیشنهاد داد تا بهره‌وری کشاورزی افزایش یابد. آینده که از نیاز به مسکن بهتر آگاه بود، پیشنهاد داد که تلاش‌های ملی هماهنگی در ساخت و ساز با حمایت عمومی صورت گیرد و همچنین، به کنترل اجاره‌بها در بخش خصوصی توجه شود.

بدین ترتیب، آینده همان دیدگاه تحلیلی‌ای را که از ابتدای کتاب داشت تا پایان حفظ کرد. از آنجا که از نظر اجتماعی، منشأ اصلی بیماری‌ها دستمزد پایین، سوءتغذیه و مسکن نامناسب است، اولین وظیفه نظام بهداشت عمومی می‌بایست بهبود این شرایط باشد. آینده بر برنامه‌های تحقیقی یا درمانی برای بیماری‌های خاص تأکید نداشت، بلکه معتقد بود بیشترین پیشرفت‌ها در کاهش عوارض بیماری‌ها و مرگ‌ومیر، در پی تغییرات بنیادین در ساختار اجتماعی به وقوع می‌پیوندند. این جهت‌گیری در فصل آخر کتاب نیز، که جزئیات برنامه پیشنهادی «پزشکی اجتماعی» را تشریح می‌کرد، وجود داشت. در این برنامه، او نوآوری‌هایی را پیشنهاد کرد، از جمله سازمان‌دهی مجدد وزارت بهداشت، برنامه‌ریزی فعالیت‌ها، کنترل تولیدات دارویی و نظارت بر قیمت‌ها،

ایمنی شغلی و سیاست‌های حوزه سلامت، اقدامات حمایتی از پزشکی پیشگیری و برنامه‌های بهداشتی. اکنون بعد از ۴۰ سال، این بینش که ریشه‌های اجتماعی بیماری‌ها نیازمند راه‌حل‌های اجتماعی‌اند، دیگر چندان عجیب نیست. اگرچه تحلیل‌گران حوزه بهداشت و درمان، در ظاهر، به این موضوع توجه نشان داده‌اند، اما نهایتاً به اصلاح طلبی محدود قناعت کرده‌اند. اغلب این‌گونه استدلال می‌کنند که اعمال تغییرات ساختاری اساسی‌تر، اگرچه ضرورت دارد، اما از دسترس آنها به عنوان فعالان سیاسی خارج است. آینده نیز مانند انگلس و ویرشو، منشأ عمده بیماری‌ها را در ساختار جامعه می‌دید. این دیدگاه حاکی از آن بود که مداخلات پزشکی بدون کنشگری سیاسی سودی ندارد و در معنایی عمیق‌تر، اشتباه است.

۴. همسانی‌ها و ناهمسانی‌ها

حساسیت به منشأ اجتماعی بیماری‌ها، در سال‌های میانی قرن نوزدهم، از چندین مسیر متفاوت شکل گرفت و به تازگی عمیق‌تر شده است. اما زندگی و آثار انگلس، ویرشو و آینده نقطه‌های عطفی در این زمینه هستند. تحلیل‌های متفاوت آنها به این مشکلات، عمقی تاریخی بخشیدند. متأسفانه نسل‌های بعد آن‌ها را به فراموشی سپردند و بعدها دوباره بازیافتند. منشأ علاقه انگلس به بیماری و مرگ ناشی از سرمایه‌داری اولیه تا حدودی ناشناخته باقی مانده، اما مشاهدات عمیق او در وضع طبقه کارگر انگلستان آن را به یک کتاب کلاسیک تبدیل کرد که آنچنان که باید، مورد توجه قرار نگرفت. انگلس همچنان به علم علاقه‌مند باقی ماند و این علاقه را در چند کتاب بعدی‌اش هم پرورش داد، اما طیف گسترده دغدغه‌های نظری و کثرت فعالیت‌های سیاسی‌اش سبب شد که نتواند مانند قبل بر مسائل پزشکی متمرکز باشد. مطالعات اولیه ویرشو درباره سبب‌شناسی اجتماعی در پزشکی با تندروی‌های سیاسی دوران جوانی‌اش درآمیخت، اما بعدها، به دلیل محیط ارتجاعی زندگی روشنفکری اروپای غربی و نیز به دلیل اینکه خود ویرشو نمی‌خواست موقعیت برجسته دانشگاهی‌اش را به خطر بیندازد، این دو موضوع از کانون توجهش خارج شدند. آینده که در یک دوره تاریخی متأخرتر و در زمینه متفاوت سرمایه‌داری و توسعه نیافتگی کار می‌کرد، همزمان با

اینکه رهبری یک جناح سیاسی چپ را بر عهده گرفت، به تحصیل پزشکی نیز پرداخت و در تمام طول دوره کاری‌اش، همچنان به تغییر ریشه‌های اجتماعی بیماری‌ها متعهد باقی ماند. اغلب، سیاست‌های بهداشتی را تابع سیاست‌های اجتماعی گسترده‌تر می‌دانست؛ چون به نظر او، سخت‌ترین مشکلات پزشکی در محرومیت‌های ساختار طبقاتی و امپریالیسم سرمایه‌داری ریشه داشتند. با وجود هم‌پوشانی دیدگاه‌های این سه نفر در بسیاری جهات، آثار راه‌گشای آنها در جنبه‌های مهمی با هم تفاوت داشت؛ حتی شاید این تفاوت‌ها بیش از شباهتشان به چشم بیاید.

۴-۱. موضوعات کلی

انگلس، ویرشو و آلدنه درخصوص سبب‌شناسی اجتماعی بیماری‌ها، دیدگاه‌های متفاوت و در عین حال، مکمل داشتند. این تفاوت‌ها بازتاب تفاوت‌های کلی‌تر در جهت‌گیری نظری آنها بود. از دید انگلس، تولید اقتصادی اولویت داشت. او حتی در آثار بسیار ابتدایی‌اش، بر سازمان‌دهی و فرایند تولید تأکید می‌کرد. در این دیدگاه، بیماری و مرگ زودرس مستقیماً ناشی از قرار گرفتن در معرض گردو خاک، مواد شیمیایی، فشارهای زمانی، حالت‌های خاص بدنی، نیاز به استفاده از قدرت بینایی و سایر مشکلات شغلی کارگران بود. آلودگی محیطی، مسکن نامناسب، اعتیاد به الکل و سوء تغذیه هم به ایجاد شرایط نامناسب در سلامتی کارگران دامن می‌زد. اما در مجموع، این عوامل عمده‌تاً منعکس‌کننده یا تشدیدکننده تناقض‌های ساختاری خود تولید بودند. تناقض اصلی که اجازه تداوم شرایط بیماری‌زا را می‌داد، تضاد بین سود و ایمنی بود. انگلس خاطرنشان کرد که ایجاد تغییرات در سازمان‌دهی کار برای پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث شغلی هزینه‌بر است و عمده‌تأ سبب کاهش سوددهی می‌شود. تحلیل‌های اولیه‌ او از بیماری و مرگ و میر در طبقه کارگر زمینه‌ساز تأکیدهای آتی او بر ارجحیت تولید اقتصادی در توضیح بسیاری از جنبه‌های مشکل‌ساز جامعه سرمایه‌داری شد.

ویرشو به جای تولید اقتصادی، بر بی‌عدالتی‌های موجود در توزیع و مصرف منابع اجتماعی تمرکز داشت. او با این دیدگاه انگلس که طبقه کارگر بیش از حد دچار آسیب‌اند موافق بود. با این حال، در تحلیل ویرشو، خاستگاه‌های اصلی بیماری و مرگ زود هنگام

عبارت بودند از: فقر، بیکاری، سوء تغذیه، کمبودهای فرهنگی و آموزشی، محرومیت از حقوق سیاسی، مشکلات زبان، کمبود امکانات و کارکنان پزشکی و کمبودهای مشابه دیگر که بر طبقه کارگر اثر می گذاشت. برای مثال، او معتقد بود که مقامات دولتی می توانستند با توزیع مناسب تر مواد غذایی، از همه گیری ها پیشگیری کنند. به نظر او، می شد جلوی بیماری و مرگ و میر را گرفت، اگر نظام خدمات بهداشتی ای ایجاد می شد که مراقبت های پزشکی را دسترس پذیرتر می کرد. ویرشو از سودجویی کاسب کاران و هزینه های زیاد در بخش خصوصی درمان انتقاد می کرد، اما بر شرایط بیماری زای خود تولید تأکیدی نداشت. در عوض، عدم دسترسی عادلانه به تولیدات جامعه را مشکل اصلی در پزشکی اجتماعی می دانست.

تأثیر ساختار اجتماعی هم توجه آینده را جلب کرد، اما به طور ویژه، در زمینه توسعه نیافتگی و امپریالیسم به آن پرداخت. محرومیت هایی که طبقه کارگر در کشورهای مانند شیلی با آن مواجه بودند، بازتابی بود از استثمار جهان سوم توسط کشورهای سرمایه دار پیشرفته. او دستمزد پایین، سوء تغذیه، مسکن نامناسب و مشکلاتی از این دست را مستقیماً به غارت ثروت توسط امپریالیسم جهانی نسبت می داد. او متوجه بود که «تولید» می تواند سبب بیماری شود، اما برعکس انگلس، آینده به خود بیماری های شغلی توجه چندانی نداشت. او هم مثل ویرشو، نابرابری های توزیعی کالاها و خدمات را که طبقه کارگر را ویران کرده بود ثبت و ضبط می کرد. از سوی دیگر، در دیدگاه آینده، مهم ترین عامل اجتماعی تعیین کننده بیماری و مرگ همان توسعه نیافتگی ملی بود. پیشرفت اقتصادی جامعه، به عنوان یک کل، پیش شرط اصلی برای ارتقای معنادار خدمات پزشکی و سلامت افراد بود.

پژوهش های انگلس، ویرشو و آینده در دوره های تاریخی متفاوتی انجام شده اند. همچنان که مواضع نظری آنها متفاوت (و البته ناتمام) بود، اما توضیح های آنها درباره علل اجتماعی بیماری ها مکمل هم بود. ماهیت تولید اقتصادی، نابرابری ها در توزیع و توسعه نیافتگی، همگی، علل اصلی (بیماری ها) را تشکیل می دهند و دیدگاه های هر یک از این سه تحلیلگر دیدگاه آن دیگری را متعادل می ساخت. آثار آنها چارچوب یکسانی هم داشت که عبارت بود از علیت چند عاملی. این نوشته ها حاکی از این بودند

که ساختارها و فرایندهای اجتماعی متعدد بر فرد اثر می‌گذارند. بیماری نتیجه مستقیم یک عامل عفونی یا اختلال زیست-آسیب‌شناختی نیست. درواقع، مشکلات مختلفی شامل سوءتغذیه، ناامنی اقتصادی، خطرات شغلی، مسکن نامناسب و فقدان قدرت سیاسی زمینه مستعدی برای بیماری و مرگ ایجاد می‌کنند. اگرچه عوامل خاصی که هر یک بر آن تأکید می‌کردند با هم متفاوت بود، اما هر سه نفر آنها بیماری را عمیقاً نهفته در پیچیدگی‌های واقعیت اجتماعی می‌دیدند. گستره شرایط اجتماعی مختلف چنان بر بیماری‌های فرد تأثیر می‌گذارد که مداخلات درمانی محدود به سطح فردی خام و بیهوده به حساب می‌آید. سبب‌شناسی چندعاملی بر تغییر اجتماعی به مثابه درمان دلالت می‌کند و همین امر عمل پزشکی را به عمل سیاسی مرتبط می‌سازد.

نقطه اشتراک دیگر در این آثار اولیه پزشکی اجتماعی، ماتریالیسم دیالکتیک بود. مارکس و انگلس تا میانه دهه ۱۸۴۰ این روش تحلیل را هنوز به طور کامل توسعه نداده بودند. از سوی دیگر، انگلس خود را در زمره «هگلی‌های جوان» آن زمان به حساب می‌آورد و ضمن استناد به اصول تغییر دیالکتیکی، ایده‌آلیسم هگلی را مورد انتقاد قرار می‌داد. شرح انگلس از مشکلات سلامت طبقه کارگر انگلستان یک مدل از رویکرد ماتریالیستی بود. ارائه روشن او از شرایط بیماری‌زا، از زمینه‌های عینی و تاریخی برخوردار بود. او سود و ایمنی را در تقابل با هم و یکی از تناقضات اصلی تولید سرمایه‌دارانه می‌دانست که فقط کنش سیاسی انقلابی قادر به حل آن بود. ویرشو نیز که خود را ماتریالیست می‌دانست، متأثر از فلسفه هگلی بود و برای تحلیل فرایندهای زیستی، از سرفصل‌های متناقض دیالکتیکی استفاده می‌کرد. اگرچه در به کار بردن دیالکتیک در زیست‌شناسی همیشه هم موفق نبود، اما این جهت‌گیری نظری به ویرشو در تفسیر سبب‌شناسی چندعاملی در پزشکی کمک کرد. ماتریالیسم ویرشو او را بر آن داشت که در همان اوایل کارش، با توجیهاتی که علت بیماری‌ها را به عالم ارواح نسبت می‌دادند مخالفت کند و نیز بعدها، در اواخر قرن نوزدهم، به تقابل با توجیهات ساده‌انگارانه‌ای برخیزد که بر اساس تئوری میکروبی، تنها یک عامل را مسبب بیماری می‌شمرد. ویرشو بر این عقیده اصرار داشت که عوامل متعدد مادی در محیط فیزیکی و اجتماعی، زمینه را برای ایجاد اختلالات آسیب‌شناختی در سطح سلولی و در اندام‌ها فراهم می‌کنند.

آلنده صراحتاً روش ماتریالیسم دیالکتیکی را در طول دوره تحصیلش در رشته پزشکی برگزید. او در تحلیلش درباره شرایط متنوعی که به عوارض بیماری و مرگ و میر دامن می‌زد، بر دستمزد، غذا و مسکن تأکید داشت. به علاوه، او دیالکتیک امپریالیسم و توسعه نیافتگی را تناقضی بنیادین معرفی کرد که بر «واقعیت اجتماعی-پزشکی» در جهان سوم اثرگذار بود. آلنده بر اساس این تحلیل نتیجه گرفت که در نهایت، راه حل برقراری مراقبت‌های پزشکی کارآمد مبارزه طبقاتی در داخل کشورها و پیکار با امپریالیسم است.

جالب است که انگلس، ویرشو و آلنده، هر سه، درباره نقش فعال پزشکان و متخصصان اتفاق نظر داشتند. انگلس در مطالعه‌اش در مورد طبقه کارگر انگلستان، بارها به گزارش‌هایی درباره شرایط بهداشتی ارجاع می‌داد که توسط پزشکانی بلندنظر منتشر شده بودند. اگرچه او از حرفه پزشکی انتقاد می‌کرد که چرا از طبابت در جوامع طبقه کارگر گریزان است، اما پزشکانی را که شخصاً متعهد به انجام این کار بودند می‌ستود. از سوی دیگر، او امید چندانی نداشت که مداخلات درمانی پزشکان تغییر عمده‌ای در شرایط سلامتی ایجاد کند؛ در مقابل، معتقد بود که کنش عمومی طبقه کارگر می‌تواند در این زمینه اثربخش باشد. با اینکه ویرشو بعدها بیشتر به عنوان دانشمندی سرآمد در علوم آزمایشگاهی شناخته شد، اما او حامی مشارکت پرشور دانشمندان در سیاست بود. از تندروری سیاسی ویرشو در طول زمان کاسته شد، اما فعالیت‌های مدنی‌اش تقریباً تا پایان عمر ادامه پیدا کرد. در دیدگاه او، علم و مسائل اجتماعی می‌توانستند بر یکدیگر تأثیر مفیدی داشته باشند، نه تنها دانشمندان می‌توانستند در حل این مسائل مشارکت داشته باشند، بلکه مسائل اجتماعی هم می‌توانستند زمینه‌ساز تحقیقات ارزشمندی شوند. ویرشو که نسبت به پژوهش صرف و خالص بدبین بود، این‌گونه استدلال می‌کرد که درواقع، تحقیق و کار پزشکی باید در [برنامه] خدمات سلامت عمومی و ورای تمام موانع جغرافیایی، قومی و طبقاتی انجام شود. آلنده نیز مانند انگلس، تحقیق در زمینه مسائل پزشکی را به عنوان بخشی از دستورکار سیاسی پیش می‌برد. انگلس کتاب خود را تا حدی با هدف تأثیر تبلیغاتی آن نوشت، اما هدف آلنده از تحلیل‌های کلاسیکش، در اصل، [تنبیه] سند برنامه‌ریزی برای یک دولت منتخب مترقی بود. در نظر آلنده،

تفکیک ناپذیری مسائل پزشکی و اجتماعی مستلزم کنشگری مداومی است که اصلاح مراقبت‌های بهداشتی را مرحله‌ای از مبارزه برای جامعه‌ای عادلانه بداند.

در مجموع، آثار منتشرشده انگلس، ویرشو و آلمده درکی از اپیدمیولوژی اجتماعی و سیاست سلامت به دست دادند که بسیاری از دغدغه‌های تحلیلگران و کنشگرانی را که در حال حاضر در این زمینه کار می‌کنند پیش‌بینی می‌کرد. این سه نویسنده ریشه‌های اجتماعی بیماری‌ها را عمیقاً بررسی و مستند کردند و محرومیت‌های طبقه اجتماعی را به عنوان علت بیماری‌ها و مرگ زودرس مورد توجه دقیق قرار دادند. انگلس گزارش اولیه‌ای از مشکلات سلامتی مربوط به شغل و محیط پیرامون ارائه کرد. کتاب آلمده دربرگیرنده تحلیل‌هایی راهگشا درخصوص تأثیرات توسعه نیافتگی و امپریالیسم بر سلامتی بود. انگلس و آلمده، هر دو، عوامل اجتماعی مرتبط با مرگ‌ومیر در زمان بارداری و نوزادی و همین‌طور ریشه‌های اعتیاد به الکل و سایر اعتیادها در فلاکت اجتماعی را در آثار خود ثبت و ضبط کردند. هر سه نویسنده روابط علی پیچیده بین فقر، سوء تغذیه و عفونت را ردیابی کردند. امروز که علاقه و توجه به این موضوعات شکوفا شده‌اند، توجیهی ندارد که تلاش‌های آنها را در این زمینه فراموش کنیم.

رویکردهای غیرتاریخی به سیاست بهداشتی نیز بی‌نتیجه است. تعبیر انگلس و ویرشو مبنی بر توزیع نامناسب امکانات مراقبتی و کارکنان حوزه سلامت، هنوز هم پس از یک قرن، درمورد ایالات متحده و بسیاری از کشورهای دیگر صادق است. انگلس و آلمده سوء استفاده تولیدکنندگان دارو از بیماری را محکوم می‌کردند و خواستار آن بودند که چنین کسب و کارهایی تحت مالکیت عمومی اداره شوند. این موضوع هم امروزه هنوز مورد توجه است. هر سه (اگرچه هر کدام به شکلی متفاوت با دیگری) از خدمات سلامت عمومی‌ای حمایت می‌کردند که مراقبت‌های پزشکی را فارغ از همه طبقات اجتماعی ارائه دهد، توزیع نامناسب را اصلاح کند و منافع پزشکان و کارخانه‌های تولیدکننده دارو و تجهیزات پزشکی را محدود سازد. امروز هم مانند گذشته، سنگ اندازی‌هایی که مانع این سیاست‌های جایگزین می‌شود، عمدتاً از جانب طبقه سرمایه‌دار و بخش خصوصی حرفه پزشکی صورت می‌گیرد. آنها که از شرایط اجتماعی بیماری‌زا سود می‌برند، مخالف ایجاد تغییرات بنیادین در آن شرایط هستند. تداوم تاریخی این

تنگناهای سیاست‌گذاری، هرچند غم‌انگیز، اما آموزنده است.

۴-۲. استراتژی سیاسی

حوزه سیاست یک واگرایی مهم دیگر را سبب می‌شود. انگلس، ویرشو و آلمده درباره استراتژی‌های سیاسی لازم برای دستیابی به سیاست‌های موردنظرشان، دیدگاه‌های متفاوتی داشتند. همچنین، تصورشان درباره جامعه‌ای که این سیاست‌ها در آن قابل اجرا باشد با هم متفاوت بود. با اینکه توضیح آنها درخصوص خاستگاه اجتماعی بیماری‌ها در بسیاری موارد شبیه بود، اما مسئله چگونگی تغییر شرایط بیماری‌زا منجر به تحلیل‌های استراتژیک کاملاً متفاوتی شد.

حتی در همان اوایل کار، راهکار انگلس انقلاب بود، نه اصلاحات. هدف او از مستند کردن شرایط شغلی و محیطی‌ای که سبب بیماری و مرگ زودرس می‌شدند، صرفاً ایجاد اصلاحات محدود در آن زمینه نبود. بلکه همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، او می‌خواست داده‌هایش را دست‌کم تا حدی، در جهت تبلیغات به کار گیرد. هدف او ایجاد کانونی برای سازمان‌دهی سیاسی در طبقه کارگر بود. به‌ویژه، انگلس از ایجاد برخی اصلاحات در وضعیتی که خودش هم منتقدش بود استقبال نمی‌کرد. برای مثال، درحالی‌که با جزئیات از کمبودها در حوزه مسکن، بهداشت، ایمنی شغلی، توزیع نامناسب کارکنان پزشکی و رواج مواد مخدر سخن می‌گفت، صراحتاً به دنبال اصلاح و تغییر در هیچ‌کدام از این حوزه‌ها نبود. جایگزین‌هایی که او گهگاه پیشنهاد می‌داد، مانند طرح اجمالی خدمات بهداشت عمومی، همواره گمانه‌زنی درباره این بود که چطور می‌توان یک سیستم کارآمدتر در جامعه بعد از انقلاب برقرار کرد. از نظر او، محرومیت‌های زیاد زندگی طبقه کارگر، به جای پیشرفت‌های نسبی و محدود در هر حوزه جداگانه، نیازمند تغییرات اساسی در کل نظم اجتماعی بود. نوشته‌های بعدی انگلس گاه موضع انعطاف‌پذیرتری در مورد اصلاحات در چارچوب سرمایه‌داری اتخاذ کرد. به هر حال، روشن بود که کتاب مانیفست کمونیست^۱ مکمل وضع طبقه کارگر در انگلستان است. دلالت‌های استراتژیک تحلیل‌های انگلس از مشکلات سلامت

1. *The Communist Manifesto*

با نقش او به عنوان یکی از سازمان‌دهندگان اولیه بین‌المللی اول هماهنگ بود. از این منظر، اصلاح‌طلبی در مراقبت‌های سلامت و بهداشت به همان اندازه بی‌فایده بود که سروکله‌زدن تدریجی با جامعه سرمایه‌داری.

رویکرد راهبردی ویرشو کاملاً متفاوت بود. با اینکه او در ناآرامی‌های اواخر دهه ۱۸۴۰ شرکت داشت و با اینکه تردید داشت که صرفاً به خاطر تلاش‌های مسالمت‌آمیزشان، حاکمیت اجازه تغییرات لازم را بدهد، در نهایت، اصلاحات را به جای انقلاب برگزید. شرایطی که او در همه‌گیری تیفوس در سیلزی علیا شاهدش بود، بسیار هولناک بود؛ اما ویرشو اعتقاد داشت که مجموعه‌ای از اقدامات اصلاحی می‌تواند مسئله را حل کند. اصلاحات مورد حمایت او، فراتر از پزشکی بود و شامل توزیع منطقی غذا، تغییراتی در سیستم آموزشی، اعطای حقوق شهروندی و سایر تغییرات در سطح ساختار اجتماعی می‌شد. دیدگاه او به اصلاحات نظام‌مند مورد نیاز در خدمات درمانی هم کلی و وسیع بود؛ مثلاً یک نظام سلامت کارآمد به طرح خدمات درمانی عمومی نیاز داشت. در این برنامه، متخصصان بهداشت و درمان به عنوان کارمندان دولت کار می‌کنند و برای اصلاح توزیع نامناسب در میان طبقات و مناطق جغرافیایی و قومیت‌ها، دست به کنش می‌زنند. به عنوان یک هدف کلی سیاسی، ویرشو طرفدار دموکراسی مبتنی بر قانون اساسی بود که قدرت شاه و اشراف را کاهش دهد. او از اصول سوسیالیسم، به ویژه آن دسته ویژگی‌ها که شامل مالکیت عمومی و سازمان‌دهی منطقی امکانات بهداشتی و رفاهی می‌شد، حمایت می‌کرد. با این حال، ویرشو مخالف کمونیسم بود. عمدتاً به این دلیل که به قول او، کمونیسم ساده‌لوحانه بر این باور بود که دستیابی به یک جامعه عادلانه بدون دستگاه دولتی قوی ممکن است. او قویاً معتقد بود که اصلاحات محدود در چارچوب جامعه سرمایه‌داری هم مناسب و هم مطلوب است و امیدوار بود که اثرگذار هم باشد. در اواخر زندگی ویرشو، سویه اصلاح‌طلبانه تفکرات راهبردی او روشن‌تر شد. مفهوم پردازی‌آلنده درباره استراتژی سیاسی، پیچیده‌تر و متمایز از انگلس و ویرشو بود. در واقعیت‌های پزشکی-اجتماعی شیلی، آلنده به وضوح بیان می‌کند که مشکلات بهداشت و سلامت طبقه کارگر شیلی در ساختار طبقاتی جامعه، در محرومیت‌های توسعه‌نیافتگی و در روابط بین‌المللی استثماری با امپریالیسم سرمایه‌داری ریشه دارد.

او معتقد بود بدون ایجاد تغییرات بنیادین در این مسائل ساختاری، اصلاحات محدود پزشکی بیهوده خواهند بود. از نظر آینده، تغییرات انقلابی لازم بود، اما راهکار انقلابی او، مسیری صلح‌آمیز را طی می‌کرد. او همواره معتقد بود که نیروهای مترقی می‌توانند از راه اقداماتی مسالمت‌آمیز در درون چارچوب دموکراسی مبتنی بر قانون اساسی، به تحول سوسیالیستی در جامعه دست یابند. آینده و همکاری‌اش این موضع را بر اساس خوانشی پیچیده از استراتژیست‌های سوسیالیست پیشین، نمونه‌هایی از سایر انقلاب‌ها و بیش از همه، با تحلیل دقیق واقعیت‌های عینی تاریخی و مادی شیلی بنا نهادند. بر اساس این دیدگاه، مهم‌ترین اصلاحات مرتبط با سلامت فراتر از حوزه پزشکی هستند. آینده خواستار پیشرفت‌های اساسی در مسکن، تغذیه، اشتغال و سایر مظاهر عینی ستم طبقاتی بود. به نظر او، این اصلاحات پیش شرط کاهش نرخ عوارض بیماری‌ها و مرگ‌ومیر بودند و بدون آنها، تغییر در خدمات مراقبت‌های بهداشتی به نتیجه نمی‌رسید. از سوی دیگر، اصلاحات ساختاری در نظام پزشکی، شامل خدمات درمانی عمومی و ملی کردن صنایع تولید دارو و تجهیزات، اهدافی مطلوب در راه رسیدن به جامعه سوسیالیستی بودند.

آلنده فکرش را هم نمی‌کرد که گروه‌های داخلی و بین‌المللی‌ای که در این مسیر مسالمت‌آمیز سوسیالیسم خلع‌ید می‌شوند واکنش‌هایی این چنین خشمگینانه و خشن نشان دهند. تعادل بین اصلاحات و جایگزین‌های انقلابی هنوز هم از مشکلات اساسی و حل‌نشده در برنامه‌ریزی‌های راهبردی هستند. تراژدی شیلی چیزی از اهمیت تفکر راهبردی آینده، چه در حوزه سلامت و چه در سایر حوزه‌های حیات اجتماعی، کم نکرده است.

۵. نتیجه‌گیری

ریشه‌های اجتماعی بیماری راز سربه‌مهری نیست، اما ۱۳۵ سال بعد از ظهور اولین تحلیل انگلس، همچنان در پژوهش و عمل سیاسی به آن کم‌توجهی می‌شود. بهداشت صنعتی همواره به پذیرش ساختارهای نظام سرمایه‌داری گرایش داشته و تا همین اواخر، فعالیت‌ها در سلامت و ایمنی شغلی بر مداخلاتی متمرکز بوده که نیروی کار کارآمد

و سودآور را تضمین کند. از سوی دیگر، جامعه‌شناسی پزشکی، الگوی سبب‌شناسی پزشکی را به طور کلی پذیرفته و یا تنها اندکی آن را اصلاح کرده است. بر اساس این الگو، شرایط اجتماعی می‌توانند زمینه را برای ابتلا، یا تشدید بیماری فراهم کنند، اما به مانند عوامل میکروبی یا اختلالات فیزیولوژی طبیعی، علل اولیه ابتلا به بیماری نیستند. از آنجا که تحقیقات نتوانسته علت‌های بیماری را که مربوط به ساختار اجتماعی اند روشن کند، استراتژی سیاسی هم، چه در داخل و چه خارج از حوزه پزشکی، چندان به ریشه‌های بیماری در جامعه نپرداخته است.

آسیب‌های اجتماعی که دغدغه انگلس، ویرشو و آلنده بود همچنان وجود دارند [۳۲-۳۳]. نابرابری‌های طبقاتی، محرومیت‌های کارگران و شرایط تولید سرمایه‌داری که مسبب بیماری‌اند به مانند گذشته برقرارند. به همین ترتیب، محدودیت‌ها به خاطر سود بیشتر و فقدان مسئولیت‌پذیری اجتماعی در قبال امنیت اقتصادی شخصی حتی از اصلاحات تدریجی هم جلوگیری می‌کنند. عمیق‌تر شدن بحران‌های سرمایه‌داری تا حدی پژوهش‌های امروز و آینده را به روشن کردن پیوندهای ساختار اجتماعی و بیماری و نیز تضادهای بین سود و سلامتی متعهد می‌کند. همچنین درک این ریشه‌های بیماری از گستره وسیع بازسازی لازم برای رسیدن به راه‌حل‌های مناسب پرده برمی‌دارد.

منابع

1. Engels, F. "Briefe aus dem Wuppertal." In *Werke*, by K. Marx and F. Engels, v.1, pp. 413-432. Dietz Verlag, Berlin, 1961.
2. Kupisch, K. *Von Pietismus zum Kommunismus: Zur Jugendentwicklung von Friedrich Engels*. Lettner-Verlag, Berlin, 1965.
3. Mayer, G. *Friedrich Engels: Eine Biographie*. Kiepenheuer & Witsch, Cologne, 1932.
4. Henderson, W. O. *The Life of Friedrich Engels*. Frank Cass, London, 1976.
5. Ulrich, H. *Der Junge Engels*. VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, Berlin, 1961.
6. Engels, F. *Zwischen 18 und 25: Jugendbriefe von Friedrich Engels*. Dietz Verlag, Berlin, 1965.
7. Machackove, V. *Der Junge Engels und die Literatur*. Dietz Verlag, Berlin, 1961.
8. Marcus, S. *Engels, Manchester, and the Working Class*. Vintage, New York, 1974.
9. Lafargue, P. "Personliche Erinnerungen an Friedrich Engels." In *Erinnerungen an Marx und Engels*, p. 477. Dietz Verlag, Berlin, 1965.
10. Engels, F. *The Conditions of the Working Class in England*. Progress Publishers, Moscow, 1973.
11. Engels, F. *Herr Eugen Dühring's Revolution in Science (Anti-Dühring)*. International, New York, 1878.
12. Engels, F. *Dialectics of Nature*. International, New York, 1940.
13. Virchow, R. *Cellular Pathology*. De Witt, New York, 1860.
14. Virchow, R. *Briefe an Seine Eltern*. Engelmann, Leipzig, 1907.
15. Virchow, R. *Ueber den Hungertyphus und einige verwandte Krankheitsformen*. Hirschwald, Berlin, 1868.
16. Virchow, R. *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der Öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre*. Hirschwald, Berlin, 1879.

17. Virchow, R. *Werk und Wirkung*. Riitten & Loening, Berlin, 1957.
18. Marx, K., & Engels, F. *Gesamtausgabe*. Marx-Engels-Verlag, Berlin, 1931.
19. Boenheim, F. "Einleitung." In *Werk und Wirkung*, by R. Virchow, pp. 7-31. Riitten & Loening, Berlin, 1957.
20. Deppe, H. U. "Rudolf Virchows Kampf um die Preussische Verfassung." *Blatter fur deutsche und internationale Politik* 13: 961-974, 1968.
21. Deppe, H. U. & Regus, M. *Seminar: Medizin, Gesellschaft, Geschichte*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1975.
22. Virchow, R. *Disease, Life and Man*. Translated by L. J. Rather. Stanford University Press, Stanford, 1958.
23. Ackerknecht, E. H. *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Anthropologist*. University of Wisconsin Press, Madison, 1953.
24. Debray, R. *The Chilean Revolution: Conversations with Allende*. Vintage, New York, 1971.
25. "North American Congress on Latin America." *New Chile*. Waller Press, Berkeley, 1972.
26. Allende, S. & Vizcarra, J. *La Estructuración de la Salubridad Nacional*. Santiago, 1935.
27. Allende, S. *La Realidad Medico-Social Chilena*. Ministerio de Salubridad, Prevision y Asistencia Social, Santiago, 1939.
28. "Chile Departamento de Planificación." Biografía del Presidente Allende. Departamento de Impresos, Santiago, 1972.
29. Waitzkin, H. & Modell, H. "Medicine, socialism, and totalitarianism: Lessons from Chile." *N. Engl. J. Med.* 291: 171-177, 1974.
30. Modell, H. & Waitzkin, H. "Medicine and socialism in Chile." *Berkeley Journal of Sociology* 19: 1-3S, 1974.
31. Modell, H. & Waitzkin, H. "Socialism and health care in Chile." *Monthly Review* 27: 29-40, May 1975.
32. Waitzkin, H. "A Marxist view of medical care." *Ann. Intern. Med.* 89: 264-278, 1978.
33. Waitzkin, H. & Waterman, B. *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. BobbsMerrill, Indianapolis, 1974.

دیدگاه مارکسیستی در زمینه مراقبت‌های پزشکی^۱

هاوارد وایتزکین

مطالعات مارکسیستی در زمینه مراقبت‌های پزشکی بر قدرت سیاسی و سلطه اقتصادی در جامعه سرمایه‌داری تأکید دارند. اگرچه از نظر تاریخی، الگوی مارکسیستی در اوایل قرن بیستم رو به افول گذاشت، اما این حوزه در سال‌های اخیر به سرعت توسعه یافته است. نظام سلامت با کنترل نهادهای بهداشتی، طبقه‌بندی کارکنان بهداشتی و محدودکردن قدرت مانور و تحرک در مشاغل این حوزه، بازتابی است از نظام طبقاتی جامعه. تجلی سرمایه انحصاری را می‌توان در رشد مراکز درمانی، نفوذ مالی شرکت‌های بزرگ و «مجتمع‌های پزشکی-صنعتی»^۲ دید. پیشنهادهایی که در سیاست‌های بهداشتی مطرح می‌شوند منعکس‌کننده اهداف سیاسی و اقتصادی گروه‌های مختلف ذی‌نفع‌اند. مداخله دولت در مراقبت‌های بهداشتی عموماً از [منافع] نظام اقتصادی سرمایه‌داری و بخش خصوصی محافظت می‌کند. ایدئولوژی پزشکی (حاکم) به حفظ ساختار طبقاتی و الگوهای سلطه کمک می‌کند. تحقیقات تطبیقی بین‌المللی به تحلیل تأثیرات امپریالیسم، تغییرات دوران سوسیالیسم و تناقضات

۱. این مقاله را وایتزکین در واقع در نقد کتاب پزشکی در سرمایه‌داری، اثر ویسنته ناوارو (*Medicine Under Capital*) (ism by Vicente Navarro) نوشته است. مشخصات مقاله از این قرار است: Howard Waitzkin, «Marxist View of Medical Care,» *International Journal of Health Services* Vol. 9, No. 4 (1979): 683-98.

۲. Praxis: فرایندی که در آن یک نظریه، درس یا مهارت به اجرا درمی‌آید، تجسم می‌یابد یا محقق می‌شود. پراکسیس به عمل درگیر کردن، به‌کارگیری، تمرین، تحقق یا تمرین ایده‌ها نیز اشاره دارد

اصلاحات بهداشتی در جوامع سرمایه‌داری می‌پردازند. اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی بر چرخه‌های اقتصادی، اضطراب اجتماعی، شرایط بیماری‌زا در محیط کار و تبعیض جنسی متمرکز است. پراکسیس^۱ سلامت، به معنای ایجاد پیوندی منضبط میان مطالعه و عمل، بر حمایت از «اصلاحات غیراصلاح طلبانه» و شکل‌های ملموس مبارزه سیاسی در حوزه سلامت دلالت دارد.

این مقاله به بررسی آثار مارکسیستی در حوزه مراقبت‌های پزشکی، که تعدادشان به سرعت در حال افزایش است، می‌پردازد. دیدگاه مارکسیستی این سؤال را مطرح می‌کند که آیا ممکن است پیشرفت‌های عمده در نظام بهداشتی بدون تغییرات بنیادین در نظم گسترده اجتماعی روی دهد. یکی از محورهای این حوزه فرضی که بسیاری از غیرمارکسیست‌ها هم قبولش دارند این است که مشکلات نظام بهداشتی بازتابی است از مشکلات جامعه بزرگ‌تر ما، و این دو را نمی‌توان از هم تفکیک کرد.

پژوهش‌های مارکسیستی درباره مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده در طی دهه گذشته رشد کرده است؛ با این حال، این زمینه عرصه جدیدی نیست. از این رو، بررسی پیشینه و دلایل رشد آهسته آن تا امروز شایان توجه است.

۱- پیشرفت این حوزه در طول تاریخ

اولین مطالعه مارکسیستی بزرگ در زمینه مراقبت‌های بهداشتی کتاب وضع طبقه کارگر در انگلستان [۱] از انگلس است که اولین بار در سال ۱۸۴۵ منتشر شد؛ سه سال پیش از آنکه به همراه مارکس، مانیفست کمونیست [۲] را منتشر کند. کتاب وضع طبقه کارگر در انگلستان به توصیف شرایط خطرناک بیماری‌زا در محل کار و سکونت می‌پرداخت. انگلس، ریشه بیماری‌هایی چون سل، تیفوئید و تیفوس را در سوءتغذیه، مسکن نامناسب، منابع آلوده آب و ازدحام جستجو می‌کرد. تحلیل او از مراقبت‌های بهداشتی بخشی از تحقیقی گسترده‌تر درباره شرایط طبقه کارگر در دوران صنعتی شدن سرمایه‌داری بود. این رویکرد به مشکلات حوزه سلامت و بعدها بر شکل‌گیری پزشکی

اجتماعی در اروپای غربی و به خصوص بر آثار رودولف ویرشو تأثیر عمیقی گذاشت. مطالعات پیشگام ویرشو درخصوص بیماری های عفونی، اپیدمیولوژی و «پزشکی اجتماعی»^۲ (اصطلاحی که ویرشو در اروپای غربی باب کرد) با فاصله زمانی اندکی پس از کتاب انگلس درباره طبقه کارگر انگلستان منتشر شدند. خود ویرشو به تأثیر انگلس بر افکارش اذعان داشت [۳]. او در ۱۸۴۷، به درخواست دولت پروس، به بررسی همه گیری شدید تیفوس در یک منطقه روستایی کشور پرداخت. ویرشو بر اساس این بررسی، پیشنهاد کرد که برای حل این مسئله تغییرات بنیادین اقتصادی، سیاسی و اجتماعی لازم است. ازجمله اشتغال زایی، افزایش دستمزدها، خودمختاری محلی در حکمرانی، ایجاد تعاونی های کشاورزی و بازرگری در نظام مالیاتی به نفع اقشار فرودست. او برای حل معضل اپیدمی تیفوس حامی هیچ یک از راهکارهای پزشکی ازجمله راه اندازی تعداد بیشتری درمانگاه و بیمارستان نبود، بلکه خاستگاه بیماری را در مشکلات اجتماعی می دید و بنابراین، رویکرد منطقی به مشکلات همه گیری را تغییر شرایطی می دانست که بروز بیماری را ممکن ساخته بود [۴ و ۵].

در این دوره، ویرشو کارهای پزشکی خود را با فعالیت های سیاسی توأم کرد. او در ۱۸۴۸، در نخستین قیام بزرگ طبقه کارگر در برلین شرکت کرد. در همان سال، قویاً از تلاش های انقلابی کوتاه مدت کمون پاریس حمایت کرد [۶-۸]. او در تحقیقات علمی و در فعالیت های سیاسی خود بر دو اصل کلیدی تأکید داشت؛ اول اینکه خاستگاه بیماری چندعاملی است و شرایط مادی زندگی روزانه مردم از مهم ترین عوامل دخیل در بیماری به حساب می آید. دوم آنکه یک نظام کارآمد در مراقبت های بهداشتی نباید صرفاً به درمان اختلالات پاتوفیزیولوژیک^۳ افراد بیمار بپردازد، بلکه باید با اصلاحات اقتصادی، سیاسی و اجتماعی ژرف همراه شود. این تغییرات اغلب منافع طبقات فرادست جامعه را تهدید می کند و در نتیجه با مقاومت آنها روبه رو می شود. از این رو، در دیدگاه ویرشو، مسئولیت دانشمند پزشکی تنها به عرصه علم محدود نمی ماند و

1. Rudolf Virchow

2. Social Medicine

۳. Pathophysiologic: زیست آسیب شناختی

می‌بایست تا عرصه کنش سیاسی امتداد یابد.

پس از شکست مبارزات انقلابی در اواخر دهه ۱۷۴۰، دولت‌های اروپای غربی سیاست‌های اجتماعی محافظه‌کارانه و حتی سرکوبگرانه‌ای اتخاذ کردند و پژوهش‌های مارکسیستی درباره مراقبت‌های بهداشتی برای مدت طولانی به حاشیه رانده شد. در پی این واکنش‌های سیاسی، ویرشو و هم‌فکرانش تمرکز خود را به پژوهش‌های آزمایشگاهی بی‌حاشیه و طبابت خصوصی معطوف کردند.

در اواخر قرن نوزدهم، با کارهای ارلیش^۱، کوخ^۲، پاستور^۳ و سایر باکتری‌شناسان بزرگ، نظریه میکروبی بیماری‌ها مسلط شد و تغییرات ژرفی در مفروضات تشخیصی و درمانی علم پزشکی ایجاد کرد. به این ترتیب، مدل تک‌عاملی بیماری شکل گرفت. دانشمندان پزشکی درباره موجودات زنده^۴ ای که عامل بیماری‌های عفونی بودند تحقیق می‌کردند، حتی در بیماری‌های غیرعفونی هم به دنبال ضایعات منفرد می‌گشتند. گرچه تأثیر اکتشاف‌های این دوره بر پیشرفت طبابت انکارناپذیر است اما همان‌طور که پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند، اهمیت تاریخی این اکتشافات بیش از اندازه برآورد شده است. برای نمونه، کاهش عمده در میزان مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی، پیش از شناسایی عوامل بیماری‌زا و پیش از به‌کارگیری درمان‌های ضد میکروبی روی داده بود. در اروپا و ایالات متحده، بهبود در شاخص‌های سلامت عمدتاً پس از گسترش بهداشت عمومی، تغذیه منظم، و دگرگونی‌های محیطی وسیع رخ داد. در بسیاری از موارد، این بهبودها پیش از پیشرفت‌های باکتری‌شناسی مدرن اتفاق افتاده بودند [۹-۱۷].

چرا دیدگاه تک‌عاملی نظریه میکروبی^۵ این چنین اهمیت پیدا کرد و چرا روش‌های تحقیقاتی‌ای که سبب شناسی و درمان بخصوصی را پیش فرض قرار می‌دهند، همچنان در علم پزشکی و در طبابت جایگاه اسطوره‌ای خود را حفظ کرده‌اند؟ بازنگری تاریخی

-
1. Ehrlich
 2. Koch
 3. Pasteur
 4. organism
 5. Germ theory

جدی درباره علم پزشکیِ اوایل قرن بیستم، که تلاش می‌کند به این پرسش‌ها پاسخ دهد، تنها چند سالی است که شروع شده است. حاصل این تلاش‌ها تدارک برخی توضیحات مقدماتی است که بر رویدادهای منجر به انتشار گزارش فلکسنر^۱ و وقایع پس از آن تمرکز دارند [۱۸].

گزارش فلکسنر اغلب به عنوان سندی تعیین‌کننده در گذار پزشکی مدرن از شبه‌علم به علم مبتنی بر شواهد تلقی می‌شود. فرض بنیادین این گزارش آن بود که پزشکی آزمایشگاهی، به‌ویژه بر پایه مفاهیم و روش‌های میکروبیولوژی اروپایی، پزشکی‌ای کارآمدتر و باکیفیت‌تر پدید می‌آورد. پیش از آن، هرگز هیچ آزمون نظام‌مندی به مقایسه میزان اثرگذاری روش‌های مختلف پزشکی سنتی (از جمله هومیوپاتی^۲، درمان‌های سنتی مردمی و کایروپراکتیک^۳) نپرداخته بود، اما در این گزارش، بر این نکته تأکید می‌شد که چون دانشکده‌های پزشکی گرایش علمی ندارند، روش‌های درمانی اشتباهی برای مردم به کار می‌گیرند. این گزارش خواستار تعطیلی یا اعمال بازبینی در ساختار دانشکده‌هایی بود که تجهیزات کافی برای تدریس علوم پزشکی مبتنی بر آزمایشگاه نداشتند. پیامدهای گزارش، فوری و چشم‌گیر بود. پزشکی علمی مبتنی بر آزمایشگاه به ضابطه آموزش، کار، تحقیق و تحلیل پزشکی تبدیل شد.

با این حال، پژوهش‌های تاریخی اخیر، مفروضات پذیرفته‌شده گزارش فلکسنر را به چالش کشیده‌اند و حمایت بی‌چون و چرای بخشی از جامعه پزشکی و بنیادهای مالی خصوصی از آن را به روشنی مستند ساخته‌اند [۱۹-۲۷]. این روند، به‌ویژه در دهه‌های بعد، به تداوم افول دیدگاه‌های مارکسیستی در پزشکی انجامید.

اگرچه شماری از آثار ویرشو بعدها در زمره متون کلاسیک پزشکی شناخته شدند، اما الگوی چندعاملی و سیاسی‌محور او در تحلیل سلامت، عمدتاً در حاشیه باقی ماند. بدون شک، دیدگاه‌های مارکسیستی در خارج از اروپا و ایالات متحده آمریکا تأثیر بسزایی بر مراقبت‌های بهداشتی گذاشته است. به عنوان مثال، لنین این دیدگاه‌ها را در

1. Flexner Report: Medical Education in the United States and Canada. New York, Carnegie Foundation/1915

2. homeopathy

3. chiropractic

ساختار اولیه نظام سلامت شوروی به کار برد [۲۸]. سالوادور آلنده، زمانی که به عنوان پزشک در حوزه بهداشت عمومی شاغل بود، رساله‌ای در باب اقتصاد سیاسی در مراقبت‌های بهداشتی نوشت که تأثیر شگرفی بر برنامه‌های بهداشتی در امریکای لاتین گذاشت [۲۹]. نورمن بتون^۱، جراح کانادایی، با بررسی بیماری سل و سایر بیماری‌ها و [ارتباطشان با] مداخله مستقیم سیاسی، بر طب چینی پس از انقلاب تأثیر گذاشت [۳۰-۳۲]. تجزیه و تحلیل‌های چه‌گوارا درباره ارتباط بین سیاست، اقتصاد و مراقبت‌های بهداشتی که ریشه در تجربه‌هایش در مقام پزشک داشت، در شکل‌گیری نظام پزشکی کوبا مؤثر بود [۳۳ و ۳۴].

احتمالاً به دلیل انعکاس شور سیاسی اواخر دهه ۶۰ و نارضایتی گسترده از جنبه‌های مختلف نظام‌های بهداشتی مدرن بود [۳۵] که تحقیقات جدی مارکسیستی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی به سرعت رشد کرد. نقطه آغاز این موج جدید در اروپای غربی [۳۶ و ۳۷] که به ایالات متحده هم گسترش یافت انتشار مقاله راهگشای کلمان^۲ در ۱۹۷۱ بود [۳۸]. بخش‌های بعدی مقاله حاضر بر زمینه‌های فعلی تحقیق و تجزیه و تحلیلی در این حوزه تمرکز دارد.

۲. ساختار طبقاتی

تعریف مارکس از طبقه اجتماعی بر روابط اجتماعی تولید اقتصادی تأکید داشت. او نشان داد که یک گروه از مردم، یعنی طبقه سرمایه‌دار یا بورژوازی، صاحب و/یا کنترل‌کننده ابزار تولید هستند؛ ماشین‌آلات، کارخانه‌ها، زمین‌ها و مواد خام مورد نیاز تولید برای بازار. طبقه کارگر یا پرولتاریا، که صاحب یا کنترل‌کننده ابزار تولید نیستند، باید برای دریافت دستمزد، کارشان را بفروشند. اما ارزش محصولات که کارگران تولید می‌کنند همواره از دستمزدشان بیشتر است [۳۹]. کارگر باید محصول کار خود را به سرمایه‌دار واگذار کند و همین از دست دادن کنترل بر فرایند تولید سبب می‌شود که کارگر به لحاظ ذهنی از کار خود «بیگانه» شود [۴۰]. این ارزش افزوده همچنین سرچشمه ساختاری «استثمار»

1. Norman Bethune

2. Kelman, "Towards a political economy of health care"

است. زیرا میل به کسب ارزش افزوده، سرمایه دار را به کاهش دستمزدها، تغییر فرایند تولید (از طریق خودکارسازی و فناوری های نوین، نظارت شدید، طولانی سازی روز کاری یا اضافه کاری، افزایش سرعت تولید و ایجاد شرایط کاری خطرناک) و مقاومت در برابر تلاش های سازمان یافته کارگران برای افزایش دستمزد یا کنترل بیشتر بر محیط کار سوق می دهد [۴۱].

با آنکه مارکسیست های معاصر دگرگونی های تاریخی پس از دوران مارکس [۴۲-۵۱] را به رسمیت می شناسند، پژوهش های اخیر آن ها بار دیگر وجود ساختارهای طبقاتی به شدت سلسله مراتبی را در جوامع سرمایه داری پیشرفته و نیز در کشورهای موسوم به جهان سوم تأیید کرده اند [۵۲-۵۴]. موضوع شایان توجه دیگر این است که در کشورهایی که انقلاب های سوسیالیستی در آنها اتفاق افتاده، ساختار طبقاتی این بار معمولاً بر اساس تخصص و حرفه ای گرایی تداوم یافته یا از نو پدید آمده است [۵۵ و ۵۶]. در ادامه این مقاله به این مسئله می پردازیم. این تحلیل های تجربی و نظری نشان می دهند که روابط تولید اقتصادی همچنان پایه اولیه ساختار طبقاتی و منطقاً در قانون توجه راهکارهای تغییر است [۵۷-۵۹].

تعریف میلیبند^۱ [۵۹] از طبقه اجتماعی چارچوبی برای پژوهش های مارکسیستی درباره ساختار طبقه در نظام بهداشتی به دست داده است؛ بنا بر این مطالعه، نظام سلامت منعکس کننده ساختار طبقاتی یک جامعه وسیع تر است [۶۰-۶۳].

«طبقه صاحب شرکت» شامل صاحبان و کنترل کنندگان عمده ثروت است. آنها یک درصد از جمعیت هستند اما ۸۰ درصد از کل سهام شرکت ها و اوراق قرضه دولتی و محلی را در اختیار دارند؛ میانگین درآمد سالانه آنها (طبق تخمین سال ۱۹۷۵) بین ۱۱۴ هزار تا ۱۴۲ هزار دلار است. در طرف مقابل، طبقه کارگر ۴۹ درصد جمعیت را تشکیل می دهد و کارگران با قراردادهای سالانه، کارگران خدماتی و کارگران مزارع را در بر می گیرد که درآمد سالانه شان اغلب ۸ هزار و ۵۰۰ دلار یا کمتر است. بین این دو قطب، دو طبقه دیگر قرار دارند: «طبقه متوسط رو به بالا» (افراد متخصص مانند پزشکان و وکلا که ۱۴ درصد جمعیت را تشکیل می دهند و درآمد سالیانه شان حدود ۲۵ هزار و ۶۰۰ دلار است،

و مدیران بازرگانی سطح متوسط که ۶ درصد جمعیت را تشکیل می دهند و حدوداً درآمد سالیانه ۲۲ هزار و ۷۰۰ دلار دارند) و «طبقه متوسط رو به پایین» (مغازه داران، صاحبان مشاغل آزاد، صنعتگران و پیشه‌وران که ۷ درصد از جمعیت را تشکیل می دهند و درآمد سالیانه شان حدود ۱۲ هزار و ۱۰۰ دلار است، و کارمندان ادارات و بخش فروش که ۲۳ درصد جمعیت را تشکیل می دهند و درآمد سالیانه آنها حدود ۹۲ هزار دلار است). این تعاریف شرح خلاصه‌ای از یک واقعیت اجتماعی بسیار پیچیده را ارائه می کنند، اما در تحلیل نمودهای ساختار طبقاتی در نظام سلامت مفیدند.

۱-۲. کنترل نهادهای بهداشتی

ناوارو^[۶۰-۶۲] سلطه گسترده‌ای را که اعضای طبقه شرکتی و طبقه بالای متوسط بر نهادهای سیاست‌گذار در نظام سلامت ایالات متحده اعمال می کنند، مستند کرده است (جدول ۱).

جدول ۱: ترکیب‌بندی طبقه اجتماعی نیروی کار در ایالات متحده و هیئت‌مدیره‌های نهادهای سلامت و بهداشت در این کشور

کارگر	متوسط روبه پایین	متوسط روبه بالا	صاحب شرکت	
۴۹	۳۰	→ % ← ۲۰	۱	نیروی کار ایالات متحده
—	—	۳۰	۷۰	بنیادهای مربوط به اعضای هیئت‌مدیره
—	—	۵۵	۴۵	نهادهای خصوصی آموزش پزشکی
—	—	۵۵	۴۵	نهادهای دولتی آموزش پزشکی
—	۱۰	۷۰	۲۰	نهادهای دولتی آموزش پزشکی
۵	۱۰	۸۰	۵	بیمارستان‌های غیرانتفاعی

منبع: [۶۰]

NAVARRO, V.: Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. Bull NY Acad Med 51:199-234, 1975.

این طبقات، اکثریت کرسی‌ها را در هیئت‌امنای بنیادهای خصوصی فعال در حوزه سلامت، نهادهای آموزشی پزشکی (اعم از خصوصی و دولتی) و بیمارستان‌های

داوطلبانه محلی در اختیار دارند. تنها در هیئت‌مدیره نهادهای آموزشی دولتی و بیمارستان‌های داوطلبانه است که اعضای طبقه پایین متوسط یا طبقه کارگر، حضور نسبتاً معناداری می‌یابند. اما حتی در این موارد نیز، میزان مشارکت آنان به مراتب کمتر از نسبت جمعیتی‌شان در کل جامعه است. تحقیقات محلی به اسنادی دست یافته که حاکی از کنترل سرمایه‌داران بر مؤسسات بهداشتی در بسیاری از مناطق ایالات متحده است. ناوارو براساس همین شواهد و تحقیقات دیگر، استدلال کرده است که کنترل بر نهادهای بهداشت و سلامت بازتابی از همان الگوهای سلطه طبقاتی است که در سایر عرصه‌های اقتصادی و سیاسی امریکا نیز مشاهده می‌شود.

۲-۲. ساختار طبقاتی درون نهادهای سلامت

پزشکان که عمدتاً به طبقه بالای متوسط تعلق دارند، بالاترین جایگاه را در بین افراد شاغل در نهادهای بهداشتی به خود اختصاص داده‌اند. آنها حدود ۷ درصد از نیروی کار بخش سلامت را تشکیل می‌دهند و درآمد خالص میانه آنان (در حدود ۵۳ هزار و ۹۰۰ دلار در سال ۱۹۷۵) آن‌ها را در میان ۵ درصد پردرآمد جامعه امریکا قرار می‌دهد. بعد از گروه پزشکان و مدیران حرفه‌ای، اعضای طبقه متوسط روبه‌پایین قرار دارند: پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها و کار درمانگران و تکنسین‌ها. آنها ۲۹ درصد از نیروی کار سلامت را شامل می‌شوند، اغلب زن هستند و درآمد سالانه تقریبی‌شان ۸ هزار و ۵۰۰ دلار است. پایین‌ترین سطح سلسله‌مراتب سازمانی به کارگران دفتری، کمک‌بهباران، خدمه بیمارستان‌ها و کارکنان آشپزخانه و سرایداری اختصاص دارد که طبقه کارگر نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. درآمد سالانه آنها نزدیک به ۵ هزار و ۷۰۰ دلار است، ۵۴ درصد از شاغلین مؤسسات بهداشتی-درمانی را شامل می‌شوند، ۸۴ درصد آنها زن و ۳۰ درصد سیاه‌پوست هستند [۶۰ و ۶۳].

پژوهش‌های اخیر به بررسی فشار حرفه‌ای‌گرایی، نخبه‌گرایی و تخصص، که کارکنان حوزه بهداشت و سلامت را از یکدیگر جدا می‌کند و آنها را از درک منافع مشترکشان باز می‌دارد، پرداخته‌اند. این الگوها بر پزشکان [۶۴]، پرستاران [۶۵ و ۶۶]، تکنسین‌ها و کارگران خدماتی، که در میان بخش‌های مختلف نیروی کار حوزه سلامت سریع‌ترین

رشد را دارند [۶۷-۷۲]، تأثیر می‌گذارد. بوروکراتیزه کردن، اتحادیه سازی، مداخله دولت و پرولتاریزه کردن بالقوه کارکنان حرفه‌ای حوزه بهداشت و سلامت می‌توانند الگوهای آتی سلسله مراتب و تفکیک طبقاتی را دستخوش تغییر کنند [۷۳].

۲-۳. تحرک شغلی

امکان تحرک طبقاتی و وارد شدن به موقعیت‌های حرفه‌ای در حوزه سلامت بسیار محدود است. تحقیق و بررسی درباره پیشینه طبقاتی پزشکان در بریتانیا و ایالات متحده نشان داده‌اند که تعداد نمایندگان طبقه متوسط روبه پایین و طبقه کارگر در میان دانشجویان پزشکی و پزشکان بسیار اندک است [۲۳، ۲۴، ۷۴، ۷۵]. در ایالات متحده، اسناد تاریخی معتبری وجود دارد که امکان پیگیری تغییرات در تحرک طبقاتی طی قرن بیستم را فراهم می‌کند. همان‌طور که زیم^۱ [۲۳ و ۲۴] نشان داده است، با وجود برخی پیشرفت‌های اخیر برای گروه‌های محرومی چون سیاهان و زنان، جذب دانشجویان پزشکی از طبقه کارگر، از همان زمان انتشار گزارش فلکسنر تاکنون بسیار محدود بوده است. در ۱۹۲۰، ۱۲ درصد از دانشجویان پزشکی از خانواده‌های طبقه کارگر بودند و این نسبت تا امروز دقیقاً به همان منوال باقی مانده است.

۳. ظهور سرمایه‌داری انحصاری در بخش سلامت

در طی قرن گذشته، سرمایه اقتصادی در دست شمار هرچه کمتری از شرکت‌ها متمرکز شده است و از این طریق انحصار شکل گرفته است. سرمایه انحصاری اساساً در تمام کشورهای پیشرفته سرمایه‌داری به وجود آمده و فرایند انحصاری سازی در این کشورها سود شرکت‌های خصوصی را افزایش داده است [۷۰ و ۷۶-۷۸] (انحصاری سازی در کشورهای سوسیالیستی نیز به شکلی بسیار متفاوت رخ می‌دهد، به این ترتیب که دولت سرمایه‌های عمده را در اختیار دارد و سودآوری خصوصی را به شدت محدود می‌کند). سرمایه انحصاری بدل به ویژگی برجسته اغلب نظام‌های سلامت سرمایه‌داری شده است و به اشکال مختلف بروز و ظهور می‌یابد.

۱-۳. مراکز پزشکی

تقریباً از دههٔ ۱۹۱۰، رشد مداومی در (تعداد) مراکز پزشکی که اغلب وابسته به دانشگاه‌ها هستند اتفاق افتاده است. سرمایه در این مراکز پزشکی، که به شدت به فناوری‌های پیشرفته وابسته‌اند، متمرکز شده است. پزشکان در جاهایی آموزش دیده‌اند که فناوری در دسترس است و تخصص ارزش زیادی دارد. این یکی از دلایلی است که باعث می‌شود اغلب کارکنان حوزهٔ بهداشت و سلامت به طبابت در مناطقی که دسترسی آسانی به مراکز پزشکی ندارند بی‌علاقه باشند. رشد تقریباً بی‌قید و شرط مراکز پزشکی، همراه با نقش محوری آن‌ها در آموزش پزشکی و «الزام فناوری محور»^۱ که ترویج می‌کنند، به توزیع ناعادلانهٔ نیروی انسانی و امکانات درمانی در سراسر ایالات متحده و در درون مناطق مختلف منجر شده است [۳۸ و ۶۴].

۲-۳. سرمایهٔ مالی

سرمایه‌داری انحصاری در بانک‌ها، تراست‌ها و شرکت‌های بیمه که بزرگ‌ترین بنگاه‌های سودآوری در (نظام) سرمایه‌داری هستند نیز به خوبی نمایان است. به عنوان نمونه، در سال ۱۹۷۳، گردش مالی بیمه‌های سلامت از طریق شرکت‌های بیمهٔ خصوصی به ۲۹ میلیارد دلار رسید. رقمی که تقریباً نیمی از کل بیمه‌های فروخته شده را تشکیل می‌داد. در میان شرکت‌های بیمهٔ بازرگانی، تمرکز سرمایه بسیار بالا است؛ حدود ۶۰ درصد از صنعت بیمهٔ سلامت در اختیار تنها ۱۰ شرکت بزرگ قرار دارد. شرکت‌های «متروپولیتن لایف» و «پرودنشنال» هریک بیش از ۳۰ میلیارد دلار دارایی در اختیار دارند که از مجموع دارایی‌های شرکت‌هایی چون «جنرال موتورز»، «استاندارد اوایل نیوجرسی» یا «آی‌تی‌تی» بیشتر است [۶۰].

سرمایهٔ مالی در طرح‌های فعلی اصلاحات بهداشتی نقش عمده‌ای دارد. اغلب طرح‌های بیمه سلامت ملی، به صنعت بیمه اجازه می‌دهند که همچنان نقش خود را حفظ کند [۷۹ و ۸۰]. علاوه بر این، سرمایه‌گذاری شرکت‌ها در سازمان‌های نگهداری

1. technologic imperative

سلامت^۱ رو به افزایش دارد؛ با این پیش فرض که تصویب بیمه ملی سلامت تضمینی برای سودآوری این سرمایه‌گذاری‌ها خواهد بود [۸۱].

۳-۳. مجتمع‌های پزشکی-صنعتی

«مجتمع صنعتی-نظامی»^۲ به الگویی برای نفوذ صنعت در نظام سلامت بدل شده و اصطلاح «مجتمع پزشکی-صنعتی»^۳ را رواج داده است. مطالعات انجام‌شده در مرکز مشاوره سیاست‌گذاری سلامت [۸۲ و ۸۳] و دیگر مراکز بر این نکته تأکید دارند که سودآوری خصوصی از دل بیماری، ویژگی اصلی نظام‌های سلامت در جوامع سرمایه‌داری پیشرفته به شمار می‌آید [۶۴]. گزارش‌های اخیر، صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی را به دلیل رویکردهای تبلیغاتی و بازاریابی (همچون تبلیغات همراه‌کننده) [۸۲-۸۶]، تبانی در قیمت‌گذاری و ثبت اختراع [۸۷]، عرضه دارو در کشورهای جهان سوم پیش از آزمون ایمنی آنها [۸۸ و ۸۹] و ترویج نوآوری‌های تشخیصی و درمانی پرهزینه بدون انجام کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده برای اثبات اثربخشی‌شان مورد انتقاد قرار داده‌اند [۹۰-۹۳].

در این بستر، تحلیل «هزینه-اثربخشی» توانسته است ارزیابی‌هایی مفید از برخی رویه‌های پزشکی و تصمیم‌گیری‌های بالینی ارائه دهد. ارزیابی‌هایی که تا حدی بر پایه سنجش هزینه‌ها در برابر میزان اثربخشی آنها استوار بوده‌اند [۹۴-۱۰۰]. با آن‌که پژوهشگران مارکسیست سهم این تحلیل‌ها را به رسمیت می‌شناسند، اما انتقاد می‌کنند که چنین رویکردی پرسش‌هایی را در سطحی نادرست مطرح می‌سازد. این نوع تحلیل، معمولاً نمی‌تواند پویایی‌های کلان نظام سلامت را که به پذیرش فناوری‌های گران و غیراثربخش منجر می‌شوند، روشن سازد. رویه‌هایی که موضوع تحلیل هزینه-اثربخشی قرار می‌گیرند، غالباً زاده رشد سرمایه‌داری انحصاری در نظام سلامت هستند. نوآوری‌های پرهزینه، اغلب با گسترش مراکز پزشکی، نفوذ سرمایه مالی در نظام سلامت، و تبلیغ و ترویج

۱. Health Maintenance Organization: در ایالات متحده آمریکا، سازمان نگهداری سلامت (HMO) یک گروه بیمه‌پزشکی است که خدمات بهداشتی را با هزینه ثابت سالانه ارائه می‌کند.

2. military-industrial complex

3. medical-industrial complex

داروها و تجهیزات پزشکی جدید توسط صنایع مرتبط در پیوندند. از این رو، پژوهش های هزینه-اثربخشی و تحلیل تصمیم گیری بالینی، اگر بدون در نظر گرفتن روندهای سیاسی و اقتصادی گسترده تری که محرک این جلوه های به ظاهر غیرعقلانی در نظام سلامت اند انجام شوند، ناقص و ناکافی خواهند بود [۹۰].

۴. سیاست های گروه های ذی نفع

بر اساس استدلال مارکس، موقعیت طبقاتی و منابع اقتصادی غالباً تعیین کننده قدرت سیاسی هستند. او معتقد بود که طبقه اقتصادی مسلط از گروه های مختلف با منافع گاه متفاوت تشکیل شده است. این گروه ها در زمانی که در معرض تهدیدهای اساسی از جانب طبقه کارگر قرار گیرند با هم متحد می شوند، اما منافع متفاوت آنها سبب تضادهایی می شود که می تواند در کانون توجه استراتژی های سیاسی قرار گیرد [۱۰۱-۱۰۵]. در مطالعاتی که در حوزه مراقبت های بهداشتی انجام شده، تحلیل سیاست گروه های ذی نفع بیشتر بر ایالات متحده و بریتانیای کبیر متمرکز است [۱۰۶-۱۱۰]. این رویکرد باعث ابهام زدایی از سیاست های گروه های متعددی که از اصلاحات بهداشتی حمایت می کنند می شود. از این منظر، دیدگاه ها و پیشنهاد های این گروه ها، بیشتر بازتاب منافع سیاسی و اقتصادی خودشان است تا دغدغه ای صادقانه برای بهبود نظام سلامت.

مطالعه آلفورد^۱ [۱۰۶ و ۱۰۷] تمایز سه گروه ذی نفعی را که بر سر قدرت و سرمایه رقابت می کنند ترسیم کرده است. انحصارگران حرفه ای عبارت اند از: پزشکان، متخصصین و کارکنان حوزه پژوهش سلامت که در دانشکده های پزشکی، دانشگاه ها و مطب های خصوصی مشغول به کار هستند. حاصل فعالیت آنان، به زعم آلفورد، «گسترش بی وقفه برنامه ها و پروژه ها» است که نوعی نقاب مشروعیت ساز فراهم می کند، بی آنکه ساختارهای قدرت در نظام سلامت دستخوش تغییر واقعی شود. «توجیه کنندگان فعالیت شرکت ها»^۲ افرادی هستند که در سازمان های سلامت، از جایگاه بالایی برخوردارند: مدیران بیمارستان ها، رؤسای دانشکده های پزشکی و مقامات بهداشت

1. Alford

2. corporate rationalizers

عمومی. به گفته آلفورد، تأثیر کلی این گروه، پیچیده‌تر کردن و بوروکراتیک‌تر کردن ساختار نظام سلامت است. سومین گروه اجتماع متنوعی از مردم عادی‌اند که به خدمات سلامت نیاز دارند و تحت تأثیر آن قرار می‌گیرند. آلفورد بر این باور است که تلاش‌های این گروه، اغلب به شکست می‌انجامد. احتمال بالای جذب نمایندگان این گروه‌ها در ساختارها موجب می‌شود که رهبران محلی، نقشی مشورتی و نمایشی در شوراها و نهادهای تصمیم‌گیرنده بیابند، بی‌آنکه تغییری واقعی در مناسبات قدرت روی دهد.

بررسی سیاست‌های گروه‌های ذی‌نفع به فهم مناقشات محلی کمک کرده است، مناقشاتی همچون تلاش‌هایی با هدف اینکه جامعه کنترل نهادهای بهداشتی را به دست گیرد [۱۱۱]، تضادهای موجود در میان هیئت‌های حاکم، مدیران و کارکنان متخصص بیمارستان‌ها [۱۱۲]، عدم توفیق در برنامه‌ریزی و تنظیم ضوابط جامع در حوزه سلامت [۱۱۳-۱۱۶]، و توسعه مؤسسات پزشکی تا جایی که به مناطق مسکونی شهری بدل شوند [۱۱۷-۱۲۰]. همین چشم‌انداز موجب شده از تصمیم‌گیری‌ها در سیاست‌های سلامت ملی، مثلاً آنچه در حوزه تحقیقات مربوط به سرطان [۱۲۱ و ۱۲۲] و قانون‌گذاری برای سلامت شغلی صورت می‌گیرد، تصویر روشن‌تری به دست آید [۸۳ و ۱۲۳].

امید چندانی نیست که در نظام کنونی، حاصل این تحقیقات به ایجاد اصلاحات بینجامد، چراکه به قول آلفورد، «ساختارهای طبقاتی و سازمانی آفریننده و حافظ قدرت برای انحصارگران متخصص و توجیه‌کنندگان فعالیت شرکت‌ها هستند». به گفته آلفورد، «بدون جنبش‌های اجتماعی و سیاسی که مشروعیت پایگاه اقتصادی و اجتماعی سیاست‌های کثرت‌گرا را رد می‌کنند، تغییر امکان‌پذیر نخواهد بود» [۱۰۶].

۵. دولت و مداخلات دولتی

از آنجا که دولت نهادهای اصلی قدرت سیاسی را دربرمی‌گیرد، اهمیت استراتژیک آن واضح و مبرهن است. دولت عموماً هرگونه تغییر اجتماعی انقلابی یا هرکنش سیاسی‌ای را که تهدیدی بنیادین علیه نظام کنونی به حساب آید سرکوب می‌کند. پس از انقلاب‌های سوسیالیستی، لازم است دستگاه دولتی برای مدتی طولانی، البته

با تغییرات عمده در عملکردش، تداوم یابد. بنابراین، پیش از تمرکز بر مراقبت‌های بهداشتی، لازم است مفهوم دولت را تعریف کنیم و مورد بررسی اجمالی قرار دهیم.

مارکس و انگلس بر نقش تعیین‌کننده دولت در محافظت از نظام اقتصادی سرمایه‌داری و منافع طبقه سرمایه‌دار تأکید داشتند. جمله مشهور مانیفست کمونیست چنین است: «دولت کمیته اجرایی بورژوازی است» [۲]. لنین [۱۲۴] نتیجه گرفت که طبقه سرمایه‌دار، در صورت پیروزی انتخاباتی‌ای که تهدیدی جدی برای نظام مالکیت خصوصی باشد، بی‌درنگ مداخله قهرآمیز خواهد کرد. در دوره‌های متأخرتر، تحلیلگران، الگوهای ساختاری‌ای را بررسی کرده‌اند که چیرگی طبقه سرمایه‌دار بر سیاست‌های دولتی را حفظ می‌کند [۵۳ و ۵۹]؛ سازوکارهایی که به واسطه آن‌ها، دولت بحران‌های پیاپی نظام سرمایه‌داری را تعدیل می‌کند [۱۲۵-۱۲۷] و فنون ایدئولوژیکی که از طریق آن‌ها، رضایت توده‌ای را نسبت به نظم موجود، بازتولید و تقویت می‌کند [۱۲۸ و ۱۲۹].

در این چارچوب، تعریفی که با وجود سادگی، متناسب با پیچیدگی موضوع است، چنین خواهد بود: «دولت مجموعه‌ای از نهادهای عمومی بهم پیوسته است که وظیفه حفظ نظام اقتصادی سرمایه‌داری و منافع طبقه سرمایه‌دار را بر عهده دارد». این تعریف قوای مجریه، مقننه و قضائیه، نیروهای مسلح و نظام عدالت کیفری^۱ را که همگی دارای درجات مختلفی از قدرت قهری هستند دربرمی‌گیرد و نهادهای نسبتاً غیرقهری مانند نظام‌های آموزشی، رفاه عمومی و نظام مراقبت‌های بهداشتی را شامل می‌شود. از رهگذر این نهادهای غیرقهری، دولت خدماتی را ارائه می‌دهد و یا پیام‌های ایدئولوژیکی را منتقل می‌کند که به نظام سرمایه‌داری مشروعیت می‌بخشند. به‌ویژه در دوران بحران اقتصادی می‌تواند از این سازمان‌ها و نهادها برای پرداخت یارانه‌های دولتی به شرکت‌های خصوصی استفاده کند.

۵-۱. تضاد بخش‌های دولتی و خصوصی

در نظام سلامت، «بخش عمومی»، به عنوان قسمتی از دولت، از طریق هزینه‌کردهای

۱. the criminal justice system: سیستم عدالت کیفری شبکه‌ای از سازمان‌های دولتی و خصوصی برای مدیریت متهمان و مجرمان است و از نهادهای متعددی همچون دانشگاه، پزشکی قانونی، قوه قضائیه و... تشکیل شده است.

عمومی عمل می‌کند و کارکنان حوزه سلامت را در نهادهای دولتی به کار می‌گیرد. «بخش خصوصی» مبتنی بر طبابت خصوصی و متکی به شرکت‌های تولید کننده محصولات پزشکی و موسساتی است که سرمایه مالی را در اختیار دارند یا کنترل می‌کنند. تقابل میان این دو بخش، در کشورهای مختلف شکل‌های گوناگونی دارد.

در ایالات متحده، بخش خصوصی مسلط است و در کنار آن، بخش دولتی بزرگی وجود دارد که روبه‌رشد است. بخش دولتی در بریتانیای کبیر و اسکانداوناوی از این هم بزرگ‌تر است و در کوبا و چین، بخش خصوصی اساساً حذف شده است [۶۴].

موضوع کلی تحلیل مارکسیستی این است که بخش خصوصی، برای سود بیشتر خود و به قیمت آسیب زدن به بیمارانی که از بخش دولتی خدمات می‌گیرند، منابع عمومی و وقت کارکنان حوزه سلامت را تا آخرین قطره می‌مکد. این چارچوب به توضیح برخی از مشکلات پدیدآمده در کشورهایی مانند بریتانیای کبیر [۷۵] و شیلی [۱۳۰] و [۱۳۱]، که در آنها بخش خصوصی پس از تصویب قانون خدمات ملی سلامت^۱ همچنان پابرجا بوده، کمک کرده است. در این کشورها، اگر پزشکان دامنه فعالیت‌های پزشکی‌ای را که اغلب در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی صورت می‌گیرد به بخش خصوصی گسترش دهند، پاداش مالی دریافت می‌کنند. در ایالات متحده آمریکا، گسترش برنامه‌های پرداخت عمومی مانند مدیکر^۲ (بیمه درمانی سالمندان) و مدیک‌اید^۳ (بیمه درمانی مستمندان) سبب شده پرداخت یارانه عمومی به مطب‌ها و بیمارستان‌های خصوصی و همچنین سوءاستفاده پزشکان از این برنامه‌ها افزایش یابد [۶۴].

چنین مشکلاتی سایر برنامه‌های بهداشت عمومی را نیز تضعیف کرده‌اند. این برنامه‌ها اغلب منابع مالی را از راه مالیات بازگشت‌پذیر^۴ به دست می‌آورند که به ضرر مالیات‌دهندگان کم‌درآمد است [۷۹]. به همین ترتیب، نواقص برنامه‌های بیمه‌های

1. national health service

2. Medicare

3. Medicaid

۴. regressive taxation: مالیات کاهشی به گونه‌ای وضع می‌شود که با افزایش مبلغ موضوع مشمول مالیات، نرخ مالیات کاهش می‌یابد.

بلو کراس^۱ و بلو شیلد^۲ اغلب ناشی از ناتوانی نهادهای نظارتی دولتی در کنترل پرداخت ها به پزشکان و بیمارستان های بخش خصوصی است [۱۳۲]. بیمه سلامت ملی هم اگر تصویب شود، با تضمین پرداخت به بیمارستان ها و پزشکان و احتمالاً با اجازه دادن به شرکت های بیمه تجاری برای حفظ نقششان، از بودجه عمومی برای تقویت بخش خصوصی استفاده خواهد کرد [۶۴ و ۸۰].

در سراسر ایالات متحده، تعارض بخش عمومی و خصوصی در حوزه سلامت روز به روز حادتر می شود. در اغلب شهرهای بزرگ، بیمارستان های عمومی یا درگیر کاهش هزینه ها هستند یا در شرف تعطیلی اند و یا مالکیت و اختیارشان به بخش خصوصی واگذار شده است. این روند بیماران کم درآمد را در دسترسی به مراقبت های بهداشتی- درمانی با مشکلات بیشتری مواجه می کند [۱۳۳] و این امر بیمارستان های خصوصی را مصطر می سازد که برای خلاص شدن از شر بیماران کم درآمد، آنها را به نهادهای دولتی حواله کنند [۱۳۴].

۵-۲. کارکردهای عمومی دولت در نظام سلامت

کارکردهای دولت در نظام سلامت از نظر دامنه و پیچیدگی، به طور چشم گیری گسترش یافته اند. دولت، در وهله اول، از طریق نظام سلامت برای مشروعیت بخشیدن به نظام اقتصادی سرمایه داری که مبتنی بر کسب و کار خصوصی است اقدام می کند [۱۳۵ و ۱۳۶]. تاریخچه نظام سلامت عمومی و برنامه های رفاهی نشان می دهند که هزینه های دولت اغلب در دوران اعتراض های اجتماعی افزایش می یابد و با فروکش کردن ناآرامی ها کمتر می شود [۱۳۷ و ۱۳۸]. اخیراً یکی از کمیته های کنگره خلاصه ای از نظرسنجی افکار عمومی را منتشر کرده است که نشان می دهد مردم عمیقاً از دولت و به خصوص از نقش منافع تجاری در سیاست های نارضی اند: «... شهروندانی که فکر می کردند در کشورشان یک جای کار می لنگد تبدیل به اکثریت ملی شده بودند... و برای اولین

1. Blue cross

2. Blue Shield

بار در طی ۱۰ سال گردآوری دیدگاه‌ها توسط مؤسسه نظرسنجی هریس^۱، موج ناامیدی افکار عمومی از دولت بیش از نیمی از آمریکایی‌ها را با خود همراه کرده بود» [۱۳۹]. در چنین شرایطی، پاسخ قابل پیش‌بینی دولت این است که برنامه‌های بهداشتی و سایر برنامه‌های رفاهی را گسترش دهد. این اصلاحات تدریجی، حداقل تا حدودی، می‌تواند از بحران مشروعیت نظام سرمایه‌داری بکاهد، چون اعتماد از دست رفته مردم را به اینکه نظام می‌تواند نیازهای اساسی‌شان را برآورده سازد به آنها برمی‌گرداند. به نظر می‌رسد که در ایالات متحده، چرخه‌های التفات سیاسی به بیمه ملی سلامت موازی با چرخه‌های نارضایتی عمومی عمل می‌کند [۱۳۵]. صرفه‌جویی‌های اخیر در ارائه خدمات عمومی سلامت به بیماران کم‌درآمد از دهه ۱۹۶۰ و به دنبال افول اعتراضات اجتماعی اقبال کم‌درآمد اتفاق افتاده است.

دیگر کارکرد اصلی دولت در نظام سلامت این است که مستقیماً از بخش خصوصی حفاظت و آن را تقویت کند. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، اغلب برنامه‌های بیمه سلامت ملی به صنعت بیمه خصوصی این اجازه را می‌دهد که به‌ویژه در مدیریت پرداخت‌ها، نگهداری سوابق و جمع‌آوری اطلاعات، نقش اصلی و سود مستمر خود را حفظ کند [۶۴، ۸۰ و ۱۴۰]. مشارکت شرکت‌های بزرگ در ابتکارات بهداشتی-درمانی جدیدی که با حمایت دولت انجام می‌شود، مانند سازمان مراقبت سلامت، برنامه‌های غربالگری پیشگیرانه، کامپیوتری کردن اجزای سازمان بازنگری استانداردهای حرفه‌ای، تدوین الگوریتم‌ها و پروتکل‌ها برای آموزش کارکنان غیردرمانگر و ابزارهای سمعی-بصری برای کمک به بیماران، به منابع کلانی از سودآوری جدید برای بخش خصوصی تبدیل شده‌اند [۸۱ و ۱۴۱].

کارکرد سوم (و البته کارکرد پیچیده‌تر و پنهان‌تر) دولت، تقویت چارچوب‌های مسلط در پزشکی علمی و بالینی است؛ چارچوب‌هایی که با نظام اقتصادی سرمایه‌داری هم‌سازند و در برابر چارچوب‌های جایگزینی که ممکن است برای این نظام تهدیدزا

۱. Harris Survey (Harris Insights and Analytics): یک شرکت تحقیقاتی و تحلیلی بازار آمریکایی است که از سال ۱۹۶۳، احساسات، رفتارها و انگیزه‌های بزرگ‌سالان آمریکایی را دنبال می‌کند.

باشند، مقاومت می‌کنند. دولت ایالات متحده بودجه سخاوتمندانه‌ای برای تحقیقات در زمینه پاتوفیزیولوژی و درمان عوامل بیماری‌های خاص اختصاص داده است؛ چنان‌که حتی منتقدان در داخل دولت هم دریافته‌اند که رویکرد بیماری‌محور سطح تحلیل و بررسی را در حد فرد و بدن فردی تقلیل می‌دهد و اغلب، بدون اینکه تناسب را در این زمینه لحاظ کند، تحقیقات را بیشتر به سمت وسویی می‌برد که به جای منشأ چندعلتی، به دنبال منشأ تک‌علتی برای بیماری‌ها باشند [۱۴۲]. اخیراً تحقیقاتی که بر اهمیت «سبک زندگی» فردی تأکید دارند و علل بیماری را در آن می‌جویند [۱۴، ۱۴۳ و ۱۴۴]، در کانون توجه نهادهای دولتی در ایالات متحده و کانادا قرار گرفته‌اند [۱۴۵ و ۱۴۶]. البته نمی‌توان انکار کرد که در تمام جوامع، تفاوت افراد در عادت‌های شخصی بر سلامتی آن‌ها اثر می‌گذارد. اما از سوی دیگر، این رویکرد، حتی بیش از تأکیدهای پیشین بر علل خاص، علل ساختاری بیماری و ناتوانی را که در فرایند کار سرمایه‌داری و محیط صنعتی نهفته‌اند پنهان می‌سازد و مسئولیت سلامت را صرفاً بر دوش فرد می‌گذارد، بی‌آنکه راه‌حل‌های جمعی را مورد توجه قرار دهد [۱۴۷ و ۱۴۸].

باید به مسائلی که دولت در برنامه‌های تحقیق و توسعه‌اش کم‌اهمیت جلوه داده بیشتر توجه کرد. به عنوان مثال، بر اساس اطلاعات موجود، برآورد شده است که در جوامع صنعتی غرب، عوامل محیطی در بروز نزدیک به ۸۰ درصد از تمام سرطان‌ها دخیل هستند [۱۴۹]. انجمن بهداشت عمومی آمریکا^۱ در نشست درباره «سلامتی و کار در آمریکا» در سال ۱۹۷۵، سند جامعی از رایج‌ترین عوامل شغلی سرطان‌زا ارائه داد [۱۵۰]. در ۱۹۷۳، یک نشریه غیردولتی گزارشی تحت عنوان کار در آمریکا از یکی از کارگروه‌های وزارت بهداشت، آموزش و رفاه منتشر کرد که می‌گفت: «براساس یک مطالعه چشم‌گیر ۱۵ ساله در مورد افزایش سن، قوی‌ترین عامل پیش‌بینی‌کننده طول عمر رضایت شغلی بود و دومین عامل مهم شادی^۲ به‌طور کلی... سایر عوامل نیز بدون شک مهم هستند: تغذیه، ورزش، مراقبت‌های پزشکی، وراثت ژنتیکی. اما بنا بر یافته‌های تحقیق، این عوامل ممکن است تنها حدود ۲۵ درصد از عوامل خطر بیماری‌های قلبی را، که علت

1. the American Public Health Association

2. happiness

اصلی مرگ و میرند، شامل شوند...» [۱۵۱]. چنین یافته‌هایی تهدیدی علیه ساختار کنونی تولید سرمایه‌داری به حساب می‌آیند و بنابراین چندان مورد توجه یا حمایت سازمان‌های دولتی قرار نگرفته‌اند. چارچوبی برای تحقیقات بالینی که بیماری را مستقیماً به ساختار سرمایه‌داری مربوط کند احتمالاً با بی‌اعتنایی و عدم تأیید دولت مواجه می‌شود.

۵-۳. محدودیت‌ها و سازوکارهای مداخله‌ای دولت

مداخله دولت با بعضی محدودیت‌های ساختاری مواجه است. به‌طور خلاصه، این محدودیت‌ها مداخله دولت را به سیاست‌ها و برنامه‌هایی محدود می‌سازند که با فرایندهای اقتصادی سرمایه‌داری مبتنی بر سود خصوصی، یا با منافع عینی طبقه سرمایه‌دار در دوره‌های تاریخی مشخص، در تعارض بنیادین قرار نگیرند.

«سازوکارهای گزینش منفی» شکل‌هایی از مداخله دولت‌اند که نوآوری یا فعالیت‌هایی را که سیستم سرمایه‌داری را به چالش می‌کشند حذف می‌کنند [۱۲۵ و ۱۲۶]. برای نمونه، ممکن است نهادهای دولتی قوانینی در حوزه سلامت شغلی و آیین‌نامه‌هایی برای نظارت و اجرای آن تصویب کنند؛ اما این اصلاحات، هرگز به اندازه‌ای سخت‌گیرانه نخواهند بود که سودآوری صنایع خاص را تهدید کنند. به همین ترتیب، مالکیت دولتی صنایعی که منشأ بیماری‌های شغلی یا زیست‌محیطی‌اند، به‌ندرت اتفاق می‌افتد یا به سطح چشم‌گیری نمی‌رسد [۱۳۵].

این گزینش منفی در مورد ملی شدن بالقوه نظام سلامت به‌عنوان یک کل نیز صدق می‌کند. در بیشتر جوامع سرمایه‌داری، دولت عموماً مخالف تغییرات ساختاری‌ای است که نافی طبابت خصوصی، اداره کردن بیمارستان‌ها به شکل خصوصی و سودآوری صنایع دارویی، تجهیزات پزشکی، بیمه و سایر صنایع دخیل در نظام سلامت باشند. دولت از طریق گزینش منفی، جلوی ملی‌سازی را می‌گیرد و در عین حال، از اصلاحاتی تدریجی و محدود برای مهار افراط‌ها در این حوزه‌ها حمایت می‌کند تا مشروعیت کلی نظام را حفظ کند.

نمونه‌ای از انتخاب منفی را می‌توان در رایزنی‌های کنگره در ایالات متحده دید که به‌طور سیستماتیک، از توجه جدی به خدمات سلامت ملی (در مقابل بیمه

سلامت ملی)، که ممکن است مناسب بودن و کارایی طبابت خصوصی یا ملی شدن بیمارستان ها را زیر سؤال ببرد، خودداری می کند [۱۵۲]. مثال دیگر مقررات دولتی در حوزه دارو و صنایع بیمه است که جدا از نتایج آشفته ای که در پی دارد، مالکیت عمومی این صنایع را منتفی می کند.

دولت در عین حال می تواند «سازوکارهای گزینش مثبت» را هم در پیش گیرد، سازوکارهایی که مروج و حامی سیاست های نظام خصوصی کسب و کار و منافع سرمایه اند [۱۲۵ و ۱۲۶]. گزینش مثبت اصلاحات مالی، مثلاً در مورد بیمه های درمانی با حذف اصلاحات سازمانی که می توانند ساختارهای سیاسی و اقتصادی گسترده تر نظام کنونی را تغییر دهند، تضاد جدی دارد [۱۳۵].

۶. ایدئولوژی پزشکی

ایدئولوژی مجموعه ای درهم تنیده از ایده ها و آموزه هایی است که چشم انداز متمایز یک گروه اجتماعی را به وجود می آورند. مارکس بین دو سطح ساختار اجتماعی، زیربنا و روبنا، تفاوت قائل بود. «زیربنا» یا «پایه اقتصادی» روابط انضمامی تولید اقتصادی را دربرمی گیرد. طبقه اجتماعی که با مالکیت، یا در اختیار داشتن ابزار تولید، یا هر دو، تعیین می شود، ویژگی اصلی زیربناست. از سوی دیگر، «روبن» شامل نهادهای دولتی و قانونی و ایدئولوژی های غالب در یک دوره تاریخی خاص است [۳۹]. در دیدگاه مارکسیستی، وقایع تاریخی عمدتاً از نیروهای اقتصادی سرچشمه می گیرند: این «تعیین کنندگی اقتصادی» سپهر تولید و تضاد طبقاتی را به لحاظ علّی ارجح می داند. بدین ترتیب، زیربنای اقتصادی عموماً ویژگی های خاص روبنا را تعیین می کند، اما ایدئولوژی و سایر بخش های روبنا کمک می کنند تا روابط اجتماعی تولید و به ویژه الگوهای سلطه حفظ و بازتولید شوند [۱۵۳ و ۱۵۴]. تحلیلگران مارکسیستی بر «سلطه پنهان ایدئولوژیک» تأکید دارند که از طریق آن، نهادهای جامعه مدنی (مدارس، کلیسا، خانواده و مانند آنها) اندیشه ها و باورهای حامی نظم موجود را اشاعه می دهند [۱۲۹ و ۱۵۵]. جلوه های این سلطه را می توان در «دستگاه های ایدئولوژیک» دید که طبقه

سرمایه دار برای حفظ قدرت دولت به کار می برد [۱۲۸]؛ و نیز در ویژگی های ایدئولوژیک علم مدرن که به تصمیمات سیاسی- اجتماعی ای که «کارشناسان» در راستای منافع طبقه مسلط می گیرند مشروعیت می بخشند [۱۵۶].

موازی با نهادهایی مانند نظام آموزشی، خانواده، رسانه های جمعی و دین سازمان یافته، پزشکی هم مبلغ ایدئولوژی ای است که به حفظ و بازتولید ساختار طبقاتی و الگوهای سلطه کمک می کند. ویژگی های ایدئولوژیک پزشکی به هیچ روی از تلاش های افرادی که از روش های پذیرفته شده فعلی در کار بالینی و پژوهش هایشان استفاده می کنند، نمی کاهد. بالین حال، وقتی به ایدئولوژی پزشکی به چشم قسمتی از روبنای وسیع اجتماعی بنگریم، می بینیم که پیامدهای اجتماعی عمده ای فراتر از خود پزشکی به همراه دارد [۱۵۷]. پژوهش های اخیر وجوه مختلف ایدئولوژی پزشکی مدرن را مشخص کرده اند.

۱-۶. اختلال در هم ایستایی زیست شناختی^۱ معادل از کار افتادن ماشین آلات است

علم مدرن پزشکی دیدگاه مکانیکی به بدن انسان دارد. آموزش پیشرفته به متخصصان بهداشت و سلامت، تشخیص علل و درمان های خاص اختلالات فیزیکی را امکان پذیر می کند. دیدگاه مکانیکی به بدن انسان توجه ها را از منشأ چند عاملی، به ویژه از علل ناشی از محیط، روند کار یا استرس های اجتماعی، منحرف می کند. چنین دیدگاهی یک ایدئولوژی عمومی را هم تقویت می کند و نگرش مثبت به فناوری- صنعتی تحت نظارت تخصصی را ترویج می دهد [۵، ۱۳۵، ۱۵۸ و ۱۵۹].

۲-۶. بیماری مشکل فردی انسان هاست

مدل تک عاملی بیماری شامل مفروضاتی تقلیل گرایانه است، چراکه بیش از شرایط اجتماعی بیماری زا، بر افراد تمرکز دارد. رویکرد جدیدی هم که منشأ بیماری ها را در سبک زندگی جستجو می کند همین قدر تقلیل گرایانه است. در هر دو مورد، مسئولیت بیماری و درمان بر عهده افراد است و با سطوح جمعی ارتباط نمی یابد. با این اوصاف، علم پزشکی هیچ گونه ارزیابی انتقادی اساسی ای درباره ساختار طبقاتی و مناسبات تولید، حتی در مورد پیامدهای آن در سلامت و بیماری، ارائه نمی کند [۱۳۵ و ۱۵۹].

1. biological homeostasis

۳-۶. علم کنترل عقلانی انسان ها را میسر می سازد

علوم طبیعی منجر به کنترل بیشتر بر طبیعت شده است. به همین ترتیب، اغلب فرض بر این است که پزشکی مدرن می تواند با اصلاح نواقص افراد، قابلیت کنترل پذیری آنها را افزایش دهد. تلاش برای (در اختیار داشتن) نیروی کار قابل اعتماد، یکی از انگیزه های صاحبان منافع سرمایه داری برای حمایت از پزشکی مدرن است [۱۹ و ۲۶]. در طول تاریخ، گواهی پزشکان درباره بیماری، بنا بر نیاز صنعت به نیروی کار، گسترش یا محدود شده است [۱۶۰ و ۱۶۱]. از این رو، پزشکی به مثابه عاملی در خدمت حکمرانی عقلانی بر جامعه تلقی می شود و اصول مدیریتی نیز به طور فزاینده ای در سازمان دهی نظام سلامت به کار گرفته می شوند [۱۱۳ و ۱۱۵].

۴-۶. بسیاری از حوزه های زندگی برای اعمال مدیریت پزشکی مناسب اند

این فرض ایدئولوژیک باعث شده کارکرد کنترل اجتماعی پزشکی دامنه وسیع تری را دربرگیرد. بسیاری از رفتارهایی که با هنجارهای جامعه همخوانی ندارند به گزینه مناسبی برای اعمال مدیریت متخصصان حوزه سلامتی و بهداشت بدل شده اند. دیدگاه های انتقادآمیزی به «پزشکی سازی انحرافات»^۱ و عملکرد کارکنان حوزه سلامت در نقش مأموران کنترل اجتماعی وجود دارد [۱۴، ۶۴، ۱۶۲-۱۶۶]. مدیریت پزشکی مشکلات رفتاری مانند هیپوکنیزی^۲ جنبشی و پرخاشگری اغلب با تلاش برای یافتن ضایعات بیولوژیکی مربوط به این رفتارها مصادف است [۱۶۷-۱۷۱]. نگاهی به گذشته نشان می دهد که کارکرد کنترل اجتماعی پزشکی، در دوره های اعتراضات شدید اجتماعی یا تغییرات اجتماعی سریع، گسترش یافته است [۱۷۲].

۵-۶. علم پزشکی همواره عالی است

بر اساس این اصل ایدئولوژیک، علم پزشکی متکی بر مجموعه ای از دانش پیشرفته و

۱. medicalization of deviance: روشی که در آن وضعیت یا رفتار توسط توده ها غیرعادی و منفور تلقی می شود و از انحراف به بیماری روانی تبدیل می شود. مثال: بیش فعالی، کم توجهی، الکلیسم، پرخوری عصبی، بی اشتهاهی عصبی و در برخی جوامع هم جنس گرایی.

۲. hyperkinesia: کاهش قدرت حرکات

معیارهای برتری در پژوهش و عمل بالینی است. به دلیل اینکه دانش علمی غامض و پیچیده است، گروهی از متخصصان تمایل دارند که موقعیت نخبگان را در اختیار داشته باشند. در فقدان این دانش، افراد عادی برای فهم و تفسیر داده‌های پزشکی به متخصصان وابسته می‌شوند. بدین‌گونه نظام سلامت الگوهای سلطه را توسط تصمیم‌گیرندگان «متخصص» در محیط کار، ساختارهای دولتی و بسیاری از عرصه‌های زندگی اجتماعی بازتولید می‌کند [۱۷۳ و ۱۷۴]. ایدئولوژی برتری (یا عالی بودن)^۱ به توجیه این الگوهای سلطه کمک می‌کند، هرچند کیفیت بسیاری از تحقیقات پزشکی و کارهای بالینی با معیارهای واقعی برتری فاصله بسیاری دارد. این تناقض را اخیراً در پزشکی با نام «فریب برتری»^۲ می‌شناسند [۱۷۵]. از قضا، در بعضی کشورها مانند اتحاد جماهیر شوروی که در آنها انقلاب‌های سوسیالیستی اتفاق افتاده، ایدئولوژی برتری، به شکل مشابهی، ظهور سلسله‌مراتب‌های طبقاتی جدید را که مبتنی بر تخصص‌اند توجیه می‌کند. سایر کشورها، مانند جمهوری خلق چین، تلاش کرده‌اند که بر این فرضیات ایدئولوژیک غلبه کنند و «پزشکی مردم»^۳ را توسعه دهند که کمتر تخصص‌محور است [۱۷۶].

پژوهش‌ها درخصوص ایدئولوژی پزشکی بر بیانات عمومی رهبران این حرفه (در مجلات حرفه‌ای یا رسانه‌های جمعی) تمرکز دارند و نیز بر سخنان مسئولان و مقامات شرکت‌هایی که سازمان‌های متبوعشان حامی یا تنظیم‌کننده فعالیت‌های پزشکی‌اند متمرکزند [۱۷۷]. با این حال، متخصصین سلامت پیام‌های ایدئولوژیک را در تعاملات چهره‌به‌چهره با بیماران نیز منتقل می‌کنند [۱۶۰ و ۱۶۳]. در حال حاضر، بعضی تحقیقات تجربی به انتقال پیام‌های ایدئولوژیک در تعاملات پزشک-بیمار می‌پردازند [۱۷۸-۱۸۰].

۷. نظام تطبیقی بین‌المللی سلامت

پژوهش‌های مارکسیستی بر سه مبحث در این حوزه متمرکز بوده است: امپریالیسم، گذار به سوسیالیسم و تناقضات اصلاحات در نظام سرمایه‌داری.

1. the ideology of excellence

2. the excellence deception

3. people's medicine

۷-۱. مراقبت های بهداشتی و امپریالیسم

امپریالیسم را می توان گسترش سرمایه فراتر از مرزهای ملی و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و سیاسی این گسترش تعریف کرد. امپریالیسم برای کشورهایی که سلطه اقتصادی دارند منافع بسیاری داشته است. نقد مارکسیستی به خطرات امپریالیسم در کشورهای پیشرفته سرمایه داری و همچنین ابرقدرت های سوسیالیست (به خصوص سوسیال امپریالیسم اتحاد جماهیر شوروی سوسیالیستی) پرداخته است [۲۸، ۱۸۱ و ۱۸۲]. نظام سلامت بخشی مهم در مراحل از امپریالیسم بازی کرده است.

یکی از ویژگی های بنیادی امپریالیسم، استخراج مواد خام و سرمایه انسانی است؛ منابعی که از کشورهای جهان سوم به سمت کشورهای اقتصادی مسلط جریان می یابند. ناوارو [۱۸۳] نشان داده است که چگونه «توسعه نیافتگی سلامت»^۱ در جهان سوم، پیامد ناگزیر غارت منابع طبیعی و انسانی است. خروج ثروت، توانایی کشورهای توسعه نیافته برای ساختن نظام های سلامت کارآمد را محدود می کند. بسیاری از کشورهای جهان سوم نیروی کار خود در حوزه سلامت را از دست داده و با ضرر و زیان سنگینی مواجه شده اند، نیروی کاری که پس از آموزش پرهزینه در سرزمینشان، به کشورهای دارای سلطه اقتصادی مهاجرت می کنند. کارگران شاغل در خارج، به ویژه در شرکت های چندملیتی، همچنین بسیار در معرض خطر ابتلا به بیماری های شغلی اند [۱۸۴].

بنا بر (قواعد) امپریالیسم، شرکت ها به دنبال نیروی کار ارزان هستند. ارتقای بهره وری نیروی کار یکی از اهداف کلیدی برنامه های بهداشت عمومی ای بود که بنیادهایی با پیوندهای نزدیک با صنایع رو به گسترش امریکا، در کشورهای امریکای لاتین و آسیا تأمین مالی آنها را بر عهده گرفته بودند [۲۶ و ۲۷]. افزون بر این، برنامه های کنترل جمعیت که توسط ایالات متحده و دیگر کشورهای مسلط اجرا شده اند، در پی آن بوده اند تا مشارکت زنان در نیروی کار را قابل اتکاتر سازند [۱۸۵ و ۱۸۶].

یکی از محورهای امپریالیسم ایجاد بازارهای جدید برای محصولات است که در کشورهای مسلط تولید می شوند و در کشورهای جهان سوم به فروش می رسند. بارزترین

نمونه این روند، که انباشت سرمایه توسط شرکت‌های چندملیتی را افزایش می‌دهد، در صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی رخ می‌دهد [۸۸ و ۸۹]. خصلت انحصاری این صنایع و تأثیر تسخیرکننده‌ای که فناوری وارداتی بر تحقیق و توسعه محلی گذاشته، در کشورهای مختلف، منجر به حمایت از فرمول‌ها و روش‌های ملی برای ساخت دارو و تجهیزات پزشکی شده است [۱۸۷ و ۱۸۸].

امپریالیسم روابط طبقاتی بین‌المللی را تقویت می‌کند و پزشکی به این پدیده دامن می‌زند [۵۴ و ۱۸۹]. متخصصین پزشکی در جهان سوم هم، درست مثل ایالات متحده، اغلب از خانواده‌های پردرآمد هستند. حتی اگر چنین نباشد، پزشکان غالباً پزشکی را مسیر تحرک طبقاتی صعودی می‌دانند. در نتیجه، آنها در کشورهای جهان سوم تمایل دارند خود را هم‌رنگ و متحد با طبقه سرمایه‌دار، یعنی «بورژوازی ملی» بدانند و اغلب از همکاری طبقه سرمایه‌داران محلی و صاحبان منافع تجاری در کشورهای دارای سلطه اقتصادی حمایت می‌کنند. موقعیت طبقاتی متخصصین بهداشت و سلامت آنها را به مقاومت در برابر تغییرات اجتماعی‌ای سوق می‌دهد که ساختار طبقاتی فعلی را، چه در سطح ملی و چه در سطح بین‌المللی، با تهدید مواجه می‌کند. در بعضی جوامع پساانقلاب هم الگوهای مشابهی ظهور کرده است. در اتحاد جماهیر شوروی، موقعیت طبقاتی جدید متخصصین، که به دلیل تخصص نصیبشان شده، آنها را به گروهی نسبتاً محافظه‌کار در دوران تغییر اجتماعی بدل ساخته است [۲۸]. گرایش‌های نخبه‌گرایانه متخصصین در کوبای پس از انقلاب هم مورد انتقاد تحلیلگران مارکسیست قرار گرفته است [۱۹۰ و ۱۹۱]. مطالعات متعددی در کشورهای گوناگون، رابطه میان طبقه، امپریالیسم و مقاومت حرفه‌ای‌ها در برابر تغییر را بررسی کرده‌اند [۱۳۰، ۱۳۱ و ۱۹۰-۱۹۵]. امپریالیسم اغلب با تصرف نظامی مستقیم همراه بوده است؛ در دوران اخیر هم کارکنان حوزه بهداشت و سلامتی نقش‌های نظامی یا شبه‌نظامی در هندوچین و آفریقای شمالی بر عهده گرفته‌اند [۱۹۶-۱۹۸]. همچنین نهادهای بهداشت و سلامتی در امریکای لاتین و آسیا به عنوان پایگاه‌های ضدشورش و عملیات اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفته‌اند [۱۹۹].

۷-۲. مراقبت‌های بهداشتی و گذار به سوسیالیسم

تعداد کشورهایی که انقلاب‌های سوسیالیستی در آنها اتفاق افتاده اخیراً به شکل چشم‌گیری افزایش داشته است؛ به خصوص در آسیا و آفریقا و نیز در بخش‌هایی از امریکای لاتین، حوزه کارائیب و جنوب اروپا. سوسیالیسم نوش‌دارو نیست. در تمام کشورهایی که انقلاب سوسیالیستی را تجربه کرده‌اند، مشکلات زیادی به وجود آمده است. تضادهایی که پس از انقلاب در بیشتر این کشورها شکل گرفته عمیقاً مارکسیست‌ها را نگران کرده و به موضوعی جدی برای تحلیل‌ها و مناقشات تبدیل شده است.

از سوی دیگر، سوسیالیسم می‌تواند تغییرات عمده‌ای در سازمان‌های نظام سلامت، تغذیه، بهداشت، مسکن و سایر خدمات ایجاد کند. این تغییرات، از طریق زنجیره‌ای از رویدادها که گاه بسیار پیچیده است، می‌توانند پیشرفت‌های قابل توجهی در حوزه سلامت حاصل کنند. امروزه از روند مرگ‌ومیر و عوارض بیماری‌ها پس از انقلاب‌های سوسیالیستی در کشورهایی مانند چین و کوبا شناخت کافی در دست است [۱۹۰، ۱۹۱ و ۲۰۰-۲۰۷]. گذار به سوسیالیسم در تمام موارد موجب سازمان‌دهی مجدد نظام سلامت شده که لزوم توزیع بهتر امکانات و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی را نشان می‌دهد. گروه‌های سیاسی محلی در کمون^۱، محله یا محیط کار، مسئولیت آموزش بهداشت و سلامت و برنامه‌های پزشکی پیشگیرانه را بر عهده گرفته‌اند. با این حال مبارزه طبقاتی در طی گذار به سوسیالیسم ادامه دارد. برای مثال، در طی دوره کوتاه دولت سوسیالیستی شیلی، بسیاری از متخصصین در مقابل دموکراتیک شدن مؤسسات سلامتی مقاومت کردند و از طبقه سرمایه‌داری که پیش و پس از آن، حکومت کشور را در اختیار داشتند حمایت کردند [۱۳۰، ۱۳۱ و ۱۹۲-۱۹۵]. کشورهایی نظیر چین و کوبا، مالکیت خصوصی ابزار تولید را، به عنوان منشأ اصلی نابرابری طبقاتی، حذف کردند. با این حال، همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، روابط طبقاتی تازه‌ای پدید آمدند که بر پایه تفاوت در تخصص و مهارت شکل گرفته بودند. پزشکان حقوق بیشتری دریافت می‌کردند و از سطوح بالاتری از منزلت و اقتدار اجتماعی برخوردار بودند. یکی از محورهای انقلاب فرهنگی چین

1. commune

مبارزه با طبقه جدید متخصصان بود که در نظام سلامت یا در موقعیت‌های دیگر در جامعه قدرت گرفته بودند [۵۶ و ۲۰۲]. اما سایر کشورها از جمله کوبا، با این روابط طبقاتی جدید صراحتاً مقابله نکردند [۱۹۱].

پیشرفت در سلامت عمومی همچنان وابسته به سطح کلی توسعه اقتصادی است. در برخی کشورهای آفریقایی، فقر شدید مانعی اساسی در برابر تغییرات ساختاری و برنامه‌ریزی سلامت به شمار می‌آید. با این حال، کشورهایی نظیر تانزانیا و موزامبیک تلاش کرده‌اند تا برنامه‌ریزی سلامت را با توسعه اقتصادی عمومی پیوند دهند و نوآوری‌هایی در حوزه سلامت ایجاد کنند [۲۰۸-۲۱۱].

۷-۳. تناقض‌های اصلاحات سرمایه‌داری

اگرچه بسیاری از کشورها در اروپا و امریکای شمالی همچنان ویژگی‌های اصلی نظام اقتصادی سرمایه‌داری را حفظ کرده‌اند، اما اصلاحات عمده‌ای در نظام سلامت خود اعمال کرده‌اند. برخی از این اصلاحات، پیامدهای مثبتی داشته‌اند که سیاست‌گذاران آنها را به عنوان الگوهایی بالقوه برای ایالات متحده معرفی کرده‌اند. مطالعات مارکسیستی اخیر به پیشرفت‌های بسیاری اذعان دارند، اما تناقضات مشکل‌سازی را هم آشکار کرده‌اند که به نظر می‌رسد ذاتاً با اقدامات اصلاحی در درون نظام‌های سرمایه‌داری عجین شده‌اند و گریزناپذیرند. نتایج این مطالعات چندان به موفقیت اصلاحات پیشنهادی در ایالات متحده امریکا خوش‌بین نیست.

نظام ملی سلامت بریتانیای کبیر توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. با وجود دستاوردهای انکارناپذیر، مشکلات جدی نیز از همان آغاز همراه این نظام بوده‌اند. مهم‌ترین این مشکلات مسئله سلطه افراد متخصص و شرکت‌هاست که از شروع شکل‌گیری این خدمات، همچنان به قوت خود باقی مانده است. بخش بزرگی از تصمیم‌گیرندگان را متخصصان حرفه‌ای، بانکداران و مدیران اجرایی شرکت‌ها تشکیل می‌دهند که بسیاری از آنها، مستقیم یا غیرمستقیم، با صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی مناسباتی دارند [۷۵ و ۱۱۰].

تضاد خصوصی-دولتی، همان‌طور که پیش‌تر به آن پرداختیم، در بسیاری از

کشورهایی که خدمات ملی سلامت یا برنامه بیمه همگانی را برقرار کرده‌اند مناقشه برانگیز بوده است. استفاده از امکانات دولتی برای طبابت خصوصی انتقادهایی را در مورد تخصیص یارانه عمومی به بخش خصوصی در پی داشته است؛ برای مثال، در بریتانیا این نگرانی (همراه با مشکلات سازمانی عمومی‌تری که مانع از مراقبت‌های جامع می‌شود) انگیزه اصلی برای سازمان‌دهی مجدد خدمات ملی سلامت بوده است [۱۱۰]. در شیلی، تلاش برای کاهش استفاده از امکانات دولتی در طبابت خصوصی با مخالفت‌های کمرشکنی از سوی حرفه تشکل‌یافته پزشکی مواجه شد [۱۳۰، ۱۳۱ و ۱۹۴]. تازمانی که کشورها در کنار حفظ یک بخش خصوصی قدرتمند، به ایجاد خدمات ملی سلامت اقدام کنند، تناقض بخش خصوصی-عمومی همچنان منشأ تعارض خواهد بود و پیشرفت را محدود خواهد ساخت.

محدودیت دخالت دولت در نمونه‌های کبک و سوئد روشن‌تر شده است. هر دوی آنها تلاش کرده‌اند ضمن حفظ طبابت خصوصی و معاملات شرکت‌ها در صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی، برنامه‌های فراگیری را برای بیمه سلامت پایه‌گذاری کنند. مطالعات اخیر محدودیت‌های اجتناب‌ناپذیر چنین اصلاحاتی را نشان داده‌اند. توزیع نامناسب امکانات و پرسنل به قوت خود باقی است و همزمان هزینه‌ها همچنان بالا است. دستاوردهای اصلاحات کبک و سوئد نمی‌تواند پا فراتر از مسئولیت دولت برای محافظت از کسب‌کارهای خصوصی بگذارد [۱۳۶ و ۲۱۲]. این مشاهدات باعث شده اندیشه اصلاحات در حوزه سلامت در ایالات متحده که مبتنی بر سازوکارهای بازار خصوصی است و ساختارهای فراتر از نظام سلامت را به چالش نمی‌کشد در هاله‌ای از شک و تردید قرار بگیرد [۶۴ و ۲۱۳].

۸. اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی

اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی زمینه روبه‌رشدی در مطالعات مارکسیستی درباره مراقبت‌های بهداشتی است. ریشه‌های تاریخی آن به تحقیقات کلاسیک انگلس [۱]، ویرشو [۳ و ۴] و دانشکده پزشکی اجتماعی در اروپای قرن نوزدهم برمی‌گردد. به بیان ساده، اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی ارتباط الگوهای مرگ و بیماری را با

ساختارهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی جامعه روشن می‌کند [۲۱۴-۲۱۶]. تأکید این عرصه بر تغییر الگوهای بیماری و شرایط مادی خاصی است که زندگی و کار مردم را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این مطالعات می‌کوشند از سطح تحلیل فردی فراتر روند تا بفهمند که چطور نیروهای اجتماعی تاریخی، حداقل تا حدودی، در تعیین سلامت و بیماری نقش دارند.

۸-۱. طبقه اجتماعی و چرخه‌های اقتصادی

شواهد بسیاری حاکی از این است که بروز و شیوع بیماری‌های روانی ارتباط تنگاتنگی با دوره‌های رشد یا رکود اقتصادی دارند، روابطی که پیچیده و بر حسب طبقه اجتماعی، متفاوت هستند [۲۱۷]. مطالعات اخیر به این نکته هم پرداخته‌اند که چرخه‌های اقتصادی، به خصوص چرخه‌هایی که رونق یا رکود مشاغل را به همراه دارند، با روند کلی مرگ‌ومیر و عوارض بیماری در بین طبقات اجتماعی و گروه‌های سنی مختلف پیوند خورده‌اند [۲۱۸ و ۲۱۹].

۸-۲. استرس و سازمان اجتماعی

پیش‌تر توجه به موضوع استرس بر چرخه زندگی فردی یا واحد خانواده متمرکز بود. اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی با عبور از این سطح، به تحلیل شکل‌های استرس‌زای تشکیلات اجتماعی که با تولید سرمایه‌داری و صنعتی شدن ارتباط دارند می‌پردازد [۲۲۰]. برای نمونه، نرخ فشار خون بالا به‌طور مداوم با فروپاشی جوامع پایدار و سازمان‌دهی کاری که به شکلی سلسله‌مراتبی و تحت فشار زمانی کنترل می‌شود، افزایش یافته است. این الگو نه تنها در کشورهایی که مسیر توسعه سرمایه‌داری را طی کرده‌اند، بلکه در کشورهای سوسیالیستی که به سرعت صنعتی شده‌اند نیز مشاهده شده است [۲۲۱ و ۲۲۲]. مطالعات مشابهی هم امروزه در زمینه‌های بیماری عروق قلب [۲۲۳ و ۲۲۴]، سرطان [۲۲۵]، خودکشی [۲۲۶] و اضطراب [۲۲۷] در حال انجام است.

۸-۳. کار و سود

تأکید مطالعات مارکسیستی در زمینه سلامت شغلی بر تضاد بین سودآوری و بهبود

شرایط سلامتی در صنایع سرمایه‌داری است [۱۸۴ و ۲۲۸]. بعضی پژوهش‌ها با اشاره به ذات بیماری‌هایی مانند آزیستوز^۱ و مزوتلیوما^۲ [۸۳]، عوارض ونیل کلراید^۳ [۱۲۳]، سوءمصرف مواد مخدر [۲۲۹ و ۲۳۰] و سوانح [۲۳۱]، شرایط بیماری‌زای محل کار و سیستم سود را روشن کرده‌اند. از سوی دیگر، بررسی‌ها از عملکرد سلامت شغلی در کشورهای سوسیالیستی نشان داده‌اند که وقتی سود خصوصی به‌عنوان مانعی برای تغییر حذف می‌شود، بهبودهای سریع در شرایط کاری ممکن می‌گردد [۱۷۶ و ۲۳۲].

۴-۸. تبعیض جنسی

مطالعه در این حوزه بر ارتباط متقابل جنس، ساختار طبقاتی و فرایند کار متمرکز است. تجربه‌های کاری متفاوت زنان و مردان با نرخ مرگ‌ومیر و امیدبه‌زندگی آنها ارتباط دارد [۲۳۳ و ۲۳۴]. ملاحظات تاریخی حاکی از آن است که استفاده زنان از امکانات بهداشتی و رویکرد پزشکان به مشکلات سلامتی زنان، تا حد زیادی، به موقعیت طبقاتی زنان بستگی دارد [۱۶۱]. این نتیجه‌گیری به‌ویژه از تاریخچه جنبش پیشگیری از بارداری [۲۳۵]، تشخیص‌های روانپزشکی [۲۳۶] و جراحی‌های زنان و زایمان [۲۳۷] نمایان است. خطرات و مشکلات خاص سلامتی که زنان، در مقام زنان خانه‌دار [۲۳۸] و کارگران حقوق‌بگیر [۲۳۹ و ۲۴۰] با آن روبه‌رو هستند اکنون توجه بیشتری به خود جلب کرده است.

موضوع واحدی که در تحقیقات در این زمینه مورد توجه قرار گرفته محدودیت‌های پزشکی مدرن است [۱۵]. اپیدمیولوژی سنتی برای مرگ‌ومیر و عوارض بیماری به‌دنبال عللی می‌گردد که مداخله پزشکی بر آن اثرگذار است؛ اما اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی علی‌رغم تصدیق اهمیت تکنیک‌های قدیمی، عللی برای بیماری و مرگ یافته که ریشه در ساختارهای فراگیر اجتماعی دارند و مراقبت‌های بهداشتی به‌تنهایی نمی‌تواند از پششان برآید.

1. asbestos

2. mesothelioma

3. vinyl chloride

۹. پراکسیس سلامت

مطالعات مارکسیستی یک پیام اساسی دیگر را هم به ما می‌رساند: پژوهش کافی نیست. «پراکسیس» همان طور که در طول تاریخ تحقیق مارکسیستی مطرح شده، به معنای پیوند منضبط اندیشه و عمل، مطالعه و کنش است [۱۲۹]. از این رو، اندیشیدن به راهبردهای سیاسی، به ویژه در ارتباط با نظام سلامت ایالات متحده، ضرورتی اساسی دارد.

۹-۱. تضادهای ترمیم موقتی^{۴۹}

کارکنان حوزه سلامت که دغدغه تغییرات اجتماعی متری دارند، در کار روزمره خود با معضلات دشواری روبه‌رو هستند. مشکلات مراجعه‌کنندگان اغلب ریشه در نظام اجتماعی دارد؛ مثال‌ها در این زمینه فراوان است: معتادان به مواد مخدر و الکل که بی‌حسی راه درد بیکاری و مسکن نامناسب ترجیح می‌دهند؛ افراد مبتلا به بیماری‌های شغلی که نیاز به درمان دارند، اما پس از بازگشت به شرایط کاری بیماری‌زا، حالشان بدتر می‌شود؛ افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی مرتبط با استرس؛ افراد مسن یا ناتوان که لازم است گواهی پزشکی دوره‌ای بگیرند تا بتوانند از مزایای رفاهی‌ای که حتی کافی هم نیست بهره‌مند شوند؛ زندانیانی که به علت شرایط زندان دچار بیماری می‌شوند [۶۴ و ۲۴۱]. کارکنان حوزه سلامت اغلب خود را موظف می‌دانند به نیازهای این مراجعین و بسیاری افراد مشابه آنها پاسخ دهند.

اما در جریان این پاسخ‌گویی، آن‌ها ناخواسته درگیر نوعی «ترمیم موقتی» می‌شوند. در سطح فردی، این ترمیم‌های موقتی به مراجعان اجازه می‌دهد همچنان در ساختار اجتماعی‌ای ادامه حیات دهند که خود مسبب رنج‌ها و بیماری‌های آنان است. در سطح کلان، حاصل انباشت این اقدامات، چیزی جز تداوم ساختارهای اجتماعی‌ای نیست که با الگوهای ستمگرانه‌شان، پیوسته بیماری و نارضایتی فردی تولید می‌کنند. مدل پزشکی حاکم که کارکنان سلامت را برای رسیدگی به بیماران به مثابه موارد منفرد آموزش می‌دهد، توجه را از این تناقض بنیادی، و در عین حال هولناک، منحرف می‌سازد [۶۴].

این تناقض‌های ذاتی ترمیم موقتی راه‌حل ساده‌ای ندارند. بدیهی است که نمی‌توان

ارائه خدمات به مراجعان را متوقف کرد، حتی زمانی که این خدمات، در عمل، موجب بازتولید موقعیت آنها در ساختارهای آسیب‌زا می‌شود. اما در مقابل، باید پیوند میان مسائل اجتماعی و رنج‌های فردی را با دقت و وضوح ترسیم کرد [۲۴۲]. کنش‌ورزی در حوزه سلامت باید مداخلات بالینی را با تلاش‌هایی همراه سازد که مستقیماً معطوف به دگرگونی‌های بنیادی سیاسی و اجتماعی‌اند. تحلیل مارکسیستی توانسته است مسیرهایی ثمربخش برای این راهبرد سیاسی ترسیم کند.

۹-۲. اصلاح‌طلبی در مقابل اصلاح‌گری تحول‌خواه

در شرایطی که نظم‌های اجتماعی ستمگرانه پابرجاست، اصلاحات برای بهبود این وضعیت، معقول و ضروری به نظر می‌رسد. با این حال، تاریخ اصلاحات در کشورهای سرمایه‌داری نشان داده که چنین تغییراتی اغلب در واکنش به اعتراضات اجتماعی پدید می‌آیند، بهبودهایی تدریجی و محدود به بار می‌آورند، و با فروکش کردن اعتراض‌ها، به سادگی عقب‌نشینی می‌کنند. از این‌رو، کنش‌ورزی سلامت باید با دقت به مطالعه انواع پیشنهادها، اصلاحی بپردازد و از اصلاحاتی حمایت کند که پیامدهای متری به دنبال دارند. تمایزی که گورز^۱ [۲۴۳] قائل بود این مسئله را روشن می‌کند. «اصلاحات اصلاح‌طلبانه»^۲ با ساختارهای سیاسی و اقتصادی فعلی کاری ندارد و امکان پیشرفت‌های مادی اندکی را فراهم می‌سازد. این اصلاحات ممکن است بتوانند برای مدت کوتاهی نارضایتی‌ها را کاهش دهند، اما به حفظ شکل کنونی سیستم کمک می‌کنند: «اصلاحات اصلاح‌طلبانه اهداف و خواسته‌هایی را که با حفظ نظام سرمایه‌داری داشته باشند نمی‌پذیرد، حتی اگر بخواهند به نیازهایی بنیادینی پاسخ دهند». «اصلاحات تحول‌خواهانه» تغییرات راستین و پایدار در ساختارهای قدرت و پول در نظام کنونی را پدید می‌آورند. این دسته از اصلاحات به جای آنکه با بهبودهای تدریجی، سرچشمه‌های بهره‌کشی را پنهان کنند، به برملا ساختن و برجسته کردن نابرابری‌های ساختاری می‌پردازند. اصلاحات تحول‌خواهانه معمولاً به افزایش نارضایتی

1. Gorz

2. Reformist reforms

و تنش‌های سیاسی در جامعه منجر می‌شوند؛ آن‌ها در پی آرام‌سازی و مهار انرژی‌های سیاسی نیستند، بلکه زمینه را برای تقویت آنها فراهم می‌کنند. همان‌طور که گرز [۲۴۳] می‌گوید: «ما نباید اصلاحات میانجی را رد کنیم...، اما به این شرط اکید که باید آنها را وسیله بدانیم و نه هدف؛ باید آنها را مرحله‌ی پویا در یک مبارزه پیش‌رونده در نظر بگیریم، نه اینکه در آنها متوقف شویم». از این منظر، کارکنان حوزه سلامت می‌توانند برای تشخیص اینکه از میان پیشنهادهاى فعلی برای اصلاحات، کدام اصلاح‌طلبانه و کدام تحول‌خواه است تلاش کنند. آنان همچنین می‌توانند نقش فعالی در دفاع از اصلاحات تحول‌خواهانه و نقد و مخالفت با اصلاحات اصلاح‌طلبانه ایفا کنند. این تمایز همواره به سادگی قابل تشخیص نیست، اما پژوهش‌هایی دقیق به بررسی آن در مورد طرح‌های مشخص پرداخته‌اند [۶۴، ۸۳، ۱۰۷، ۲۱۳ و ۲۴۴].

اصلاحات اصلاح‌طلبانه هرگز تغییر بنیادینی در ساختار کلی نظام سلامت ایجاد نخواهند کرد؛ برای مثال، بیمه ملی سلامت بیش از آنکه تشکیلات نظام سلامت را تغییر دهد، در تأمین مالی تغییرات ایجاد می‌کند. این اصلاحات ممکن است بحران مالی برخی بیماران را کم کند، چون ضمانتی است برای پرداخت [به موقع] به متخصصین و بیمارستان‌ها؛ اما از سوی دیگر، بیمه ملی سلامت برای کنترل سود صنایع پزشکی یا برای حل مشکلات مربوط به توزیع نامناسب امکانات و کارکنان بخش سلامت تلاش چندانی نخواهد کرد. رویکرد تدریجی و وابستگی این طرح به فرایندهای بازار خصوصی حافظ منافع همان فعالان اقتصادی و متخصصانی است که هم‌اکنون نظام سلامت را تحت سلطه خود دارند [۶۴، ۸۳ و ۲۱۳].

از نمونه‌های دیگر اصلاحات اصلاح‌طلبانه می‌توان به این موارد اشاره کرد: سازمان‌های مراقبت سلامت، گروه‌های درمانی پیش‌پرداخت شده، بنیادهای پزشکی و سازمان‌های بازرگری استانداردهای حرفه‌ای^۱ [۶۴ و ۲۱۳]. به استثنای موارد نادری که مثل تعاونی مصرف‌کنندگان به خوبی سازمان‌دهی شده‌اند، این نوآوری‌ها سلطه متخصصان را در حوزه مراقبت‌های بهداشتی حفظ می‌کند [۲۴۵]. انگیزه اندکی برای بهبود الگوهای ناعادلانه موجود در توزیع خدمات وجود داشته است. علاوه بر این،

1. professional standards review organizations

شرکت های خصوصی بزرگ به سرعت وارد این عرصه شده اند و از سازمان های مراقبت سلامت که برایشان سودآورند و از بازاریابی تکنولوژی هایی که به بررسی دقیق [بیماری ها] کمک می کنند، حمایت مالی می کنند [۸۱].

تا همین اواخر، در ایالات متحده حمایت چندانی از خدمات ملی سلامت وجود نداشت. با این حال، چند سالی است که تحلیلگران مارکسیست برای تهیه پیش نویس طرح پیشنهادی اولیه برای ایجاد خدمات ملی سلامت با اعضای کنگره کار می کنند [۱۵۲]. این طرح های پیشنهادی، در صورت تصویب، از چند جهت مترقی خواهد بود. آنها وعده داده اند که محدودیت های سخت گیرانه ای در سودآوری خصوصی در بخش سلامت^۱ اعمال کنند. اغلب مؤسسات بزرگ حوزه سلامت به تدریج تحت مالکیت دولت قرار خواهند گرفت. برنامه ریزی متمرکز سلامت با کمک های فکری شورای محلی در زمینه سیاست گذاری ترکیب می شود تا مسئولیت پذیری و پاسخگویی را تقویت کند و سلطه متخصصان را محدود سازد. تأمین مالی برنامه از طریق مالیات تصاعدی صراحتاً به نفع بیماران کم درآمد طراحی شده است. دوره های اجباری طبابت در مناطق محروم مشکل توزیع نامناسب [نیروی انسانی] را می تواند برطرف کند و توسعه نهایی فرمول ها و روش های ملی برای ساخت دارو و تجهیزات پزشکی نویدبخش کاهش سرمایه انحصاری در بخش سلامت است.

با اینکه آینده این طرح ها روشن نیست، حمایت از آنها در حال افزایش است؛ برای نمونه، «شورای عالی انجمن سلامت عمومی امریکا» تاکنون دو قطعنامه در حمایت از مفهوم خدمات سلامت ملی - مبتنی بر اجتماع و تأمین مالی شده از طریق مالیات های تصاعدی - تصویب کرده است [۲۴۶ و ۲۴۷]. این اصلاحات حاوی تضادهایی است که ممکن است باعث سرخوردگی و فشار برای تغییر شود. به خصوص، این طرح ها امکان ادامه طبابت خصوصی و در نتیجه تداوم نابرابری های مربوط به دوگانه دولتی - خصوصی را فراهم می کند. با این حال، به این دلیل که خدمات ملی سلامت مدلی از یک سیستم سازمان یافته پاسخگو را فراهم می کند، به نظر می رسد که دفاع از این اصلاحات بخش مهمی از پراکسیس سلامت باشد [۲۰۷].

۹-۳. مراقبت‌های بهداشتی و مبارزهٔ سیاسی

به هر حال، تغییر بنیادین اجتماعی نه از راه تصویب قوانین بلکه از مسیر کنش مستقیم سیاسی به دست می‌آید. امروزه ائتلافی از دستیاران پزشکی و کارکنان حوزهٔ سلامت و بهداشت در تلاش هستند تا نهادهای حاکم بر مؤسسات بهداشتی تأثیرگذار را تحت کنترل خود درآورند [۱۱۱ و ۱۱۷-۱۲۰]. با تأسیس تشکلهای صنفی و سازمان‌دهی گروه‌های اقلیت در مؤسسات بهداشتی، اعمال فشار برای اصلاح الگوهای سلسله‌مراتبی پیشین بیشتر شده است [۲۴۸-۲۵۲].

به دست آوردن کنترل دولت از طریق یک حزب انقلابی همچنان مسئلهٔ راهبردی اصلی برای فعالینی است که برای دستیابی به سوسیالیسم مبارزه می‌کنند [۱۲۴]. هم‌اکنون احزاب مختلفی در سراسر ایالات متحده در حال شکل‌گیری‌اند. طرفداران یکی از «احزاب پیشتاز» بر این باورند که در طول تاریخ، همهٔ انقلاب‌های موفق به واسطهٔ تلاش‌های گروه کوچکی از پیشگامان رخ داده‌اند که دارای ایدئولوژی منسجم بوده‌اند و در دوره‌های بحرانی سیاسی و اقتصادی موفق شده‌اند حمایت توده‌ای را جلب کنند. فعالانی که رویکرد پیشتاز را دنبال می‌کنند، اغلب در موقعیت‌های کاری سطوح پایین در نظام سلامت مشغول به کار می‌شوند، در جریان فعالیت‌های اتحادیه‌ای عضو جذب می‌کنند و با کاهش مشاغل و خدمات سلامت مخالفت می‌ورزند. طرفداران یکی از «احزاب توده» استدلال می‌کنند که سازمان‌دهی توده‌ای به جای اینکه دنباله‌رو گسترش یک ایدئولوژی منسجم باشد، باید جلوتر از آن حرکت و اقدام کند؛ بنابراین، انرژی‌های سیاسی باید به سمت تشکیل اتحادیهایی برود که طیفی از عقاید ضد سرمایه‌داری را در بر بگیرد. سازمان‌دهندگان حزب توده، برای تحقق کنترل مشترک جامعه و کارگران بر برنامه‌های سلامت محلی، ارتقای سلامت شغلی و ایمنی محیط کار، عدالت جنسیتی در سلامت، افزایش جذب گروه‌های اقلیت در آموزش پزشکی، و حمایت از کارزارهای انتخاباتی برای بهبود خدمات سلامت تلاش می‌کنند [۲۵۴].

شناخت تأثیر ایدئولوژی پزشکی انگیزه‌ای شده است برای تلاش در جهت افشای الگوهای ایدئولوژیک کنونی و تدارک جایگزین‌هایی برای آن. این فعالیت‌های «ضدهژمونیک» اغلب شامل مقاومت در برابر کارکردهای اجتماعی کنترل‌گر پزشکی در

زمینه‌هایی مانند اعتیاد به مواد مخدر، غربالگری ژنتیکی، سوءاستفاده از عقیم‌سازی و پیشگیری از بارداری، جراحی مغز برای درمان اختلالات روانی و مراقبت‌های بهداشتی زنان است. شبکه‌ای شامل برنامه‌های سلامت جایگزین شکل گرفته است که تلاش می‌کند خودمراقبتی و شکل‌هایی از طبابت ضد سرمایه‌داری و غیرسلسله‌مراتبی را توسعه دهد. این تفکرات جسورانه زمانی که تغییرات سیاسی در آینده اجازه پذیرش گسترده‌تر آنها را بدهد، مدل‌های مترقی کار در حوزه سلامت را فراهم خواهند کرد [۲۵۹-۲۵۵].

در سازمان‌دهی ضدامپریالیستی، چندین گروه به کارکنان حوزه سلامت که تحت آزار و اذیت بودند کمک کرده‌اند و علیه همدستی پزشکی در شکنجه افشاگری کرده‌اند [۱۳۰، ۱۳۱ و ۲۶۰]. همچنین پزشکان و دانشمندان از اپیدمیولوژی ماتریالیستی تاریخی در طرح‌های سلامت شغلی و مبارزات صنفی استفاده کرده‌اند.

یک انتقاد رایج به دیدگاه مارکسیستی آن است که مسائلی فراوان را شناسایی می‌کند، بی آنکه راه‌حلهایی روشن ارائه دهد. اما پیشرفت‌های اخیر در این حوزه، شماری از جهت‌گیری‌های راهبردی مفید را روشن ساخته‌اند. این مبارزه فرایندی طولانی خواهد بود و مستلزم کنش در جبهه‌های گوناگون است. شرایط کنونی جایی برای رضایت‌مندی منفعلانه یا خوش‌بینی ساده‌انگارانه باقی نمی‌گذارد. آینده نظام سلامت ما - و نظم اجتماعی‌ای که در آن ریشه دارد - تا حد زیادی به نوع کنش‌ورزی ما در امروز وابسته است.

منابع

1. Engels F: The Condition of the Working Class in England in 1844. Stanford, Stanford University Press, 1968 (1845)
2. Marx K, Engels F: The Communist Manifesto. New York, International, 1948(1848)
3. Virchow R: Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der oeffentli-chen Medizin und der Seuchenlehre, Vol. 1. Berlin, Hirschwald, 1879, pp. 305, 321-334
4. Virchow R: Uber den Hungertyphus und einige verwandte Krank-heitsformen. Berlin, Hirschwald, 1868
5. Berliner H: Notes on the historical precursors of materialist epidemiology. Health Movement Organization 1:5-7, 1976
6. Ackerknecht EH: Rudolf Virchow. Madison, University of Wisconsin Press, 1953, pp. 159-181
7. Rosen G: From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care. New York, Science History Publications, 1974
8. Virchow R: Briefe an seine Eltern. Leipzig, Engelmann, 1906, pp. 121-164
9. Dubos R: The Mirage of Health. New York, Anchor, 1959
10. Kass EH: Infectious disease and social change. J Infect Dis 123:110-114. 1971.
11. Mckeown T: An historical appraisal of the medical task, in Medical History and Medical Care, edited by Mckeown T, Mclachlan G. New York, Oxford University Press, 1971
12. Mckeown T: The Modern Rise of Population. New York, Academic Press, 1977
13. Cochrane AL: Efficiency and Effectiveness: Random Reflections on Health Services. London, Nuffield Hospitals Trust, 1972
14. Illich I: Medical Nemesis. New York, Pantheon, 1976
15. Powles J: On the limitations of modern medicine. Sci Med Man 1:1-30. 1973.
16. Haggerty RJ: The boundaries of health care. Pharos 35:106-111, 1972
17. Carlson R: The End of Medicine. New York, Wiley, 1975
18. Flexner A: Medical Education in the United States and Canada. New York, Car-negie Foundation, 1910

19. Brown ER: *Rockefeller Medicine Men: Medicine and Capitalism in the Progressive Era*. Berkeley, University of California Press, 1979, in press
20. Berliner H: A larger perspective on the Flexner Report. *Int J Health Serv* 5:573-592, 1975
21. Kunitz SJ: Professionalism and social control in the progressive era: the case of the Flexner Report. *Soc Problems* 22:16-27, 1974
22. Ehrenreich B, English D: *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers*. Old Westbury, New York, Feminist Press, 1973
23. Kleinbach (Ziem) G: Social structure and the education of health personnel. *Int J Health Serv* 4:297-317, 1974
24. Ziem G: Medical education since Flexner. *Health/PAC Bull* 76:8-14-23. 1977.
25. Nielsen WA: *The Big Foundations*. New York, Columbia University Press, 1972
26. Brown ER: Public health in imperialism: early Rockefeller programs at home and abroad. *Am J Public Health* 66:897-903, 1976
27. Donaldson PJ: Foreign intervention in medical education. *Int J Health Serv* 6:251-270, 1976
28. Navarro V: *Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique*. Lexington, Massachusetts, Heath, 1977
29. Allende S: *La Realidad Medico-Social Chilena*. Santiago, Ministerio de Salubridad, Prevision y Asistencia Social, 1939
30. Bethune N: A plea for early decompression in pulmonary tuberculosis. *Can Med Assoc* 727:36-42, 1932
31. Bethune N: Wounds, in «*Away with All Pests ...*»: *An English Surgeon in People's China*, edited by Horn JS. New York, Monthly Review Press, 1969
32. Allan T, Gordon S: *The Scalpel, The Sword: The Story of Doctor Norman Bethune*. New York, Monthly Review Press, 1974
33. Guevara E: On revolutionary medicine, in *Venceremos*, edited by Gerassi J. New York, Simon & Schuster, 1969
34. Harper G: Ernesto Guevara, M.D.: physician—revolutionary physician—revolutionary. *N Engl J Med* 281:1285-1289, 1969
35. Ginzberg E: The political economy of health. *Bull NY Acad Med* 41:1015-1036, 1965
36. Rossdale M: Health in a sick society. *New Left Rev* 34:82-90, Nov-Dec 1965
37. Polack JC: *La Medecine du Capital*. Paris, Maspero, 1970
38. Kelman S: Towards a political economy of health care. *Inquiry* 8: 30-38. 1971
39. Marx K: *A Contribution to the Critique of Political Economy*. New York, Inter-

national, 1971 (1859)

40. Marx K: The Economic and Philosophic Manuscripts of 1844. New York, International, 1964

41. Marx K: Capital, Vol. 1, Moscow, Progress Publishers, 1963 (1890)

42. Weber M: Class, status, party, in Max Weber: Essays in Sociology, edited by Gerth HH, Mills CW. New York, Galaxy, 1958

43. Berle A A: Power Without Property. New York, Harcourt, Brace, Jovanovich, 1962

44. Galbraith JK: The New Industrial State. Boston, Houghton Mifflin, 1972

45. Bell D: The Coming of Postindustrial Society. New York, Basic Books, 1973

46. Bendix R, Lipset SM (eds.): Class, Status and Power. New York, Free Press, 1966

47. Lipset SM, Bendix R: Social Mobility in Industrial Society. Berkeley, University of California Press, 1964

48. Dahrendorf R: Class and Class Conflict in Industrial Society. Stanford, Stanford University Press, 1959

49. Jencks C: Inequality. New York, Harper, 1972

50. Miller SM, ROBY P: The Future of Inequality. New York, Basic Books, 1970

51. Rawls J: A Theory of Justice. Cambridge, Harvard University Press, 1971

52. Anderson CH: The Political Economy of Social Class. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1974

53. Poulantzas N: Political Power and Social Classes. London, New Left Books, 1973

54. Poulantzas N: Classes in Contemporary Capitalism. London, New Left Books, 1975

55. Bettelheim C: Class Struggles in the USSR. New York, Monthly Review Press, 1976

56. Ehrenreich J: The dictatorship of the proletariat in China. Monthly Rev 27:16-28, Oct 1975

57. Hill J: Class Analysis: United States in the 1970's. Emeryville, California, League for Proletarian Socialism, 1975

58. Giddens A: The Class Structure of the Advanced Societies. New York, Barnes and Noble, 1973

59. Miliband R: The State in Capitalist Society. New York, Basic Books, 1969

60. Navarro V: Social policy issues: an explanation of the composition, nature, and functions of the present health sector of the United States. Bull NY Acad Med

51:199-234, 1975

61. Navarro V: The underdevelopment of health in working America. *Am J Public Health* 66:538-547, 1976

62. Navarro V: *Medicine Under Capitalism*. New York, Prodist, 1976

63. U.S. Department Of Commerce: *Statistical Abstracts of the United States*, 1976.

Washington, D.C., Government Printing Office, 1976, p. 377

64. Waitzkin H, Waterman B: *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1974

65. Bullough B: Barriers to the nurse practitioner movement. *Int J Health Serv* 5:225-233, 1975

66. Cannings K, Lazonick W: The development of the nursing labor force in the United States. *Int J Health Serv* 5:185-216, 1975

67. Ehrenreich B, Ehrenreich J: Hospital workers: a case study of the new working class. *Monthly Rev* 24:12-27, Jan 1973

68. Twaddle AC, Stoeckle JD: Non-physician health workers: some problems and prospects. *SocSciMed* 8:71-76, 1974

69. Twaddle AC, Hessler RM: *A Sociology of Health*. St. Louis, Mos-by, 1977, pp. 202-216

70. Br A Verm AN H: *Labor and Monopoly Capital*. New York, Monthly Review Press, 1974, pp. 293-449

71. Stevenson G: Social relations of production and consumption in the human service occupations. *Monthly Rev* 28:78-87, Jul-Aug 1976

72. Brown CA: The division of laborers: allied health professions. *Int J Health Serv* 3:435-444, 1973

73. Mckinlay JB: The changing political and economic context of the patient-physician encounter, in *The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene*, edited by Gallagher EB. Dhew Publication No. [NIH] 78-183. Washington, D.C., Government Printing Office, 1978

74. Simpson MA: *Medical Education: A Critical Approach*. London, But-terworths, 1972

75. Robson J: The NHS Company, Inc.? the social consequences of the professional dominance in the National Health Service. *Int J Health Serv* 3:413-426, 1973

76. Bar AN PA, Sweezy PM: *Monopoly Capital*. New York, Monthly Review Press, 1966

77. Edwards RC, Reich M, Weisskopf TE (EDS): *The Capitalist System*. Engle-

- wood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1978
78. Hunt EK, Sherman HJ: Economics: An Introduction to Traditional and Radical Views. New York, Harper & Row, 1975
79. Bodenheimer T: Health care in the United States: who pays? Int J Health Serv 3:427-434, 1973
80. Lander L: National Health Insurance. New York, Health Policy Advisory Center, 1975
81. Salmon JW: Health maintenance organization strategy: a corporate takeover of health services. Int J Health Serv 5:609-624, 1975
82. Ehrenreich B, Ehrenreich J (eds.): The American Health Empire. New York, Vintage, 1970
83. Kotelchuck D (ed.): Prognosis Negative. New York, Vintage, 1976
84. Concerned Rush Students: Turning prescriptions into profits. Sci for the People 8:6-9, 30-32, Nov-Dec 1976; 9:6-9, 30-32, Jan-Feb 1977
85. Karner W: Zur Strategie der pharmazeutischen Industrie. Fortschr Wissenschaft (Vienna) 3/4:8-30, 1976
86. Silverman M, Lee RP: Pills, Profits, and Politics. Berkeley, University of California Press, 1974
87. Lichtman R: The political economy of medical care, in The Social Organization of Health, edited by Dreitzel HP. New York, Macmillan, 1971
88. Silverman M: The Drugging of the Americas. Berkeley, University of California Press, 1976
89. Lall S: Medicines and multinationals. Monthly Rev 28:19-30, Mar 1977
90. Waitzkin H: How capitalism cares for our coronaries, in The Doctor-Patient Relationship in the Changing Health Scene, edited by GalLagher EB. Dhew Publication No. [NIH] 78-183. Washington D.C., Government Printing Office, 1978
91. Millman M: The Unkindest Cut: Life in the Backrooms of Medicine. New York, Morrow, 1977
92. Mather HG, MORPatient Relationship in the Changing Health Scene, edited by GalLagher EB. Dhew Publication No. [NIH] 78-183. Washington D.C., Government Printing Office, 1978gan DC, Pearson NG, Read KLQ, Shaw DB, Steed GR, Thorne MG, Lawrence CJ, RILEY IS: Myocardial infarction: a comparison between home and hospital care for patients. Br Med J 1:925-929, 1976
93. Rodberg L, Stevenson G: The health care industry in advanced capitalism. Rev Radical Polit Econ 8:104-115, Spring 1977
94. Bloom BS, Peterson OL: End results, cost and productivity of coronary-care

units. N Engl J Med 288:72-78, 1973

95. Martin SP, Donaldson MC, London CD, Peterson OL, Colton T: Inputs into coronary care during 30 years: a cost-effectiveness study. Ann Intern Med 81:289-293, 1974

96. Stross JK, Willis PW III, Reynolds EW, Lewis RE, Schatz IJ, Bellfy LC, Copp J: Effectiveness of coronary care units in small community hospitals. Ann Intern Med 85:709-713, 1976

97. Cullen DJ, Ferrara LC, Briggs BA, Walker PF, GILBERT J: Survival, hospitalization charges and follow-up results in critically ill patients. N Engl J Med 294:982-987, 1976

98. Olsen DM, Kane RL, Proctor PH: A controlled trial of multiphasic screening. N Engl J Med 294:925-930, 1976

99. Mcnei L BJ, Keeler E, Adelstein SJ: Primer on certain elements of medical decision making. N Engl J Med 293: 211-215, 1975

100. Schoenbaum SC, Mcneil BJ, Kavet J: The swine-influenza decision. N Engl J Med 295:759-765, 1976

101. Marx K: The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte. New York, International, 1963 (1852)

102. Marx K: Critique of the Gotha Programme. New York, International, 1966(1875)

103. Mills CW The Power Elite. New York, Galaxy, 1959

104. Domhoff GW: The Higher Circles. New York, Vintage, 1970

105. San Francisco Bay Area Kapitalistate Collective: Watergate, or the Eighteenth Brumaire of Richard Nixon. Kapitalistate 3:3-24, Spring 1975

106. Alford RR: The political economy of health care: dynamics without change. Politics Soc 2:127-164, 1972

107. Alford RR: Health Care Politics. Chicago, University of Chicago Press, 1975

108. Marmort: The Politics of Medicare. Chicago, Aldine, 1973

109. Willcocks J: The Creation of the National Health Service: A Study of Pressure Groups and a Major Social Policy Decision. London, Routledge & Kegan Paul, 1967

110. Gil L DG: The reorganization of the national health service. Sociol Rev (Monogr) 22:9-22, 1976

111. Mullan F: White Coat, Clenched Fist. New York, Macmillan, 1976

112. Pfeffer J: Size, composition, and functions of hospital boards of directors: a

- study of organization-environment linkage. *Admin Sci Q* 18:349-364, 1973
113. Krause E: Health planning as a managerial ideology. *Int J Health Serv* 3:445-463, 1973
114. Krause E: The political context of health service regulation. *Int J Health Serv* 5:593-607, 1975
115. Krause E: *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care*. New York, Elsevier, 1977
116. Komaroff AL: Regional medical programs in search of a mission. *N Engl J Med* 284:758-764, 1971
117. Waitzkin H: Expansion of medical institutions into urban residential areas. *N Engl J Med* 282:1003-1007, 1970
118. Waitzkin H, Sharratt J: Controlling medical expansion. *Society* 14:30-35, Jan-Feb 1977
119. Waitzkin H: What to do when your local medical center tries to tear down your home. *Sci for the People* 9:22-23, 28-39, Mar-Apr 1977
120. Waitzkin H, Wallen J, Sharratt J: Homes or hospitals? a current urban dilemma. *Int J Health Serv*, 1979, in press.
121. Bazell R: Behind the cancer campaign. *Ramparts* 10:29-34, Dec 1971
122. Greenberg DS: «Progress» in cancer research—don't say it isn't so. *N Engl J Med* 292:707-708, 1975
123. Wegman DH, Peters JM, Jaeger RJ, Burgess WA, Boden LI: Vinyl chloride: can the worker be protected? *N Engl J Med* 294:653-657. 1979
124. Lenin VI: *The State and Revolution*. Peking, Foreign Languages Press, 1973 (1917)
125. Offe C: Advanced capitalism and the welfare state. *Politics Soc* 2:479-488. 1972
126. Offe C: The theory of the capitalist state and the problem of policy formation, in *Stress and Contradiction in Modern Capitalism*, edited by Lindberg LN, Alford R, Crouch C, Offe C. Lexington, Massachusetts, Lexington Books, 1975
127. O'Connor J: *The Fiscal Crisis of the State*. New York, St. Martin's, 1973
128. Althusser L: *Lenin and Philosophy and Other Essays*. New York, Monthly Review Press, 1971
129. Gramsci A: *Selections from the Prison Notebooks*. New York, International, 1971
130. Waitzkin H, Modell H: Medicine, socialism, and totalitarianism: lessons from Chile. *N Engl J Med* 291:171-177, 1974

131. Modell H, Waitzkin H: Medicine and socialism in Chile. Berkeley J Sociol 19:1-35, 1974
132. Law S: Blue Cross: What Went Wrong. New Haven, Yale University Press, 1976
133. Blake E, Bodenheimer T: Closing the Doors to the Poor. San Francisco, Health Policy Advisory Center, 1975
134. Roemer Mi, Mera JA: «Patient dumping» and other voluntary agency contributions to public agency problems. Med Care 11:30-39, 1973
135. Navarro V: Social class, political power and the state and their implications in medicine. Soc Sci Med 10:437-457, 1976
136. Renaud M: On the structural constraints to state intervention in health. Int J Health Serv 5:559-571, 1975
137. Piven FF, Cloward RA: Regulating the Poor. New York, Vintage, 1971
138. Sigerist HE: Landmarks in the History of Hygiene. London, Oxford University Press, 1956
139. Committee on Government Operations, United States Senate: Confidence and Concern: Citizens View American Government: A Survey of Public Attitudes. Washington, D.C., Government Printing Office, 1973
140. Fei N R: The new national health spending policy. N Engl J Med 290:137-140, 1974
141. Salmon JW: Monopoly capital and its reorganization of the health sector. Rev Radical Polit Econ 8:125-133, Spring 1977
142. Greenberg DS: Report of the President's Biomedical Panel and the old days at FDA. N Engl J Med 294:1245-1246, 1976
143. Fuchs VR: Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice. New York, Basic Books, 1974
144. White LS: How to improve the nation's health. N Engl J Med 293:773-774, 1975
145. Ford G: State of the Union Message. Washington, D.C., Government Printing Office, 1976
146. Lalonde M: A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, Information Canada, 1974
147. Navarro V: The industrialization of fetishism or the fetishism of industrialization: a critique of Ivan Illich. Soc Sci Med 9:351-363, 1975
148. Waitzkin H: Recent studies in medical sociology: the new reduction-ism. Contemp Sociol 5:401-405, 1976

149. Higginson J: Developments in cancer prevention through environmental control, in *Cancer Detection and Prevention*, Vol. 2, edited by Maltoni C. New York, American Elsevier, 1974, pp. 3-18
150. American Public Health Association: Chart Book. Health and Work in America. Washington, D.C., The Association, 1975
151. Special Task Force to The Secretary of Health, Education, and Welfare: Work in America. Cambridge, MIT Press, 1973, pp. 73-79
152. Community Health Alternatives Project: Model Legislation for a National Community Health Service. Washington, D.C., Institute for Policy Studies, 1975
153. Engels F: *The Origin of the Family, Private Property and the State*. New York, International, 1942 (1891)
154. Marx K: *Capital*, Vol. 3, Moscow, Progress Publishers, 1971 (1894)
155. Boggs C: *Gramsci's Marxism*. New York, Urizen, 1976, pp. 36-54
156. Habermas J: *Toward a Rational Society*. Boston, Beacon, 1970, pp. 81-122
157. Young RM: Evolutionary biology and ideology: then and now, in *The Biological Revolution*, edited by Fuller W. Garden City, New York, Anchor, 1971
158. Gorz A: Technical intelligence and the capitalist division of labor. *Telos* 12:27-41, Summer 1972
159. Berliner H: Emerging ideologies in medicine. *Rev Radical Polit Econ* 8:116-124, Spring 1977
160. Ehrenreich B, Ehrenreich J: Health care and social control. *Soc Policy* 5:26-40, May-June 1974
161. Ehrenreich B, English D: *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*. Old Westbury, New York, Feminist Press, 1973
162. Zola IK: Medicine as an institution of social control. *Sociol Rev* 20:487-504, 1972
163. Zola IK: In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Soc Sci Med* 9:83-87, 1975
164. Mckinlay JB: On the professional regulation of change. *Sociol Rev (Monogr)* 20:61-84, 1973
165. Fox RC: The medicalization and demedicalization of American society. *Daedalus* 106:9-22, 1977
166. Pfohl SJ: The «discovery» of child abuse. *Soc Problems* 24:310-323, 1977
167. Divoky D, Schrag P: *The Myth of the Hyperactive Child*. New York, Pantheon, 1976

168. Conrad P: The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Soc Problems* 23:12-21, 1975
169. Conrad P: Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior. Lexington, Massachusetts, Heath, 1976
170. Miller L: Genetic disease and social pathology. *Ethics Sci Med* 4:29-50, 1977
171. Beck With J, Miller L: Behind the mask of objective science. *The Sciences* (New York) 16-19, 29-31, Nov-Dec 1976
172. Waitzkin H: Latent functions of the sick role in various institutional settings. *Soc Sci Med* 5:45-75, 1971
173. Markowitz G: Doctors in crisis: a study of the use of medical education reform to establish modern professional elitism in medicine. *Am Q* 25:83-107, 1973
174. Freidson E: Professional Dominance. New York, Atherton, 1970
175. Holman HR: The «excellence» deception in medicine. *Hosp Pract* 11:11-21, Apr 1976
176. Science For The People: Science Walks on Two Legs. New York, Avon, 1974
177. Harrington C: Medical ideologies in conflict. *Med Care* 13:905-914, 1975
178. Waitzkin H, Stoeckle JD: The communication of information about illness: clinical, sociological, and methodological considerations. *Adv Psychosom Med* 8:180-215, 1972
179. Waitzkin H, Stoeckle JD: Information control and the micropolitics of health care: summary of an ongoing research project. *Soc Sci Med* 10:263-276, 1976
180. Waterman B, Waitzkin H: Ideology and social control in the doctor-patient relationship. *Health Movement Organization* 4, 1978, in press
181. Lenin VI: Imperialism: The Highest Stage of Capitalism. New York, International, 1939
182. Magdoff H: The Age of Imperialism: The Economics of U.S. Foreign Policy. New York, Monthly Review Press, 1969
183. Navarro V: The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America. *Politics Soc* 4:267-293, 1974
184. Elling RH: Industrialization and occupational health in underdeveloped countries. *Int J health Serv* 7:209-235, 1977
185. Mass B: Population Target: The Political Economy of Population Control in Latin America. Toronto, Latin American Working Group, 1976
186. Park RM: Not better lives, just fewer people: the ideology of population control. *Int J Health Serv* 4:691-700, 1974

187. Katz J: *Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Multinacionales*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, 1974
188. Rios: *El Escandalo de las Medicinas*. Mexico City, EM, 1977
189. Rosenberg SJ, Bamat T: Imperialism and the state. *Insurgent Sociologist* 7:3-8, Spring 1977
190. Navarro V: Health services in Cuba: an initial appraisal. *N Engl J Med* 287:954-959, 1972
191. Navarro V: Health, health services and health planning in Cuba. *Int J Health Serv* 2:397-432, 1972
192. Navarro V: What does Chile mean? an analysis of events in the health sector before, during and after Allende's administration. *Mil-bank Mem Fund Q* 52:93-130, 1974
193. Modell H, Waitzkin H: Socialism and health care in Chile. *Monthly Rev* 27:29-40, May 1975
194. Belmar R, Sidel VW: An international perspective on strikes and strike threats by physicians: the case of Chile. *Int J Health Serv* 5:53-64. 1975
195. Apha Task Force on Chile: History of the health care system in Chile. *Am J Public Health* 67:31-36, 1977
196. Liberman R, Gold W, Sidel VW: Medical ethics and the military. *New Physician* 11:299-309, 1968
197. Levy H: Bringing the war back home. *Health/PAC Bull* 1-8, April 1970
198. Fanon F: *A Dying Colonialism*. New York, Grove, 1967
199. Rack C: U.S. medical research abroad. *Sci for the People* 9:20-26, Jan-Feb 1977
200. Guttmacher S, Danielson R: Changes in Cuban health care: an argument against technological pessimism. *Int J Health Serv* 7:383-400. 1977
201. Danielson R: *Cuban Medicine*. New Brunswick, New Jersey, Transaction Books, 1978, in press
- Horn JS: «Away With All Pests . . .»: «An English Surgeon in People's China. New York, Monthly Review Press, 1969
- Sidel VW, Sidel R: *Serve the People: Observations of Medicine in the People's Republic of China*. Boston, Beacon, 1973
204. Powers JZ, Purcell EF (eds.): *Medicine and Society in China*. New York, Macy, 1974
205. Wen CP, Hays CW: Medical education in China in the Postcultural Revolution era. *N Engl J Med* 292:998-1006, 1975

206. Cheng TO, Axelrod L, Leaf A: Medical education and practice in People's Republic of China. *Ann Intern Med* 83:716-724, 1975
207. Sidel VW, Sidel R: *A Healthy State*. New York, Pantheon, 1977
- Segall M: The politics of health in Tanzania, in *Toward Socialist Planning*. Dar es Salaam, Tanzania Publishing House, 1972
- Turshen M: The impact of colonialism on health and health services in Tanzania. *Int J Health Serv* 7:7-35, 1977
210. Gish O: *Planning the Health Sector: The Tanzanian Experience*. New York, Holmes and Meier, 1976
211. Segall M: Health and national liberation in the People's Republic of Mozambique. *Int J Health Serv* 7:319-325, 1977
212. Navarro V: *National and Regional Health Planning in Sweden*. Dhew Publication No. [NIH] 74-240. Washington, D.C., Government Printing Office, 1974
213. Navarro V: A critique of the present and proposed strategies for redistributing resources in the health sector and a discussion of alternatives. *Med Care* 12:721-742, 1974
214. Schnall P: An introduction to historical materialist epidemiology. *Health Movement Organization* 2:1-9, 1977
215. Ziem G: Toward a historical materialist epidemiologic practice. *Health Movement Organization* 2:10-13, 1977
216. Turshen M: The political ecology of disease. *Rev Radical Polit Econ* 8:45-60, Spring 1977
217. Brenner H: *Mental Illness and the Economy*. Cambridge, Harvard University Press, 1973
218. Waldron I, Eyer J: Socioeconomic causes of the recent rise in death rates for 15-24 year olds. *Soc Sci Med* 9:383-396, 1975
219. Eyer J: Prosperity as a cause of death. *Int J Health Serv* 7:125-150, 1977
220. Eyer J, Sterling P: Stress-related mortality and social organization. *Rev Radical Polit Econ* 8:1-44, Spring 1977
221. Eyer J: Hypertension as a disease of modern society. *Int J Health Serv* 5:530-558, 1975
222. Sherer H: Hypertension. *Health Movement Organization* 2:83-90, 1977
223. Schnall P: An analysis of coronary heart disease using historical materialist epidemiology. *Health Movement Organization* 2:73-82, 1977
224. Mckinlay JB: A case for refocussing upstream—the political economy of illness, *Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk*. Seattle, American Heart Association Conference Preceedings, 1974

225. Schnall P: Economic and social causes of cancer. Health Movement Organization 2:61-71, 1977
226. Hopper K, Gutmacher S: Suicide. Health Movement Organization 2:32-56, 1977
227. Embree S: Anxiety: the problem of change in capitalist society. Health Movement Organization 2:14-22, 1977
228. Gaynor D: Materialist epidemiology applied to occupational health and safety. Health Movement Organization 2:23-28, 1977
229. McCoy AW: The Politics of Heroin in Southeast Asia. New York. Harper & Row, 1972.
230. Goldmacher D: Toward a material epidemiology of dope. Health Movement Organization 2:29-31, 1977
231. Stevenson G: Accidents—toward a material analysis. Health Movement Organization 2:91 -104, 1977
232. Nee V, Peck J (eds.): China's Uninterrupted Revolution. New York, Pantheon, 1976
- Waldron I: Why do women live longer than men? I. / Hum Stress 2:2-13, Mar 1976
- Waldron I, Johnson S: Why do women live longer than men? II. /Hum Stress 2:19-31, Jun 1976
235. Gordon L: Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America. New York, Viking, 1976
236. Lennane KJ, Lennane RJ: Alleged psychogenic disorders in women—a possible manifestation of sexual prejudice. N Engl J Med 288:288-292, 1973
237. Barker-Benfield GJ: The Horrors of the Half-Known Life: Male Attitudes Toward Women and Sexuality in Nineteenth Century America. New York, Harper & Row, 1976
238. Lop Ate C: Notes toward a study of housewives' diseases. Health Movement Organization 2:57-60, 1977
239. Navarro V: Women in health care. N Engl J Med 292:398-402, 1975
240. Hricko A, Brunt M: Working for Your Life: A Woman's Guide to Job Health Hazards. Berkeley, University of California Labor Occupational Health Program, 1976
241. Twaddle AC: Utilization of medical services by a captive population: an analysis of sick call in a state prison. J Health Soc Behav 17:236-248. 1979
242. Mills CW: The Sociological Imagination. New York, Grove, 1959
243. Gorz A: Socialism and Revolution. Garden City, New York, Anchor, 1973

244. Lewis CE, Mechanic D, Fein R: A Right to Health. New York, Wiley, 1976
245. Freidson E: Doctoring Together: A Study of Professional Social Control. New York, Elsevier, 1976
246. Governing Council, American Public Health Association: Resolutions and policy statements: Committee for a National Health Service. Am J Public Health 67:84-87, 1977
247. Roemer Mi, Axelrod SJ: A national health service and social security. Am J Public Health 67:462-465, 1977
248. Badgley RF, Wolfe S: Doctors»Strike. Toronto, Macmillan, 1971
249. WOLFE S: Worker conflicts in the health field. Int J Health Serv 5:5-8, 1975
250. Bridges KR: Third World students. Harvard Med Alum Bull 49:23-25, Sept-Oct 1974
251. Rudd P: The United Farm Workers Clinic in Delano, Calif.: a study of the rural poor. Public Health Rep 90:331-339, 1975
252. Chamberlin RW, Radebaugh JF: Delivery of primary care—union style. N Engl J Med 294:641-645, 1976
253. Landau D: Trustees. Health/PACBull 74:1-5, 11-23, 1977
254. Source Collective: Organizing for Health Care. Boston, Beacon, 1974
255. Marieskind HI, Ehrenreich B: Toward socialist medicine: the women»s health movement. Soc Policy 6:34-42, Sept-Oct 1975
256. Levin Ls: Self-care: an international perspective. Soc Policy 7:70-75, 1976
257. Douglas C, Scott J: Toward an alternative health care system. Win Magazine 11:14-19, Aug 7, 1975
258. Resnick JL: The emerging physician: from political activist to professional vanguard, in Professions for the People, edited by Gerstl J, JACOBS G. Cambridge, Schenkman, 1976
259. Sweezy Pm, Magdoff H: More on the new reformism. Monthly Rev 28:5-13, Nov 1976
260. Sag An La, Jonsen A: Medical ethics and torture. N Engl J Med 294:1427-1430, 1

پزشکی اجتماعی از دیروز تا امروز: درس‌هایی از آمریکای لاتین^۱

هاوارد وایتزکین، سلیا ایریارت، آلفردو استرادا، و سیلویا لامادرید

اگرچه پزشکی اجتماعی به یک حوزه تحقیقاتی، آموزشی و بالینی مهم در آمریکای لاتین تبدیل شده است اما دستاوردهای این رشته در دنیای انگلیسی‌زبان چندان شناخته شده نیست. این شکاف در دانش، تا حدی، ناشی از این واقعیت است که بیشتر مقاله‌ها و تألیفات مهم منتشرشده به زبان‌های اسپانیایی یا پرتغالی به انگلیسی ترجمه نشده‌اند. به علاوه، بازخورد نگرفتن این مقالات شاهدهی است بر این فرض اشتباه اما رایج که رویکرد تولیدات معنوی و علمی جهان سوم در قبال مسائل مهم دنیای امروز از دقت و اعتبار کافی برخوردار نیست.

در این مقاله، تاریخچه این حوزه را شرح می‌دهیم، چالش‌های رهبری و فعالیت‌های مربوط به کار روزانه را به تصویر می‌کشیم و مباحثات و رویکردهای نظری، فنون روش‌شناختی و موضوع‌های اصلی برآمده از پزشکی اجتماعی آمریکای لاتین را تحلیل می‌کنیم. همچنین، دیدگاه‌های کشورهای آمریکای لاتین در مورد تعریف پزشکی اجتماعی و تفاوت‌های میان پزشکی اجتماعی و مفهوم سنتی بهداشت و سلامت عمومی را ارائه می‌کنیم. در مقاله جداگانه‌ای نیز به مروری انتقادی بر کارهای انجام‌شده

۱. این مقاله ترجمه‌ای است از:

Howard Waitzkin, Celia Iriart, Alfredo Estrada and Silvia Lamadrid, «Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America,» *Am J Public Health*. 2001 October; 91(10): 1592–1601.

در مراکز اصلی پزشکی اجتماعی در آرژانتین، برزیل، شیلی، کلمبیا، کوبا، اکوادور و مکزیک می‌پردازیم [۱]. روش ما شامل مروری است بر نشریات و نیز آثار منتشرنشده به زبان‌های اسپانیایی و پرتغالی، مطالعه آرشوها و مصاحبه‌های متمرکز و عمیق با رهبران، دست‌اندرکاران حوزه مراقبت‌های بهداشتی و شرکت‌کنندگان غیرمتخصص در برنامه‌های پزشکی اجتماعی.^۱

۱. توسعه تاریخی

بیشتر گزارش‌ها درباره تاریخ پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین بر ریشه آن در اروپا تأکید دارند [۲ و ۳]. این گزارش‌های تاریخی معمولاً از کارهای رودولف ویرشو^۲ آلمان یاد می‌کنند [۴]. ویرشو، به‌ویژه از طریق فعالیت‌های سیاسی‌اش در جنبش‌های اصلاح‌طلبانه که در انقلاب ۱۸۴۸ به اوج رسید، دست به تحقیق‌هایی تأثیرگذار در مورد تأثیر شرایط اجتماعی بر بیماری و مرگ و میر زد. او با ارائه مدارک آسیب‌شناختی و داده‌های آماری استدلال کرد که حل این مشکلات مستلزم تغییرات اساسی اجتماعی است. ویرشو حوزه جدید پزشکی اجتماعی را یکی از «علوم اجتماعی» می‌دانست که بر شرایط اجتماعی بیماری‌زا تمرکز دارد [۵-۷].

طرفداران دیدگاه ویرشو در اواخر قرن بیستم به امریکای لاتین مهاجرت کردند. به کمک آنها، در دانشکده‌های پزشکی، بخش‌های آسیب‌شناسی^۳ تأسیس و دوره‌هایی هم در زمینه پزشکی اجتماعی راه‌اندازی شد. به عنوان نمونه، ماکس وستنهافر^۴ آسیب‌شناس^۵ برجسته که سال‌ها ریاست بخش آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه شیلی را بر عهده داشت، نسلی از دانشجویان را تربیت کرد که سالوادور آلنده^۶، فعال دانشجویی رشته پزشکی و آسیب‌شناسی که بعدها رئیس جمهور شیلی شد از جمله آنها بود [۸].

۱. خلاصه‌ای از روش‌ها را می‌توان از طریق مؤلف مربوط یا در وب‌سایت <http://hsc.unm.edu/lasm> یافت.

2. Rudolf Virchow

3. pathology

4. Max Westenhofer

5. pathologist

6. Salvador Allende

۱-۱. سالوادور آلنده و «عصر طلایی» پزشکی اجتماعی در شیلی

با وجود آنکه ریشه‌های پزشکی اجتماعی در شیلی به میانه قرن ۱۹ میلادی برمی‌گردد، فعالیت‌های مستمر در آن حوزه پس از اعتصاب‌های سراسری سال ۱۹۱۸ آغاز شد. در آن سال، کارگران معادن نیترا پتاسیم^۱ شیلی در صحرای شمالی دست به اعتصاب زدند و کارگران سایر صنایع را هم تشویق کردند که با هدف بهبود دستمزد و مزایا و شرایط کاری، دست از کار بکشند. لوئیس امیلیو رکابارن^۲، سازمان‌دهنده کاربزماتیک اعتراضات کارگران معادن نیترا، بر تأثیرات منفی سوءتغذیه، بیماری‌های عفونی و مرگ‌ومیرهای زودرس تأکید کرد. در طی سه دهه بعد، رکابارن و هم‌زمانش به فعالیت سیاسی در حمایت از اصلاحات اقتصادی مشغول بودند زیرا آن راتنها راه بهبود الگوی بیماری‌ها و مرگ‌ومیر که طبقه فرودست را تحت تأثیر قرار داده بود می‌دانستند. در دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰، پزشکی اجتماعی در شیلی شکوفا شد که تا حدی می‌توان آن را پاسخی به خواسته‌های جنبش کارگری دانست.

تجربه‌های آلنده، در مقام پزشک و آسیب‌شناس، بعدها بر عملکرد او در حوزه سیاست تأثیر بسزایی داشت. آلنده که خود را مرهون ویرشو و دیگرانی می‌دانست که در اروپا، ریشه‌های اجتماعی بیماری‌ها را مورد مطالعه قرار داده بودند، مدلی تبیینی از مسائل پزشکی در بستر توسعه نیافتگی ارائه کرد. در همان زمان، فعالیت‌هایی موازی در پزشکی اجتماعی در امریکای شمالی و اروپا در حال انجام بود [۹ و ۱۰]، اما به نظر نمی‌رسد این پیشرفت‌ها بر عملکرد آلنده تأثیر مستقیمی گذاشته باشند.

آلنده در سال ۱۹۳۹، در مقام وزیر بهداشت دولت منتخب جدید جبهه مردمی، تحلیل خود از روابط میان ساختار اجتماعی و بیماری و آسیب‌ها را در کتاب کلاسیک واقعیت‌های پزشکی-اجتماعی شیلی^۳ ارائه کرد [۱۱]. این کتاب، بیماری را اختلالی تعریف می‌کند که به دلیل شرایط اجتماعی توأم با محرومیت برای فرد ایجاد می‌شود. آلنده در امریکای لاتین طرحی نو در انداخت و به توصیف «شرایط زندگی طبقات

1. saltpeter

2. Luis Emilio Recabarren

3. *The Chilean Medico-Social Reality*

کارگری» که سبب بیماری می‌شدند، پرداخت. او بر شرایط اجتماعی توسعه‌نیافتگی و وابستگی بین‌المللی و نیز بر تأثیرات بدهی‌های خارجی و فرایند کار تأکید داشت. آینده در این کتاب، بر چند مسئله بخصوص در حیطه سلامتی متمرکز بود، از جمله مرگ‌ومیر مادران و نوزادان، بیماری سل، بیماری‌های مقاربتی و سایر بیماری‌های واگیردار، اختلالات روحی و بیماری‌های شغلی. آینده با تشریح مسائلی که پیش‌تر مورد مطالعه قرار نگرفته بودند، به تحلیل سقط غیرقانونی جنین، تأثیر بیشتر وضعیت اقتصادی نسبت به نوآوری‌ها و درمان‌های جدید بر بیماری سل، تأثیر تراکم جمعیت بر ایجاد بیماری‌های عفونی و تفاوت قیمت‌گذاری میان برندهای تجاری و نوع ژنریک داروها در صنعت داروسازی تأکید کرد.

طرح پیشنهادی وزارت بهداشت، که چکیده‌ای از کتاب واقعیت‌های پزشکی-اجتماعی شیلی بود، بیش از آنکه بر راهکارهای پزشکی تکیه کند، از راه‌حل‌های اجتماعی برای مسائل سلامتی حمایت می‌کرد و بدین ترتیب، مسیر منحصر به فردی را در پیش گرفت. آینده بازتوزیع درآمد، وضع مقررات دولتی برای مواد غذایی و پوشاک، برنامه‌ای برای مسکن ملی و اصلاحات صنعتی را برای حل مسائل و بیماری‌های شغلی پیشنهاد کرد. او به جای اینکه خدمات و مراقبت‌های پیشرفته بهداشتی را راهی برای داشتن نیروی کار مولدتر بداند، سلامت جمعیت را به خودی خود یک هدف می‌دانست و حامی تغییرات اجتماعی‌ای بود که پا فراتر از قلمرو پزشکی می‌گذاشتند.

موقعیت پژوهشی آینده در پزشکی اجتماعی، تا زمان مرگش در کودتای نظامی ۱۹۷۳، تحت الشعاع کارهای سیاسی‌اش بود. علاوه بر کارهای ویرشو و وستنهافر در آسیب‌شناسی، جنگ داخلی اسپانیا هم بر آینده اثرگذار بود، همان‌گونه که بعدها بسیاری از متخصصان پزشکی اجتماعی را نیز در امریکای لاتین تحت تأثیر قرار داد. مبارزه علیه فاشیسم و برای دستیابی به یک جامعه برابر در اسپانیا، طی سال‌های پایانی دهه ۱۹۳۰، به جنبشی برای بهبود بهداشت و سلامت عمومی در میان جامعه اسپانیایی جمهوری خواه در تبعید انجامید. آینده و طرفدارانش اصول جنبش سلامت عمومی اسپانیا را در برنامه تلاش‌هایشان برای تغییر شیلی گنجانده‌اند.

آنها در اوایل دهه ۱۹۵۰، در مقام سناتور منتخب، لایحه‌ای پیشنهاد کرد که به

خدمات ملی سلامت شیلی تبدیل شد و نخستین برنامه ملی در قاره آمریکا بود که دسترسی همگانی به خدمات را تضمین می‌کرد. او این اصلاحات را با تلاش‌های دیگری پیوند زد که با هدف دستیابی به توزیع عادلانه‌تر درآمد، امنیت شغلی، بهبود مسکن و تغذیه و نقش کم‌رنگ‌تر شرکت‌های چندملیتی در شیلی انجام می‌شد. علاوه بر این، آینده در طول دهه ۱۹۶۰، در مقام سناتور و سپس در سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۳ در مقام رئیس‌جمهور، به دنبال اصلاحاتی در خدمات ملی سلامت و سایر نهادها بود که تغییرات ساختاری را در سراسر جامعه حاصل کند. آینده حامی خدمات بهداشتی یکپارچه در بخش عمومی بود. انجمن ملی پزشکی شیلی^۱ هم که از تأثیرات این سیاست‌ها بر عملکرد بخش خصوصی بیم داشت، مخصوصاً پیش از کودتای ۱۹۷۳، همواره با او مخالفت می‌کرد.

۲-۱. پزشکی اجتماعی در برابر سلامت عمومی در سایر کشورهای آمریکای لاتین

سایر کشورهای آمریکای لاتین، از نظر به‌کارگیری دیدگاه‌ها و کنشگری‌ها، در مقایسه با آنچه شیلی را در دهه ۱۹۳۰ سرآمد ساخت، چندان پیشرفتی نداشتند. تلاش‌ها برای سلامت عمومی در سراسر آمریکای لاتین، آن‌چنان که اخیراً تحقیقات مهم نشان داده‌اند [۱۲-۱۸]، پیش‌زمینه‌ای برای فعالیت‌های امروز متخصصان پزشکی اجتماعی فراهم آورد. برای مثال، رهبران پزشکی اجتماعی در بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین از اقدامات بنیاد راکفلر^۲ در زمینه سلامت عمومی، که بر بهره‌وری نیروی کار در افزایش سرمایه‌گذاری‌های شرکت‌های چندملیتی مستقر در ایالات متحده تأکید می‌کرد، انتقاد کرده‌اند [۱۹-۲۱]. با این حال، از بررسی مقالات و مصاحبه‌ها می‌توان نتیجه گرفت که تاریخچه ابتدایی پزشکی اجتماعی در برخی کشورها بسیار تأثیرگذارتر از دیگران بوده است. اگرچه تلاش‌های چشم‌گیر اولیه در حوزه سلامت عمومی در برزیل، کلمبیا، کوبا و مکزیک شکل گرفت، رهبران کنونی پزشکی اجتماعی این تلاش‌ها را به اندازه آنچه در شیلی، آرژانتین و اکوادور رخ داد، برای پزشکی اجتماعی، مهم تلقی نمی‌کنند.

1. Colegio Médico

2. Rockefeller

هم در گذشته و هم امروز، این رهبران در امریکای لاتین میان پزشکی اجتماعی و سلامت عمومی سنتی تفاوت قائل بوده‌اند. از این منظر، در «سلامت عمومی» جمعیت، مجموعه‌ای از افراد تعریف می‌شود و ویژگی‌های خاص مانند جنس، سن، تحصیلات، درآمد و نژاد/ قومیت امکان طبقه‌بندی افراد به گروه‌ها را فراهم می‌کنند. در اپیدمیولوژی سنتی^۲، نرخ‌های مربوط به جمعیت را با محاسبه براساس ویژگی‌های افراد تشکیل دهنده آن استخراج می‌کنند [۴]. در مقابل، پزشکی اجتماعی جمعیت و نهادهای اجتماعی را کلیت‌هایی در نظر می‌گیرد که ویژگی‌های آنها فراتر از ویژگی‌های تک‌تک افراد است. بنابراین، پزشکی اجتماعی، برای تعریف مشکلات و یافتن راه‌حل‌ها، بیشتر از مقیاس‌های تحلیل اجتماعی استفاده می‌کند تا مقیاس‌های فردی. به این ترتیب، می‌توان جمعیت را براساس مقوله‌هایی همچون طبقه اجتماعی، تولید و بازتولید اقتصادی و فرهنگ، و نه صرفاً با ویژگی‌های افراد، تجزیه و تحلیل کرد [۲۲-۲۴].

تفاوت دیگر میان پزشکی اجتماعی و مفهوم سنتی بهداشت و سلامت عمومی مربوط به تلقی آنها از ایستایی در برابر پویایی سلامت در مقابل بیماری و نیز تأثیر یافت اجتماعی است. پزشکی اجتماعی «سلامت-بیماری» را فرایندی دیالکتیکی می‌داند، نه صرفاً یک مقوله دوگانه. همان‌گونه که در تعبیر اولیه انگلس و سپس در تفسیرهای لوینز^۳ و لوونتین^۴ از فرایندهای دیالکتیکی در زیست‌شناسی می‌بینیم [۲۵، ۲۶]، اپیدمیولوژیست‌های انتقادی^۵ با در نظر گرفتن تأثیرات متغیر شرایط اجتماعی در طول زمان، فرایندهای مربوط به بیماری را در یک مدل زمینه‌مند مورد مطالعه قرار داده‌اند. نمایه اپیدمیولوژیک یک جامعه یا یک گروه درون جامعه مستلزم تجزیه و تحلیلی چندسطحی است که نشان دهد چطور شرایط اجتماعی مانند تولید اقتصادی، بازتولید، فرهنگ، به‌حاشیه‌راندن [افراد و گروه‌ها] و مشارکت سیاسی، بر روند پویای

-
1. public health
 2. traditional epidemiology
 3. Levins
 4. Lewontin
 5. critical epidemiologist

بیماری-سلامت^۱ اثر می‌گذارد. در این دیدگاه نظری، مدل‌های چندمتغیره در بهداشت و سلامت عمومی (مانند مدل‌های جدید رگرسیون لجستیک^۲ که بیماری را یک متغیر وابسته دوجویی در یکی از دو حالت موجود یا غیرموجود در نظر می‌گیرند) وضعیت سلامت-بیماری را، در مقام فرایندی دیالکتیکی، در ابهام قرار می‌دهند [۲۷].

از سوی دیگر در آرژانتین، در طول دهه ۱۹۲۰، گروهی به رهبری خوان ب. خوستو^۳ تلاش کردند که از ابتکارات زمانه خود، که به مداخلات بهداشتی^۴ معروف بود و بر کنترل عفونت، بهبود بهداشت و تغذیه و از این دست تلاش‌ها برای ارتقای سلامت جامعه تأکید داشت، قدم فراتر بگذارند [۲۸]. هدف مداخلات بهداشتی عموماً ارتقای بهره‌وری نیروی کار، در راستای منافع توسعه ملی و سرمایه‌گذاری‌های بین‌المللی بود. بعدها، خوستو جراح، رهبر مؤسس حزب سوسیالیست آرژانتین شد و یکی از اولین ترجمه‌های کاپیتال مارکس را (از آلمانی) به اسپانیایی منتشر کرد. او نیز، مانند آئنده، تأثیرات فراگیر طبقه اجتماعی بر خدمات سلامت و پیامدهای آن را شایان توجه می‌دانست [۲۹]. این فعالیت‌ها منجر به تلاش‌هایی برای سازمان‌دهی در سطح منطقه‌ای و ملی شد که در پی تحقق تغییرات اجتماعی گسترده به عنوان مبنایی برای ارتقای سلامت بودند. با این حال، با چیرگی تفکر «مداخلات بهداشتی»، موضع خوستو به حاشیه رانده شد.

مسیر دیگری در پزشکی اجتماعی که ریشه در آرژانتین داشت به فعالیت‌های ارنستو («چه») گوارا^۵ مربوط بود. او به دلیل تجربه بیماری آسم در دوران کودکی‌اش و نیز تحت تأثیر شخصیت‌های الهام‌بخشی که در خانواده‌اش حضور داشتند، وارد دانشکده پزشکی شد و نهایتاً در زمینه بیماری‌های آلرژیک تخصص گرفت. چه‌گوارا بعد از اتمام تحصیل در دانشکده پزشکی، با موتورسیکلت به امریکای جنوبی، امریکای مرکزی و مکزیک سفر کرد. رویارویی با فقر و رنج در طی این سفرها دیدگاه‌های او درباره لزوم انقلاب به عنوان پیش شرطی برای بهبود وضعیت بهداشتی را شکل داد [۳۰].

1. health- illness

2. logistic regression models

3. Juan B. Justo

4. higienismo, hygienic interventions

5. Ernesto ("Che") Guevara

چه‌گوارا در سخنرانی‌ها و نوشته‌هایش در جزوه «پزشکی انقلابی» خواستار آن شد که گروهی متشکل از پزشکان و دیگر کارکنان حوزه سلامت که آگاه به منشأ اجتماعی بیماری‌ها و لزوم تغییرات اجتماعی برای بهبود وضعیت سلامت هستند، تشکیل شود [۳۱ و ۳۲]. کار او پزشکی اجتماعی امریکای لاتین را عمیقاً تحت تأثیر قرار داد. ممکن است تصور شود که دیدگاه‌های چه‌گوارا تا حدی از آینده، خوستو و سایر پیشینیانش تأثیر پذیرفته، اما ظاهراً چنین نبوده است. منابع نزدیک به چه‌گوارا، از جمله دایی‌اش که الگوی او در پزشکی بود، ادعا کرده‌اند که او در طول دوره آموزشی و حرفه‌ای، در معرض کارهایی که در زمینه پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین انجام شده بود قرار نگرفته و دریافت‌ها و تحلیل او از پیوند وضعیت سلامتی با شرایط اجتماعی، حاصل تجربیاتی بوده که طی سفر با موتورسیکلت کسب کرده بود (از گفتگوی شفاهی با فرانسیسکو لینچ گوارا^۱ در بوئنوس آیرس آرژانتین، ۱۹۹۵).

رهبران پزشکی اجتماعی معتقدند که ریشه‌های محلی این حوزه در اکوادور به بیش از ۱۵۰ سال قبل بازمی‌گردد. در اوایل قرن نوزدهم، پزشکی به نام اوخنیو اسپخو^۲ فعالیت پزشکی‌اش را به مبارزات انقلابی علیه اسپانیا گره زد [۳۳]. همان‌طور که بعدها ویرشو در آلمان تجربه کرد، اسپخو هم حین تلاش‌هایش برای کنترل اپیدمی‌ها متقاعد شده بود که فقر، مسکن نامناسب، وضعیت بد بهداشتی و سوء تغذیه به شیوع بیماری‌ها دامن می‌زند. بعدها، در جنبش‌های اجتماعی اوایل قرن بیستم با هدف تأمین اجتماعی، پابلو آرتورو سوارز^۳ در کتابی با عنوان وضعیت طبقه کارگر، داده‌هایی اپیدمیولوژیک در مورد پیامدهای نامطلوب در حوزه سلامتی ارائه کرد [۳۴]. در طی دهه ۱۹۳۰، پزشکی به نام ریکاردو پاردس^۴ درباره بیماری‌های شغلی ریه و حوادثی که برای معدنکاران شرکت‌های معدنی تحت مالکیت امریکا رخ می‌داد، دست به تحقیق زد [۳۵]. تلاش‌های پاردس علاوه بر اینکه منجر به وضع قوانینی برای بهبود شرایط کار شد، کمک کرد درباره تأثیراتی که «امپریالیسم اقتصادی» در قالب شرکت‌های چندملیتی بر

1. Francisco Lynch Guevara
2. Eugenio Espejo
3. Pablo Arturo Suárez
4. Ricardo Paredes

وضعیت سلامتی در اکوادور گذاشته است آگاهی گسترده‌ای شکل بگیرد.

۱-۳. دهه ۱۹۶۰ و پس از آن

انقلاب کوبا که در سال ۱۹۵۹ آغاز شد، در میان تغییراتی که در طی دهه ۱۹۶۰ در سطح جهانی روی داد، از مهم‌ترین رویدادها برای پزشکی اجتماعی بود. نظام ارتقایافته بهداشت و سلامت عمومی کوبا قسمتی از یک انقلاب اجتماعی محسوب می‌شد که در آن، دستاوردهای حوزه سلامت بخشی جدایی‌ناپذیر از تغییرات ساختاری گسترده در جامعه به مثابه یک کل بود [۳۶ و ۳۷]. تغییرات اجتماعی که مبنای دستاوردهای کوبا در مراقبت‌های اولیه، بهداشت و سلامت عمومی، آموزش پزشکی، برنامه‌ریزی و مدیریت و نظارت اپیدمیولوژیک را شکل می‌داد، الهام‌بخش کنشگران و دانشمندان در دیگر کشورها شد.

اگر کوبا به الگوی مثبتی در پزشکی اجتماعی برای امریکای لاتین تبدیل شد، الگوی شیلی، دوگانه بود. پیروزی آلنده و دولت اتحاد مردمی در سال ۱۹۷۰ از حمایت پررنگ گروه‌های پزشکی اجتماعی برخوردار شد. بسیاری از افرادی که در حوزه پزشکی اجتماعی فعالیت می‌کردند، برای کار با دولت جدید به شیلی آمدند. آلنده پیشنهاد کرده بود که به جای انتخاب راه‌های نظامی، انتقالی مسالمت‌آمیز به سوسیالیسم از طریق انتخابات صورت بگیرد و این اولین انتقال از این نوع در طول تاریخ بود. دولت به سمت یک برنامه بهداشت ملی «یکپارچه» حرکت کرد که در آن، تناقضات بخش‌های هم‌زیست دولتی و خصوصی به حداقل برسد. بعد از کودتای خشونت‌آمیز ۱۹۷۳، سرکوب و خشونت علیه مردم و به خصوص کسانی که در حوزه سلامت کار می‌کردند به سطح بی‌سابقه‌ای رسید [۳۸ و ۳۹]. شکست مسیر مسالمت‌آمیز به سمت سوسیالیسم دنبال‌کنندگان و علاقه‌مندان پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین را تحت تأثیر قرار داد. انقلاب نیکاراگوئه در سال ۱۹۷۹ نیز با وجود نگرانی‌های بسیار درباره سیاست‌های اجتماعی مرتبط با سلامت دولت ساندینیست^۱، الهام‌بخش فعالان حوزه پزشکی اجتماعی بود. رهبران پزشکی اجتماعی از چندین کشور در اصلاحات بهداشتی جدید

1. Sandinista

دولت نیکاراگوئه مشارکت داشتند که شامل برنامه‌هایی جامع برای مقابله با بیماری‌های عفونی و پرداختن به سلامت مادر و کودک می‌شد [۴۰ و ۴۱]. نگرانی اصلی این رهبران، که هرگز به طور عمومی مطرح نشد، وجود تناقضاتی در انقلاب نیکاراگوئه بود. مثلاً یکی از این نگرانی‌ها این بود که دولت برای بخش خصوصی نقش مهمی در نظر می‌گرفت و حتی پزشکانی را که به صورت تمام وقت در خدمات سلامت ملی کار می‌کردند مجاز می‌دانست که در بخش خصوصی هم به کار خود ادامه دهند. اما نمایندگان دولت استدلال می‌کردند که چنین سیاست‌هایی با تقویت بخش خصوصی در اقتصاد، از تکرار تجربه کوبا، یعنی مهاجرت متخصصان حوزه سلامت جلوگیری می‌کند. به دلیل چنین تناقضاتی، به خصوص پس از شکست‌های انتخاباتی ساندینیست‌ها، برخی از رهبران پزشکی اجتماعی نهایتاً از حمایت آنها دست کشیدند.

الهیات‌رهای بخش^۱ منبع الهام بسیاری از فعالان پزشکی اجتماعی بوده است. کشیشانی چون فری بتو^۲ در برزیل از مشارکت در «جوامع پایه» که تقوای مذهبی^۳ را با مبارزات برای عدالت اجتماعی درهم آمیخته‌اند حمایت می‌کردند [۴۲]. این مبارزات شامل تلاش‌هایی برای ارتقای سلامت و خدمات بهداشت عمومی بود. برخی رهبران الهیات‌رهای بخش به رویه‌های غیرخسونت‌آمیز در جوامع پایه باور نداشتند. تحت تأثیر کامیلو تورس^۴، کشیشی که به جنبش انقلابی کلمبیا پیوست، برخی فعالین پزشکی اجتماعی نیز در چند کشور وارد مبارزات مسلحانه شدند و بعدها (دوباره) به حرفه پزشکی اجتماعی بازگشتند [۴۳].

یکی دیگر از تأثیرات مهم بر پزشکی اجتماعی از نوآوری‌های آموزشی پائولو فریره^۵ و همکارانش در برزیل سرچشمه می‌گیرد. فریره از طریق کارزارهای سوادآموزی بزرگسالان، مردم جوامع فقیر را تشویق می‌کرد که آموزش را فرایندی در جهت توانمندسازی بدانند.

-
1. liberalio theology
 2. Frei Betto
 3. religious piety
 4. Camilo Torres
 5. Paulo Freire

فریره ضمن تلاش‌هایی که به نوشتن کتاب آموزش ستم‌دیدگان^۱ منجر شد [۴۴]، دست به سازمان‌دهی «حلقه‌های» آموزشی کوچکی زد که از طریق آن، ساکنان محلی بتوانند مطالعات خود را با حل مشکلات عینی در جامعه‌شان پیوند بزنند. بعدها، کنشگران این رویکرد را به آموزش بهداشت و سلامت عمومی و سازمان‌دهی برای ارتقای خدمات بهداشتی تسری دادند [۴۵]. خود فریره بیشتر به کاربرد راهبردهای توانمندسازی در سلامت علاقه‌مند شد [۴۶]. راهی که فریره در پیش گرفت بر بهداشت و سلامت عمومی در ایالات متحده تأثیر گذاشت [۴۷ و ۴۸]، اما تأثیر او در پزشکی اجتماعی امریکای لاتین بیشتر بود.

در طی دهه ۱۹۷۰، رهبری با نام خوان سزار گارسیا^۲ از واشنگتن دی‌سی عمیقاً بر پزشکی اجتماعی تأثیر گذاشت. او که در آرژانتین آموزش پزشکی و در شیلی آموزش جامعه‌شناسی دیده بود، از سال ۱۹۶۶ تا زمان مرگش در سال ۱۹۸۴، در مقام هماهنگ‌کننده تحقیقات در سازمان بهداشت پان امریکن^۳ خدمت کرد. گارسیا آثار جریان‌سازی در زمینه‌های مختلف از خود بر جای گذاشت، از جمله آموزش پزشکی، علوم اجتماعی در پزشکی، شاخص‌های طبقه اجتماعی مؤثر بر پیامدهای سلامتی و بنیان‌های ایدئولوژیک تبعیض علیه لاتین‌تبارها [۴۹-۵۲]. فلسفه اجتماعی مارکسیستی گارسیا در چند اثری که در زمان اشتغالش در PAHO با نام اصلی خودش منتشر کرد عیان بود؛ با این حال، مقاله‌های سیاسی صریح‌تری نیز با نام مستعار از او منتشر شده است.^۴ گارسیا با حمایت‌های مالی و اجتماعی-عاطفی از طریق PAHO پزشکی اجتماعی را تحت تأثیر قرار داد. او با ماریا ایزابل رودریگز^۵، همکارش در PAHO که پس از خدمت در مقام رئیس دانشکده پزشکی در دانشگاه السالوادور، در تبعید زندگی می‌کرد، اعتبارهای پژوهشی، قراردادهای دوره‌های فلوشیپی که برای گروه‌های پزشکی اجتماعی در سراسر امریکای لاتین حیاتی بود را تنظیم می‌کرد. کمک‌هزینه تحصیلی PAHO کمک

1. Pedagogy of the Oppressed

2. Juan César García

3. Pan American Health Organization (PAHO)

4. A. Mier, unpublished observations, 1975

5. María Isabel Rodríguez

کرد تا نخستین برنامه آموزشی تأثیرگذار در پزشکی اجتماعی در دانشگاه خودگردان متروپولیتن در سوچیمیلکوی مکزیکوسیتی تأسیس شود. (این برنامه) دانشجویان را از سراسر امریکای لاتین جذب کرد. در PAHO، گارسیا با مخالفت‌های فزاینده‌ای مواجه بود اما امروزه، رهبران (پزشکی اجتماعی) همواره از ابتکار و سرسختی او یاد می‌کنند. گارسیا در حمایت از پزشکی اجتماعی به توزیع ترجمه اسپانیایی آثار ویسنته ناوارو کمک کرد. این آثار، با تأکید بر تأثیرات سرمایه‌داری، امپریالیسم و توزیع نادرست منابع اقتصادی بر خدمات بهداشتی و پیامدهای سلامت، بر پزشکی اجتماعی امریکای لاتین تأثیر گذاشت. مجله بین‌المللی خدمات بهداشتی^۲ به سردبیری ناوارو عرصه‌ای فراهم کرد تا نویسندگان امریکای لاتین بتوانند به زبان انگلیسی تبادل نظر کنند.

۲. سرکوب‌های سیاسی و چالش‌های کاری

در میان ۲۴ مصاحبه‌جامعی که با رهبران پزشکی اجتماعی انجام دادیم، تنها چهار نفر تجربه هر نوع سرکوب سیاسی را انکار کردند. مصاحبه‌شونده‌ها به دلایل فعالیت در دولت اتحاد مردمی شیلی، فعالیت در زمینه حقوق بشر یا فعالیت در نقش کنشگر حوزه مراقبت‌های بهداشتی، سرکوب را تجربه کرده بودند. این سرکوب‌ها اشکال مختلفی را در برمی‌گرفت، از جمله شکنجه، حبس در بازداشتگاه‌ها، تبعید، محرومیت از مشاغل دولتی، از دست دادن امنیت اقتصادی و شغلی، از دست دادن اعتبار حرفه‌ای و محدودیت در فعالیت‌های سیاسی.

روند کار در پزشکی اجتماعی بسیار متفاوت است و به شرایط سیاسی و اقتصادی بستگی دارد. بسیاری از رهبران پزشکی اجتماعی شیلی و آرژانتین به سایر کشورها پناهنده شدند. این پناهندگان بخش جنوبی امریکای جنوبی، در مدتی که خارج از کشورشان زندگی و کار می‌کردند، سهم عمده‌ای در ترویج پزشکی اجتماعی داشتند. اگر آنها در کشورشان می‌ماندند معمولاً برای امرار معاش، مشغول به کار در آزمایشگاه‌های بالینی یا تحقیقات بازاری و خرده‌کاری می‌شدند. از زمان سقوط دیکتاتوری‌ها، افرادی

1. Vicente Navarro

2. *The international Journal of Health Service*

که تلاش می‌کردند در حوزه پزشکی اجتماعی، مجدداً در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های پزشکی جذب شوند با دشواری‌های زیادی مواجه بوده‌اند. اکثر آنها مشاغل متعددی دارند، معمولاً همزمان در کارهای بالینی یا اداری مشغولند و پزشکی اجتماعی را به عنوان فعالیتی فاقد درآمد دنبال می‌کنند.

در کشورهایی که حکومت دیکتاتوری ندارند و یا دیکتاتوری حاکم خشونت کمتری به کار می‌گیرد، مانند برزیل، افراد کمتری مجبور به مهاجرت شده‌اند و اغلب در کار خود در دانشگاه یا بیمارستان‌های آموزشی باقی مانده‌اند. در کلمبیا، به دلیل سنت خشونت جاری، رهبران برجسته پزشکی اجتماعی، حتی با حضور دولت منتخب، یا حذف فیزیکی شده‌اند و یا به تبعید رفته‌اند. در سایر کشورها مانند مکزیک، اکوادور و کوبا، فعالان پزشکی اجتماعی در حفظ موقعیت‌های شغلی دانشگاهی خود تاحدودی موفق بوده‌اند. در حال حاضر، مطلوب‌ترین شرایط برای کار سازمانی در حوزه پزشکی اجتماعی در مکزیک، اکوادور، برزیل و کوبا وجود دارد. علی‌رغم اینکه شرایط آرژانتین، شیلی و کلمبیا همچنان مطلوب نیست، فعالان این حوزه همچنان تلاش می‌کنند که به بیشترین بهره‌وری دست یابند.

۳. نظریه، روش و مباحثه

پزشکی اجتماعی امریکای لاتین دیگر نه سنتی منفرد و همگن، بلکه حوزه‌ای غنی و متنوع است که بحث‌هایی جدی متمرکز بر نظریه، روش و راهکارهایی برای تغییر در آن جریان دارد [۵۳]. برای مثال، برخی بحث‌های نظری فایده تحلیل‌های سنتی مارکسیستی را در مقایسه با نظریه‌های جدیدتر به چالش کشیده‌اند. همچنین تفاوت‌هایی در نظریات وجود دارد که مبنای آن اولویت نیروهای اقتصادی بر مسائلی همچون جنسیت و نژاد/ قومیت است.

بحث‌های روش‌شناختی به تعادل میان روش‌شناسی‌های کیفی و کمی در پژوهش و نیز به افراد در مقابل گروه‌ها، به عنوان مقیاس تحلیل، پرداخته‌اند. از نظر روش‌شناسی، فعالان پزشکی اجتماعی، از جهت تمایل به همکاری با سازمان‌های بین‌المللی بهداشت و بنگاه‌های وام‌دهی چندجانبه^۱، طیف وسیعی دارند.

1. multilateral lending agency

با تمام این تفاوت‌ها، وجه اشتراکی در حوزه‌های مختلف این رشته وجود دارد که پزشکی اجتماعی را از سایر رشته‌ها متمایز می‌سازد و آن تأکید بر نظریه است. بنا بر استدلال فعالان پزشکی اجتماعی، اینکه نظریه واضحی در پزشکی و بهداشت عمومی امریکای شمالی تبیین نشده به معنای فقدان نظریه نیست؛ بلکه این موضع غیرنظری یا ضدنظری، خود، حکایت از وجود نظریه‌ای زیربنایی دارد که تلویحی باقی می‌ماند. منتقدان امریکای لاتین از این دیدگاه متفاوت برای تفسیر گرایش امریکای شمالی به تمرکز بر مؤلفه‌های بیولوژیک و نه اجتماعی مشکلاتی چون سرطان، فشار خون بالا و بیماری‌های شغلی استفاده کردند. از این دیدگاه، تمرکز بر عوامل بیولوژیکی، مقیاس تحلیل را به فرد تقلیل می‌دهد و در نتیجه، علل اجتماعی‌ای را که در سطح جامعه قابل مداخله است در نظر نمی‌گیرد [۲۷ و ۵۴].

فعالان پزشکی اجتماعی، با ارجاع به پیوند میان نظریه و عمل، اغلب از اصطلاح «پراکسیس»^۱ استفاده می‌کنند. رهبران امریکای لاتین، تحت تأثیر آثار گرامشی^۲ بر نظریه‌ای تأکید دارند که هم آگاهی‌بخش باشد و هم از تلاش‌ها برای تغییرات اجتماعی الهام گرفته باشد [۴۵ و ۵۵]. فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی اغلب در همکاری با اتحادیه‌های کارگری، گروه‌های زنان، ائتلاف‌های بومیان امریکا و سازمان‌های اجتماع‌محور صورت می‌گیرد [۵۶].

اگرچه تئوری مارکسیستی محرک پزشکی اجتماعی بوده، کارهای نظری بر نقاط قوت و محدودیت‌های مارکسیسم سنتی در امریکای لاتین متمرکز شده بود. تجربه‌های نامطلوب در کشورهای سوسیالیستی مثل اتحاد جماهیر شوروی نیز نشان داده قابلیت کاربرد نظریه مارکسیستی سنتی محدودیت‌هایی دارد [۵۷]. با این حال، برخی مؤلفه‌های نظریه مارکسیستی همچنان پایه و اساس کارها و تحقیقات مفهومی را تشکیل می‌دهند.

نخست، پزشکی اجتماعی بر طبقه اجتماعی که بنا بر روابط تولید اقتصادی تعریف می‌شود تأکید دارد. در نظریه مارکسیستی، مهم‌ترین ویژگی طبقه اجتماعی عبارت

1. praxis

2. Gramsci

است از مالکیت و کنترل فرایند تولید [۵۸]. متخصصان پزشکی اجتماعی استدلال می‌کنند که شرط ذاتی تولید اقتصادی، به ویژه در کشورهای کم‌تر توسعه یافته، استثمار نیروی کار است. در نتیجه، آنها تعریفی از طبقه اجتماعی را مطرح کردند که ریشه در تولید اقتصادی و نه در ویژگی‌های جمعیتی مانند درآمد، تحصیلات یا موقعیت شغلی دارد. این دیدگاه نظری درباره تولید اقتصادی باعث شده موضوع تحقیقات هم در محیط‌های صنعتی و هم در زمینه کشاورزی، بر خود فرایند کار متمرکز شود. گروه‌های پزشکی اجتماعی در مکزیک، شیلی، اکوادور و برزیل مطالعه درباره سلسله مراتب کار، فرایند تولید در کارخانه‌ها و تأثیر شرایط کار بر سلامت جسمی و روانی را آغاز کردند.

دومین کانون توجه بازتولید تولید اقتصادی است. نظریه مارکسیستی نظام سرمایه‌داری را بابت اینکه می‌تواند بازتولید روابط ذاتاً استثمارگرانه تولید را در طول نسل‌ها توجیه کند به چالش می‌کشد. در میان نهادهایی که این بازتولید را انجام می‌دهند، نهاد خانواده، به ویژه از طریق الگوسازی از نقش‌های جنسیتی، برجسته‌تر از سایرین است. برای مثال، مارکس و انگلس استدلال می‌کنند که استثمار کارگران ذاتاً با استثمار زنان مرتبط است، زیرا تولید اقتصادی مستلزم بازتولید نیروی کار است که عمدتاً با فعالیت‌های زنان در خانواده‌ها ممکن می‌شود [۵۹]. در جوامع معاصر، زنان اغلب «بار سه‌گانه» کار مزدی، خانه‌داری و فرزندپروری را به دوش می‌کشند. از این رو، گروه‌های پزشکی اجتماعی در برخی کشورها وارد تحقیقاتی شده‌اند که متمرکز بر کارگران زن و تأثیر نقش آنها در تولید اقتصادی و بازتولید اجتماعی است [۶۰].

سومین کانون توجه نظری، ایدئولوژی است که ایده‌ها و آموزه‌های متمایز یک گروه اجتماعی را در برمی‌گیرد. برخی نظریه پردازان امریکای لاتین در پزشکی اجتماعی دیدگاه آلتوسر را اتخاذ کرده‌اند که می‌گفت ایدئولوژی عبارت است از رابطه ذهنی افراد با شرایط مادی هستی‌شان [۶۱]. ایدئولوژی «هژمونیک» تمایل دارد که منافع طبقه‌ای را توجیه کند که در یک دوره تاریخی بخصوص، سلطه را در اختیار خود دارد. بنابراین، ابهام‌زدایی از این ایدئولوژی مسلط بدل به وظیفه‌ای برای کار نظری و سیاسی می‌شود [۶۲] و [۶۳]. گروه‌های پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین این وظیفه را پذیرفته و در اولویت

قرارداده‌اند. در سال‌های نخست، دولت‌های امریکای شمالی و اروپا انگیزه این وظیفه ابهام‌زدایی را، که بر سیاست‌های «توسعه‌گرا» متمرکز بود، فراهم می‌کردند [۶۴]. اخیراً تلاش‌ها برای ابهام‌زدایی بر سیاست‌های بهداشتی بانک جهانی و سایر بنگاه‌های وام‌دهی چندجانبه متمرکز شده‌اند. این بنگاه‌ها، براساس اصول بازارمحور مبتنی بر اقتصاد کلان، به افزایش بدهکاری، خصوصی‌سازی و کاهش خدمات عمومی دامن زده‌اند [۶۵-۶۷].

نظریه اروپای معاصر نیز بر پزشکی اجتماعی امریکای لاتین تأثیر گذاشته است. برای مثال، کارهای نظری انجام‌شده در ایتالیا درخصوص فرایند کار، رویکرد مفهومی گروه پزشکی اجتماعی مکزیکی را در همکاری با اتحادیه‌های صنعتی شکل داده است [۶۸]. روان‌کاوی و تحلیل‌های نهادی^۱ در فرانسه بر تلاش‌های محققان آرژانتین و برزیل در مطالعاتشان درخصوص خدمات بهداشتی تأثیر گذاشته است [۶۹ و ۷۰]. پیشرفت‌های فلسفی در فرانسه تا حدی توسط آرژانتینی‌های درتبعید توسعه یافته و به شکل‌گیری نقد ایدئولوژی‌ها در سیاست‌های بهداشتی و ارائه پیشنهادهایی برای تغییر کمک کرده است [۷۱ و ۷۲].

نظریه بیماری-سلامت، به عنوان فرایندی دیالکتیکی، سبب شده انتقادهایی به رویکردهای سنتی استنتاج علی در پزشکی و بهداشت عمومی شکل بگیرند [۷۳ و ۷۴]. اساساً متخصصان پزشکی اجتماعی از توضیح‌های تک‌علتی برای بیماری‌ها انتقاد کرده‌اند. آنان هم، مانند ویرشو، معتقدند این توضیح ساده‌انگارانه که یک عامل بخصوص باعث ایجاد یک بیماری بخصوص می‌شود به عوامل اجتماعی که احتمال بروز بیماری را افزایش می‌دهند توجه کافی نمی‌کند. با این حال، حتی هنوز شیوه تعریف از بیماری در مدل‌های چندعلتی، مثلاً آنها که روابط متقابل عامل، میزبان و محیط را در نظر می‌گیرند هم، نسبتاً ایستاست. نقدهایی که از دیدگاه پزشکی اجتماعی مطرح شده‌اند این‌گونه استدلال کرده‌اند که مدل‌های سنتی چندعلتی با تقسیم‌بندی دوگانه وجود یا عدم وجود بیماری، از پیوندهای پویایی که باعث می‌شوند شرایط اجتماعی بر فرایند دیالکتیکی بیماری-سلامت اثر بگذارد غافل مانده‌اند. این تحلیل‌ها رویکرد

پیچیده‌تری را برای رابطه علت و معلولی پیشنهاد کرده‌اند که در آن، بر شرایط اجتماعی و تاریخی بیشتر تأکید می‌شود.

پیش از اینکه گرایش‌های روش‌شناختی کنونی در ایالات متحده فراگیر شوند، رهبران پزشکی اجتماعی امریکای لاتین، از میانه دهه ۱۹۷۰، خواستار رویکرد چندروشی شده بودند که در هر دو سطح فردی و اجتماعی، روش‌های مکمل را برای «بررسی همه‌جانبه» به کار بگیرد. حتی در تحقیقات اولیه، پژوهشگران مکزیکی و اکوادوری، تحلیل‌های کمی چندمتغیره را با مصاحبه‌های کیفی جامع که اغلب در موقعیت‌های گروهی (یعنی مصاحبه‌های جمعی) انجام می‌شد ادغام کردند [۷۵ و ۷۶]. رویکردهای اخیر به پژوهش چندسطحی تکنیک‌های کمی، مانند مدل‌سازی معادله ساختاری، و تکنیک‌های کیفی، مانند تحلیل محتوای کامپیوتری شده و گروه‌های متمرکز^۱، را شامل می‌شود [۷۷].

۴. موضوع‌های در حال ظهور

۴-۱. سیاست‌های اجتماعی، قدرت، سلامت و مراقبت‌های بهداشتی

گروه‌های پزشکی اجتماعی در سراسر امریکای لاتین بر تأثیرات سیاست‌های بین‌المللی تأکید کرده‌اند. از نظر تاریخی، این گروه‌ها در کارهایشان به تحلیل تأثیر امپریالیسم اقتصادی، استخراج مواد خام و استثمار نیروی کار ارزان پرداخته‌اند و در آثار اخیرشان هم سیاست‌های اقتصاد کلان بین‌المللی و قدرت سیاسی شرکت‌های چندملیتی و بنگاه‌های وام‌دهی را مورد توجه ویژه قرار داده‌اند. سنگینی بار بدهی خارجی بر دوش کشورهای جهان سوم تبدیل به یک نگرانی جدی شده است. کاهش هزینه‌های بخش عمومی، خصوصی‌سازی خدمات عمومی و گشوده شدن بازارهای مراقبت‌های بهداشتی به روی شرکت‌های چندملیتی به‌طور جدی مورد توجه قرار گرفته‌اند. چندین گروه، در همکاری با هم، به ارزیابی مراقبت‌های مدیریت شده‌ای^۲ پرداختند که

1. focus group

۲. managed care: فعالیت‌هایی در ایالات متحده برای کاهش هزینه‌ی خدمات درمانی هم‌زمان با ارتقای کیفیت خدمات

شرکت‌های چندملیتی و بنگاه‌های وام‌دهی به عنوان طرح‌های خصوصی سازی ارائه می‌کردند. این مطالعات بر این نکته مهر تأیید زدند که کاهش کیفیت «برنامه حمایتی»^۱ در بخش عمومی، تأثیرات مخربی بر دسترسی به خدمات داشته است. به علاوه، این تحقیقات پرده از ادعایی برداشتند که چنین القای کرد که رویه‌های بازارمحور شرایط را برای فقرا بهبود می‌بخشند [۶۶، ۶۷ و ۷۸-۸۲].

گروه‌های پزشکی اجتماعی تحقیقات سیاستی خود را به تلاش‌هایی که با هدف تغییر روابط قدرت دست به سازمان‌دهی می‌زنند پیوند داده‌اند. این اقدامات می‌کوشند تا گفتگوهای عمومی را (در سطح جامعه) گسترش دهند و انگیزه‌ها برای اصلاحات را به سمت وسویی ببرند که نیازهای جمعیت آسیب‌پذیر را برطرف کنند. گروه‌های پزشکی اجتماعی با حزب انقلاب دموکراتیک^۲ (حزب مخالف دولت) و ارتش آزادی‌بخش ملی زاپاتیستا^۳ در مکزیک، ائتلاف سازمان‌های بومی و کارگری در اکوادور، حزب کارگران در برزیل و سازمان مرکزی اتحادیه‌های کارگری در آرژانتین همکاری کرده‌اند.

۲-۴. عوامل اجتماعی و فرهنگی تعیین‌کننده بیماری و مرگ

چندین گروه در پژوهش درباره عوامل اجتماعی و فرهنگی پیشگام بودند. بوم‌شناسی شهری، تغییرات اقتصادی ناشی از تولید نفت و روابط میان جنسیت و فرایند کار مواردی هستند که محققان در اکوادور برای توضیح الگوهای بیماری و مرگ و میر به آنها پرداخته‌اند [۸۳ و ۸۴]. گروه‌های اکوادوری در استفاده از تکنیک‌های کمی چندمتغیره برای انجام تحقیقات چندسطحی درباره عوامل اجتماعی با استفاده از داده‌های شاخص‌های فردی و اجتماعی و فرهنگی پیشگام بودند [۲۷ و ۷۷]. پژوهشگران برزیلی از رویکردهای چندسطحی و چندروشی، شامل روش‌های انسان‌شناختی غیرکمی در اپیدمیولوژی، بهره می‌برند تا سازوکارهایی را که در سطوح اجتماعی، خانوادگی و بیولوژیکی، از شدت اثر نابرابری‌های اجتماعی کم می‌کنند روشن سازند [۸۵].

1. safety net

2. the Democratic Revolution

3. Zapatista Army of National Liberation

۴-۳. کار، تولیدمثل، محیط و سلامتی

این تمرکز حاصل تأکید نظری بر تولید و بازتولید اقتصادی است و ریشه در توجه به این نکته دارد که چنین مشکلاتی حاکی از تهدیدهای مهم در حوزه سلامتی در کشورهای جهان سوم‌اند. محققان مکزیکی با اتحادیه‌های صنعتی و جوامع محلی کار کرده‌اند تا روشن سازند چه مشکلاتی در حوزه سلامت جسمانی و روانی از فرایند کار و محیط ناشی می‌شوند. محققان در این تلاش‌ها، پیشگام روش‌هایی ازجمله مصاحبه جمعی بوده‌اند [۷۶ و ۸۶]. گروه‌های اکوادوری بر پیامدهای متفاوت در حوزه سلامتی که زنان در محیط‌های صنعتی و کشاورزی تجربه می‌کنند تأکید داشته‌اند [۸۳ و ۸۴]. در شیلی، گروه‌های پزشکی اجتماعی دست به پژوهش‌هایی زده‌اند که جنسیت، کار و شرایط محیطی را به هم مرتبط می‌کند [۸۸]. تحقیقاتی در سطح خرد، در نهادهای بهداشت در برزیل، درباره فرایند کار انجام شده که متأثر از تلاش‌های حزب ملی کارگران بوده است [۸۸].

۴-۴. خشونت، آسیب^۱ و سلامتی

به دلیل خشونتی که دست‌اندرکاران پزشکی اجتماعی، خود، با آن مواجه بوده‌اند، پژوهش در مورد خشونت و آسیب در برخی کشورها اولویت یافته است. در کلمبیا، سنت اجتماعی خشونت که پیش‌تر با فقر و چرخه‌های انقلاب مرتبط بود و امروزه متأثر از قاچاق مواد مخدر و عملیات شبه نظامیان است، به تحقیقاتی درباره تأثیرات خشونت بر سلامت منتج شده است [۸۹ و ۹۰]. در شیلی، محققان درباره خانواده‌هایی پژوهش کرده‌اند که اعضایشان در دوران دیکتاتوری، شکنجه، تبعید یا کشته شده‌اند [۹۱]. ایگناسیو مارتین-بارو^۲، روان‌شناسی که در امریکا تحصیل کرده بود و خود توسط نیروهای شبه نظامی ترور شد، دست به مطالعات روان‌شناختی درباره خشونت در السالوادور زده بود که بعدها بر محققان آرژانتینی اثر گذاشت؛ آنها تحقیقات خود را به بازماندگان بیش از سی هزار نفری که در طول دیکتاتوری «ناپدید شدند» اختصاص دادند [۹۲-۹۴].

1. trauma

2. Iganacio Martin- Baró

۵. نتیجه‌گیری

پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین زمینه کاری بعضاً خطرناک و در عین حال، بسیار پرباری بوده است. تمرکز بر ریشه‌های اجتماعی بیماری و مرگ زودرس، روابط قدرت‌های اقتصادی و سیاسی در امریکای لاتین را به چالش می‌کشد. از این رو، حضور در میدان پزشکی اجتماعی، برخی از بااستعدادترین و کارآمدترین هواداران این جنبش‌ها را به کام رنج و حتی مرگ کشانده است. موضوعات و یافته‌های پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین برای [حل] مسائل پزشکی و بهداشت و سلامت عمومی در سراسر جهان موضوعیت دارد. موانع زبانی و بدگمانی‌ها به تحقیقاتی که از جهان سوم ظهور می‌کنند باعث شده غالب متخصصان سلامت در سایر نقاط جهان، به این تحقیقات بی‌اعتنا باشند. این در حالی است که اگر متخصصان سایر نقاط جهان راحت‌تر به تولیدات [علمی] پزشکی اجتماعی در امریکای لاتین دسترسی داشتند، امکان پیشرفت بیشتری برایشان در این کار فراهم می‌شد.

متخصصان پزشکی اجتماعی امریکای لاتین تئوری‌ها و روش‌هایی را به کار برده‌اند که تلاش‌هایشان را از اقدامات بهداشت و سلامت عمومی سنتی متمایز کرده است. به ویژه، تمرکز بر زمینه‌های اجتماعی و تاریخی مشکلات بهداشتی و سلامت، تأکید بر تولید اقتصادی و علیت اجتماعی و ارتباط پژوهش و آموزش با عمل سیاسی باعث شده رویکردهای خلاقانه برای مواجهه با بسیاری از مشکلات این زمانه فراهم شود. برای ایالات متحده امریکا و دیگر کشورهای «جهان اول» در دوره جهانی شدن و خطرات آن، استفاده از عملکرد شجاعانه پزشکی اجتماعی امریکای لاتین، تأثیری بسزا و بسیار باارزش خواهد داشت.

منابع

1. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine in Latin America—productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet*. 2001; 358: 315–323.
2. Rosen G. *De la Política Médica a la Medicina Social*. Mexico City, Mexico: Siglo XXI; 1985.
3. Foucault M. El nacimiento de la medicina social. *Rev Centroam Ciencias Salud*. 1977; 3(6): 89–108.
4. Franco S, Nunes ED. Presentación. In: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. *Debates en Medicina Social*. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 1991: 7–16.
5. Virchow R. *Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiet der Oeffentlichen Medicin und der Seuchenlehre*. Berlin, Germany: Hirschwald; 1879.
6. Virchow R. *Letters to His Parents, 1839 to 1864*. Canton, Mass: *Science History Publications*, 1990.
7. Waitzkin H. The social origins of illness. In: *The Second Sickness: Contradictions of Capitalist Health Care*. 2nd ed. Lanham, Md: Rowman & Littlefield; 2000: 55–73.
8. Illanes MA. “*En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia ...*”: Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880–1973. Santiago, Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993.
9. Fee E, Brown TM. *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press; 1997.
10. Porter D. *Health, Civilization, and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. London, England: Routledge; 1999.
11. Allende S. *La Realidad Médico-Social Chilena*. Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad; 1939.
12. Lobato MZ, Álvarez A. *Política, Médicos y Enfermedades: Lecturas de la His-*

- toria de la Salud en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos; 1996.
13. Cueto M, ed. *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud—Instituto de Estudios Peruanos; 1996.
14. Hochman G. *Aprendizado e Difusão na Constituição de Políticas: A Prevenção Social e seus Técnicos*. Rio de Janeiro, Brazil: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 1987.
15. Estrella E, Crespo A, Herrera D, Estrella A. *Desarrollo Histórico de las Políticas de Salud en el Ecuador; 1967– 1995*. Quito, Ecuador: Proyecto Análisis y Promoción de Políticas de Salud; 1997.
16. Cueto M. *El Regreso de las Epidém-ias: Salud y Sociedad en el Perú del Siglo XX*. Lima, Peru: Instituto de Estudios Peruanos; 1997.
17. Birn A-E. Skirting the issue: women and international health in historical perspective. *Am J Public Health*. 1999; 89: 399–407.
18. Birn A-E, Solórzano A. Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s. *Soc Sci Med*. 1999; 49: 1197–1213.
19. Brown EF. *Rockefeller Medicine Men*. Berkeley: University of California Press; 1979.
20. Cueto M, ed. *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press; 1994.
21. Franco-Agudelo S. The Rockefeller Foundation's antimalarial program in Latin America: donating or dominating? *Int J Health Serv*. 1983; 13: 51–67.
22. Dierckxsens W. *Capitalismo y Población: La Reproducción de la Fuerza de Trabajo bajo el Capital*. San José, Costa Rica: Editorial Universitaria Centroamericana; 1979.
23. Rojas Soriano R. *Capitalismo y Enfermedad*. Mexico City, Mexico: Folios Ediciones; 1982.
24. Rojas Soriano R. *Sociología Médica*. Mexico City, Mexico: Folios Ediciones; 1983.
25. Engels F. *Dialectics of Nature*. New York, NY: International; 1940.
26. Levins R, Lewontin R. *The Dialectical Biologist*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1985.
27. Breilh J. Componente de método-logía: la construcción del pensamiento en medicina social. In: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. *Debates en Medicina*

- Social*. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 1991:138–248.
28. Buchbinder M. Rol de lo social en la interpretación de los fenómenos de salud y enfermedad en la Argentina. *Salud Problema Debate*. 1990; 2(4): 37–50.
29. Justo JB. *Teoría y Práctica de la Historia*. Buenos Aires, Argentina: La Vanguardia; 1933.
30. Guevara C. The revolutionary war. In: Gerassi J, ed. *Venceremos! The Speeches and Writings of Ernesto Che Guevara*. New York: Clarion; 1968: 28–30
31. Guevara C. On revolutionary medicine. In: Gerassi J, ed. *Venceremos! The Speeches and Writings of Ernesto Che Guevara*. New York, NY: Clarion; 1968:112–119.
32. Harper G. Ernesto Guevara, MD: physician–revolutionary physician–revolutionary. *N Engl J Med*. 1969; 281: 1285–1289.
33. Espejo E. *Voto de un Ministro Togado de la Audiencia de Quito*. Quito, Ecuador: Comisión Nacional de Conmemoraciones Cívicas; 1994.
34. Suárez PA. *Contribución al Estudio de las Realidades entre las Clases Obreras y Campesinas*. Quito, Ecuador: Imprenta Fernández; 1934.
35. Paredes R. *Oro y Sangre en Portocavelo*. Quito, Ecuador: Editorial Artes Gráficas; 1938.
36. Feinsilver JM. *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*. Berkeley: University of California Press; 1993.
37. Waitzkin H, Wald K, Kee R, Danielson R, Robinson L. Primary care in Cuba: low- and high-technology developments pertinent to family medicine. *J Fam Pract*. 1997; 45: 250–258.
38. Waitzkin H, Modell H. Medicine, socialism, and totalitarianism: lessons from Chile. *N Engl J Med*. 1974;291: 171–177.
39. Cornely PB, Belmar R, Falk LA, et al. Report of the APHA Task Force on Chile. *Am J Public Health*. 1977; 67: 71–73.
40. Garfield R. *Health Care in Nicaragua: Primary Care Under Changing Regimes*. New York, NY: Oxford University Press; 1992.
41. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *Am J Public Health*. 1987; 77: 615–618.
42. Betto F, Castro F. *Fidel and Religion: Castro Talks on Revolution and Religion with Frei Betto*. New York, NY: Simon & Schuster; 1987.

43. Torres C. *Revolutionary Priest: The Complete Writings and Messages*. New York, NY: Random House; 1971.
44. Freire P. *Pedagogy of the Oppressed*. New York, NY: Herder & Herder; 1970.
45. Costa NdR. Transición y movimientos sociales: contribuciones al debate de la reforma sanitaria. Cuadernos Med Soc. 1988; 44: 51–61.
46. Freire P. *Pedagogy of Freedom: Ethics, Democracy, and Civic Courage*. Lanham, Md: Rowman & Littlefield; 1998.
47. Wallerstein N, Bernstein E. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. Health Educ Q. 1988; 15: 379–394.
48. Magaña R, Ferreira-Pinto JB, Blair M, Mata A. Una pedagogia de concientización para la prevención del VIH/SIDA. Rev Latino Am Psicol. 1992; 24: 97–108.
49. García JC. *La Educación Médica en la América*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1972.
50. García JC. *La Investigación en el Campo de la Salud en Once Países de la América Latina*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1982.
51. García JC. *La Mortalidad de la Niñez Temprana Según Clases Sociales*. Medellín, Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana; 1979.
52. García JC. The laziness disease. History Phil Life Sci. 1981; 3: 31–59.
53. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C, eds. *Debates en Medicina Social*. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
54. Laurell AC. Social analysis of collective health in Latin America. Soc Sci Med. 1989; 28: 1183–1191.
55. Gramsci A. *The Prison Notebooks*. New York, NY: International; 1971.
56. Franco S. Tendencias de la medicina social en América Latina. Salud Cambio. 1990; 2: 4–16.
57. Escudero JC. Salud–ecología–política. Salud Cambio. 1991; 2(3): 8–20.
58. Laurell AC. Trabajo y salud: estado del conocimiento. In: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. *Debates en Medicina Social*. Quito, Ecuador: Organización Panamericana de la Salud; 1991: 249–339.
59. Breilh J. *Epidemiología: Economía, Medicina y Política*. Mexico City, Mexico: Fontamara; 1989.

60. Breilh J. *Género, Poder y Salud*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1993.
61. Grimberg M. 1992. Programas, actores y prácticas sociales: encuentros y desencuentros entre antropología y políticas de salud. *Salud Cambio*. 1992; 3(9): 6–18.
62. Breilh J, Granda E. La epidemiología en la forja de una contrahegemonía. *Salud Problema*. 1986; 11: 25–40.
63. Breilh J, Granda E. Epidemiología y contrahegemonía. *Soc Sci Med*. 1989; 28: 1121–1127.
64. Laurell AC. Mortality and working conditions in agriculture in underdeveloped countries. *Int J Health Serv*. 1981; 11: 3–20.
65. Laurell AC, López Arellano O. Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *Int J Health Serv*. 1996; 26: 1–18.
66. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med*. 1999; 340:1131–1136.
67. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Soc Sci Med*. 2001; 52: 1243–1253.
68. Laurell AC, Noriega M, López O, Ríos V. La experiencia obrera como fuente de conocimiento: confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual. *Cuadernos Med Soc*. 1990; 51: 5–26.
69. Testa M. *Saber en Salud: La Construcción del Conocimiento*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 1997.
70. Merhy E, Onocko R, eds. *Agir em Saúde*. São Paulo, Brazil: Hucitec; 1997.
71. Iriart C, Merhy E, Waitzkin H. *La Atención Gerenciada en América Latina: Su Papel en la Reforma de los Sistemas de Salud*. Buenos Aires, Argentina: Instituto de Estudios y Formación/Central de Trabajadores Argentinos; 1999.
72. Testa M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 1993.
73. Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud*. 1982; 2: 7–25.
74. Franco S. Anotaciones preliminares para una historia de la causalidad en medicina. In: Nuño J, Bruni B, Franco S, et al., eds. *Filosofía en la Medicina*. Cara-bobo, Venezuela: Universidad de Carabobo, Ediciones del Rectorado; 1998: 49-84.
75. Laurell AC, Blanco Gil J, Machetto T, et al. Disease and rural development: a sociological analysis of morbidity in two Mexican villages. *Int J Health Serv*. 1977; 7: 401–423.

76. Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. *Ciudad y Muerte Infantil*. Quito, Ecuador: Ediciones CEAS; 1983.
77. Breilh J. *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1995.
78. Iriart C. La reforma del sector salud en Argentina: de la salud como derecho social a bien público a responsabilidad individual y bien de mercado. In: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*. Quito, Ecuador: CEAS; 1997: 127–150.
79. Breilh J. Reforma: democracia profunda, no retroceso neoliberal. In: Centro de Estudios y Asesoría en Salud. *Reforma en Salud: Lo Privado o lo Solidario*. Quito, Ecuador: CEAS; 1997: 71–115.
80. Merhy E, Iriart C, Waitzkin H. Atención gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? In: Bursmester H, ed. *Managed Care: Alternativas de Gestão em Saúde*. São Paulo, Brazil: Editora PROAHSA/ Editora Fundação Getulio Vargas; 1998: 85–115.
81. Laurell AC, Ortega M. The free trade agreement and the Mexican health sector. *Int J Health Serv*. 1992; 22: 331–337.
82. Laurell AC, Wences M. Do poverty programs alleviate poverty? The case of the Mexican National Solidarity Program. *Int J Health Serv*. 1994; 24: 381–401.
83. Colectivo CEAS. *Mujer, Trabajo y Salud*. Quito, Ecuador: Ediciones CEAS; 1994.
84. Betancourt O. *La Salud y el Trabajo*. Quito, Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud y Organización Panamericana de la Salud; 1995.
85. de Almeida Filho N. *Epidemiología sin Números*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
86. Laurell AC. The role of union democracy in the struggle for workers' health in Mexico. *Int J Health Serv*. 1989; 19: 279–293.
87. Montecino S. Madres niñas, madresolas, continuidad o cambio cultural? *Salud Cambio*. 1993; 4(11): 6–8.
88. Franco T, Bueno W, Merhy E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999; 15: 345–53.
89. Franco Agudelo S. Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 1997; 1: 93–103.

90. Franco S. International dimensions of Colombian violence. *Int J Health Serv.* 2000; 30: 163–185.
91. Estrada A, Hering M, Donoso A. *Familia, Género y Terapia: Una Experiencia de Terapia Familiar Sistémica*. Santiago, Chile: Ediciones CODEPU; 1997.
92. Martín-Baró I. *Writings for a Liberation Psychology*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1994.
93. Martín-Baró I. La violencia en Centroamérica: una visión psicosocial. *Salud Problema Debate.* 1990; 2(4): 53–66.
94. Stolkner A. Tiempos “posmodernos”: ajuste y salud mental. In: Cohen H, de Santos B, Fiasché A, et al. *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial; 1994: 25–53.

سلامتی، مراقبت‌های بهداشتی و سرمایه‌داری^۱

کالین لیز

بسیاری بر این باورند که سرمایه‌داری عامل پیشرفت‌های عظیم در زمینه سلامت در طی ۱۲۵ سال گذشته است. غالباً سرمایه‌داری را مهم‌ترین ابزار توسعه و توسعه را شرط تعیین‌کننده برای بهبود وضعیت بهداشت و سلامت می‌انگارند. اما چنین نیست. چراکه همان‌گونه که پیش‌تر هم اتفاق افتاده است، کشورهای در حال توسعه می‌توانند وضعیت بهداشتی-درمانی به مراتب بهتری نسبت به کشورهای ثروتمند داشته باشند. ایالات متحده آمریکا را در حالی «پیشوای جهانی» علم پزشکی می‌دانند که درحقیقت پیشوای جهانی شکست بازار بهداشت و درمان است. ایالات متحده هر ساله یک پنجم درآمد ملی^۲ عظیم خود را برای حصول نتایجی (مثبت) در زمینه سلامت عمومی خرج می‌کند اما با این همه، وضعیت این کشور تنها اندکی از وضعیت همسایه جنوبی‌اش، کوبا که درآمد سرانه‌اش به سختی به بیش از یک بیستم درآمد سرانه آمریکا می‌رسد، بهتر است و البته از بعضی جهات وضع بدتری هم دارد. «پیشرفت‌ها» در علم و فناوری پزشکی، یعنی -در پزشکی هسته‌ای، ژنتیک و نانوتکنولوژی، را پیروزی سرمایه‌گذاری سرمایه‌داری در امر پژوهش تلقی می‌کنند اما واقعیت این است که اغلب تحقیقات

۱. این مقاله ترجمه‌ای است از:

Colin Leys, «Health, Health Care and Capitalism,» *Socialist Register* Vol. 46: *Morbid Symptoms* (2010).

2. national income

مبتکرانه حوزه پزشکی در دانشکده‌ها و آزمایشگاه‌های پژوهشی دولتی انجام می‌شوند. خاستگاه این تفکر که «سرمایه‌داری برای سلامتی سودمند است» از «انقلاب مرگ‌ومیر»^۱ که در اواخر قرن نوزدهم میلادی در انگلستان به وقوع پیوست سرچشمه می‌گیرد. در تمام طول تاریخ ثبت‌شده، سلامت جسمانی اکثر مردم، که با معیار «امیدبه‌زندگی» سنجیده می‌شود، بسیار ضعیف بوده است. در گذشته، بیماری‌های عفونی شایع بودند. بسیاری از آنها از حیوانات خانگی و به دنبال توسعه کشاورزی انتقال پیدا می‌کردند. مردم غذای آلوده می‌خوردند و آب مصرفی‌شان از آب‌های آلوده به فاضلاب بود. همان وضعیتی که امروزه صدها میلیون انسان در کشورهای درحال توسعه با آن مواجه‌اند. صنعتی شدن که توده‌های مردم را از نواحی روستایی به شهرها کشاند تأثیرات به مراتب بدتری بر جای گذاشت. در لیورپول دهه ۱۸۴۰ میانگین امیدبه‌زندگی کودکانی که در خانواده‌های طبقه کارگر به دنیا می‌آمدند ۱۵ سال و در طبقات بالاتر تنها ۳۵ سال بود [۱]. علاوه بر این، اغلب روش‌های درمانی، به جز محدود استثنائاتی (مثل واکسیناسیون برای مقابله با آبله که از سال ۱۸۰۰ به بعد، به شکل گسترده انجام شد)، بی‌فایده و حتی گاه آسیب‌زننده بوده‌اند. تا دهه ۱۸۵۰، بیماران از (مداخله درمانی برای کنترل) خون‌ریزی می‌مردند درحالی‌که اگر به حال خود رها می‌شدند، احتمال بهبودی‌شان بیشتر بود؛ یا زایمان در منزل برای زنان ایمن‌تر از بیمارستان‌هایی بود که در آنها بیش از یک چهارم زنان از تب نفاس^۲ می‌مردند [۲].

در انگلستان دهه ۱۹۷۰ وضعیت سلامتی افراد به‌طور چشم‌گیری بهبود پیدا کرد. میانگین امیدبه‌زندگی در سال ۱۸۵۰ در انگلیس و ولز، در مجموع حدود ۴۰ سال بود. در سال‌های بعد، تا ۱۹۵۰، این عدد به حدود ۷۰ سال رسید که افزایشی بی‌سابقه نسبت به هر زمانی در تاریخ گذشته بشریت بود. از آن زمان به بعد، سرعت پیشرفت کاهش یافته اما میانگین امیدبه‌زندگی در هر دهه دو و نیم سال بیشتر شده است. این الگوی کلی با تفاوت‌هایی در اروپای غربی و آمریکای شمالی و با تأخیر بیشتری در اکثر مناطق دیگر جهان نیز تکرار شده است اما با ریشه‌هایی اغلب ناهمگون و با

1. mortality revolution

۲. تب ناشی از عفونت باکتریایی اغلب در روزهای دوم تا دهم بعد از زایمان.

تمایزهایی چشم‌گیر بین طبقات اجتماعی [۳]. تغییری که از آن صحبت می‌کنیم غالباً با نام «گذار اپیدمیولوژیک» هم شناخته می‌شود. گذار از عصری که بیماری‌های عفونی علت مرگ‌ومیر بودند به زمانه‌ای که بیماری‌های مزمن غیرعفونی، اغلب در افراد مسن‌تر شایع‌ترین عامل مرگ هستند. اولین بار در انگلستان، قانون سرمایه‌داری صنعتی بود که این (تغییر) اتفاق افتاد. اما صنعتی شدن سرمایه‌داری آن‌چنان بر خطرات بیماری‌های عفونی می‌افزود و سرمایه‌داران انگلیسی اغلب آن‌چنان در برابر هر اقدامی که بتواند بر این بیماری‌ها غلبه کند مقاومت می‌کردند که رخ دادن این تغییر را باید هم برخلاف میل سرمایه‌داری ببینیم و هم به علت آن. کارفرمایان سرمایه‌دار اروپای غربی نیز با پوشش حمایتی کارگران توسط سیستم‌های بیمه اجتماعی که از دهه ۸۰ میلادی اعمال شدند، مخالف بودند تا جلوی چالش سیاسی حاصل از اتحادیه‌های کارگری را بگیرند. در ابتدا، بیمه اجتماعی عمدتاً برای حمایت مالی کارگران در زمان بیماری یا دوره بهبودی از سوانح اهمیت داشت، اما با پیشرفت‌هایی که در طی دهه ۱۹۳۰ حاصل شده بود، علم پزشکی از درک علت بیماری‌ها و در نتیجه فراهم کردن امکان پیشگیری از ابتلا به آنها، به یافتن درمان برای بیماری‌ها رسید. پیشرفتی که به اصطلاح، انقلاب درمانی خوانده می‌شد و درست قبل از جنگ جهانی دوم، در طول جنگ و بعد از آن رقم خورد. اکنون تعداد روزافزونی از بیماری‌های تهدیدکننده حیات قابل درمان بودند:

به ناگاه مراقبت‌های بهداشتی بسیار ارزشمند شدند و اکنون جنبش کارگران چنان قدرتمند بود که می‌توانست تضمین کند کارگران و خانواده‌هایشان منفعت اصلی را از این مراقبت‌ها می‌برند. نهایتاً از سال ۱۹۴۵ به بعد، اشکال متفاوت مراقبت‌های بهداشتی اجتماعی همگانی در اغلب کشورهای غربی و کمونیست برقرار شد.

انقلاب درمانی با تشکیل دولت‌های رفاه سوسیال دموکرات و کمونیستی در بسیاری از نقاط جهان همزمان شد و این موضوع از اهمیت تاریخی برخوردار بود، اما در همین زمان، صنعت سلامت سرمایه‌داری نیز که هر روز قدرتمندتر می‌شد، در آمریکا و در برخی کشورهای اروپای غربی پا گرفت. این صنعت به جای پرداختن به مسائلی که حداکثر سود برای اکثریت مردم را محقق سازد، بر چیزهایی متمرکز شد که بیشترین سوددهی را داشته باشد. صنعت بهداشت خصوصی با موفقیت در برابر تمام تلاش‌ها

برای ایجاد یک سیستم مراقبت بهداشتی همگانی در ایالات متحده مقاومت کرده است و از دهه ۱۹۸۰ تلاش می‌کند تا سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی همگانی را که از سال ۱۹۴۵ به بعد در جاهای دیگر برپا شده بودند، دوباره به بازارهای مراقبت‌های بهداشتی (بر مبنای توانایی پرداخت هزینه‌ها و سود) تبدیل کند که در آنها از دسترسی برابر خبری نیست. صنعت بهداشت خصوصی به‌طور فزاینده‌ای آموزش را هم در انقیاد اولویت‌ها و منافع خود نگه داشته است. دوران نئولیبرالیسم یک بار دیگر نشان داد که چگونه سرمایه‌داری بیش از هر چیز با افزایش نابرابری در پزشکی مدرن امروز، همچنان ناتندرستی را بین جوامع و در درون آنها ایجاد کرده یا حداقل تداوم می‌بخشد. حتی در ثروتمندترین کشورها، امید به زندگی افراد کم‌برخوردار ۱۰ تا ۲۰ سال کمتر از ثروتمندان است [۴].

با وجود شواهد فراوان از این واقعیت‌ها، اغلب مردم در سراسر جهان این افسانه که «سرمایه‌داری سلامت را بهبود می‌بخشد» را آگاهانه یا ناآگاهانه پذیرفته‌اند. برای خلاص شدن از چنین باوری، هر تحلیل عقلانی‌ای باید از همین نقطه آغاز شود.

۱. سرمایه‌داری و انقلاب مرگ و میر

بین سرمایه‌داری و کاهش چشم‌گیر نرخ مرگ‌ومیر در انگلستان بین سال‌های ۱۸۵۰ و ۱۹۵۰ چه ارتباطی وجود داشت؟ درواقع این کاهش به دلیل سیستم مراقبت‌های بهداشتی مبتنی بر بازار که در آن زمان در دسترس قرار داشتند نبود، چراکه آن سیستم به‌سختی می‌توانست درمان مؤثری برای بیماری‌ها ارائه دهد. تا همین اواخر، دیدگاه غالب این بود که بهبود تغذیه، حاصل از افزایش درآمد، عامل اصلی در کاهش مرگ‌ومیر بوده است؛ اما تحقیقات تاریخی بیشتر نشان داده که این امر، در بهترین حالت، تنها بخشی از علت است [۵]. در طی دوسوم ابتدایی قرن نوزدهم، نرخ مرگ‌ومیر در شهرها، که سطح درآمد ساکنانشان افزایش و وضعیت تغذیه‌شان بهبود یافته بود، نزولی نشد؛ در عوض، در مناطق روستایی که افراد سطح درآمد پایین‌تری داشتند، این نرخ کمتر بود. کاهش چشم‌گیر مرگ‌ومیر در مناطق شهری تنها زمانی اتفاق افتاد که اثرات جنبش بهداشت عمومی از دهه ۱۸۷۰ به بعد نمود یافت؛ فاضلاب و آب سالم تأمین شد و وضعیت مسکن بهبود یافت و دسترسی به غذاهای بهداشتی غیرآلوده میسر شد.

سرمایه‌داران، ازجمله کارفرمایانی که نمی‌خواستند برای فاضلاب مالیات بیشتری بپردازند یا برای جایگزینی مسکن نامناسب کارگران هزینه کنند، یا عرضه‌کنندگان خصوصی آب شرب و تأمین‌کنندگان مواد غذایی غیربهداشتی، اغلب در مقابل حرکت «بهداشت عمومی» مقاومت می‌کردند. به لطف ترس از بیماری‌های همه‌گیر که طبقات متوسط و بالا هم در برابر آنها مصونیت نداشتند، با عزم رهبران اصلاحات در حکومت‌های محلی آن دوره و در اواخر قرن نوزدهم میلادی و به سبب پیشرفت آگاهی درباره علت بیماری‌ها که افکار عمومی قشر تحصیل‌کرده را تحت تأثیر قرار می‌داد، جنبش بهداشت عمومی به تدریج غالب شد.

جنبش بهداشت عمومی از همان ابتدا بر پایه تصویری اشتباه درباره علت بیماری‌ها بنا شده بود (به‌ویژه این تصور که بیماری‌ها ناشی از هوای کثیف، یا همان «میاسما»^۱ هستند). کشف میکروب به عنوان علت بیماری‌های عفونی در دهه ۱۹۷۰ نشان داد که بهداشت مناسب واقعاً بخش مهمی از راه‌حل است. دانش جدید همچنین منجر به این شد که دامنه فعالیت‌های بهداشت عمومی و آموزش بهداشت، در زمینه‌های پاکیزگی، نوزادان، مراقبت‌های کودکان و غیره، به مدارس و خانه‌ها کشیده شود. منشأ بیماری‌های عفونی یکی پس از دیگری کشف و اقدامات پیشگیرانه جدید مانند ایمن‌سازی اتخاذ می‌شد. نتیجه کلی چشم‌گیر بود. بین سال‌های ۱۸۷۱ تا ۱۹۴۰، سهم بیماری‌های عفونی در مرگ‌ومیر سالانه در انگلستان و ولز، از ۳۱ نفر به ۱۰ نفر در هر ۱۰۰ نفر کاهش یافت. تا سال ۱۹۵۱، بیماری‌های عفونی تنها علت ۶ درصد مرگ سالانه بودند. نرخ کلی مرگ‌ومیر سالانه از ۲۲/۴ به ۶/۱ در هر هزار نفر کاهش یافت [۶] و همچنان که پیش‌تر گفته شد، تقریباً تمام این کاهش به دلیل پیشگیری بود و این نتایج درحالی به دست آمد که هنوز هیچ درمان مؤثری برای اغلب بیماری‌های عفونی وجود نداشت (سولفونامیدها در ۱۹۳۵، پنی‌سیلین در ۱۹۴۰ و آنتی‌بیوتیک وسیع‌الطیف پس از ۱۹۴۷ در دسترس قرار گرفتند).

ریچارد ایسترلین^۲، قضاوت تاریخی درخصوص رابطه بازار در سرمایه‌داری و سلامتی

1. miasma

2. Richard Easterlin

را به شرح زیر خلاصه کرده است [۷]. نخست اینکه تقریباً در تمام طول قرن نوزدهم میلادی، امید به زندگی در مناطقی از دنیا که رشد سریع اقتصادی را تجربه می‌کردند، بدون تغییر ماند یا در بهترین حالت، اندکی بهبود داشت. امید به زندگی (و طول قد جسمانی) تنها زمانی بهبود چشم‌گیر یافتند که پیشگیری از بیماری‌ها ممکن شد، درحالی‌که افزایش میزان تغذیه به دنبال افزایش درآمد کارگران به خودی خود چنین تأثیری نداشت. دوم، اغلب اقدامات پیشگیری که در ایجاد انقلاب مرگ و میر نقش داشتند، مانند آب سالم برای همگان، فاضلاب شهری و غیره، خدمات عمومی و نیازمند اقدام جمعی هستند که نفع آنها شامل حال تمامی افراد جامعه است، چه آنها که در تأمین هزینه‌های این خدمات نقش دارند و چه آنهایی که مشارکت ندارند. اما بازار سرمایه هرگز چنین خدماتی را ارائه نکرده و نخواهد کرد. همین مسئله دربارهٔ واکسیناسیون و ایمنی‌سازی نیز صدق می‌کند. آنها زمانی مؤثر خواهند بود که تا حد ممکن، در سطح جهانی مورد استفاده قرار بگیرند و چون بسیاری قادر به پرداخت هزینه‌های آن نخواهند بود، بنابراین تأمین آن برعهدهٔ دولت‌هاست.

در موضوع بهداشت خانگی نیز «از آنجا که دانش جدید انحصاری نبود، برای ترویج آن نمی‌شد روی بازار حساب کرد». سوم، هزینهٔ پیشرفت‌های چشم‌گیر در زمینهٔ سلامتی که از طریق دانش پزشکی و اقدامات پیشگیرانه به دست آمده بودند نسبتاً کم بود. آنها به افزایش عمدهٔ درآمد ملی، که تولید سرمایه‌داری است، وابسته نبودند و درواقع، پیشرفت‌های چشم‌گیر (در افزایش) طول عمر، حتی در کشورهای بسیار فقیر، در همین اواخر رخ داده است؛ از چین در دههٔ ۱۹۵۰ گرفته تا کوبا در دههٔ ۱۸۶۰ و کرالا در دههٔ ۷۰ میلادی [۸]. در آخر، هزینهٔ پژوهش‌هایی که منجر به چنین پیشرفت‌هایی در زمینهٔ سلامتی شده‌اند هم بسیار اندک بودند و به رشد سرمایه‌داری بستگی نداشتند. آن‌گونه که استرلین توضیح می‌دهد: «کسی که آزمایشگاه‌های ابتدایی دانشمندی چون پاستور، کخ و فلمینگ را تصور می‌کند، در باورش نمی‌گنجد که آنها با لوازمی بسیار پیشرفته‌تر از پیشینیان خود در دو قرن قبل سروکار داشتند». تا سال ۱۹۲۹ کل هزینهٔ تحقیق و توسعه، دولتی و خصوصی، در تمام زمینه‌های علم در آمریکا، تنها ۲٫۰ درصد تولید ناخالص

ملی بود و پژوهش‌های زیست‌پزشکی^۱ درصد کوچکی از آن را شامل می‌شد [۹]. امروزه هزینه‌های تحقیقات پزشکی به شدت افزایش یافته است اما سود اجتماعی حاصل از آن موضوع دیگری است که درباره آن صحبت خواهیم کرد.

با این حساب، جنبش بهداشت عمومی را، که جرقه انقلاب مرگ‌ومیر در انگلستان شد، نمی‌توان دستاورد از قبل برنامه‌ریزی شده سرمایه‌داری دانست. درست همان‌طور که انقلاب روسیه دستاورد خودکامگی تزاری نبود و استقلال هند در نتیجه حکومت بریتانیا حاصل نشد. جنبش بهداشت عمومی که انقلاب مرگ‌ومیر را سبب شد، امتیازی نبود که طبقه سرمایه‌دار بخواهد اعطا کند، بلکه واکنشی در برابر هزینه‌های اجتماعی سرمایه‌داری بود. این در حالی است که از سوی دیگر، دستاوردهای کشورهای غیرسرمایه‌داری با بسیاری از کشورهای سرمایه‌داری در افزایش امید به زندگی برابری می‌کند و گاه از آنها پیشی گرفته‌اند. با همه اینها، شکی نیست که انقلاب مرگ‌ومیر با ظهور سرمایه‌داری صنعتی همراه بود. مثلاً ساخت شبکه‌های آب برای دولت، سود بیشتری از فروش آب به تعداد محدودی از مشتریان خصوصی داشت. حقیقت آن است که نیروهای پیش‌برنده انقلاب در (کاهش) نرخ مرگ‌ومیر متعدد و اغلب متناقض بودند. آنچه اهمیت داشت خود علم بود. علوم طبیعی به ویژه فیزیک و شیمی رونق داشتند، چراکه ارزش آنها برای انباشت سرمایه ثابت شده بود. پیشرفت در علوم زیستی بعدها اتفاق افتاد و توانایی بالقوه‌اش در تولید سود را نشان داد. اما در میان طبقه سرمایه‌دار، حمایت از علم به طور کلی، به علت منافع اقتصادی علوم طبیعی، عامل مهمی بود که پیشرفت‌های حیاتی را هم در فناوری بهداشتی و هم در علم پزشکی ممکن می‌ساخت و این، به نوبه خود، پیامد آزادی‌های فکری‌ای بود که در جریان انقلاب بورژوازی شکل گرفتند. بنابراین، درحالی که انقلاب مرگ‌ومیر دستاورد خودخواسته سرمایه‌داران نبود، ظهور بورژوازی، هرچند به شکلی غیرمستقیم و پیچیده، زمینه توسعه مبنای علمی آن را فراهم کرد.

البته باید توجه داشت که در اوج انقلاب مرگ‌ومیر در اواخر قرن ۱۹، پژوهش‌های پزشکی همچنان نسبتاً انتقادی و بی طرف عمل می‌کردند و هنوز انسجام خود را از دست

نداده بودند؛ آن‌گونه نبودند که مارکس دربارهٔ اقتصاد جریان اصلی می‌گفت: «[مبارزهٔ طبقاتی] نافوس مرگ اقتصاد علمی بورژوازی را به صدا درآورده». از آن پس، درستی یا نادرستی یک نظریه اهمیت نداشت، بلکه آنچه مهم بود سودمندی آن برای سرمایه بود. جای پژوهشگران بی طرف را اجیرشدگانی گرفتند که بر سر مزد و جایزه رقابت می‌کردند و پژوهش راستین علمی، جای خود را به بی وجدانی و مقاصد پلید توجیه‌گران داد [۱۰]. صدسال پیش، هنوز این جایزه‌بگیران اجیرشده پا به عرصهٔ پژوهش‌های بیوشیمی نگذاشته بودند: همان پزشکانی که حاضرند با دریافت مبالغی هنگفت، نامشان را در مجلات علمی، زیر عنوان مقالات پزشکی ای بیاورند که برای شرکت‌های داروسازی و توسط خود آنها نوشته می‌شود؛ همان پژوهشگران سیاست‌های بهداشتی که آشکارا شواهد را به نفع شرکت‌های بیمه تحریف می‌کنند [۱۱].

۲. پس از انقلاب مرگ‌ومیر

دربارهٔ نقش متناقض سرمایه‌داری در انقلاب مرگ‌ومیر بسیار گفتیم، اما کارکرد آن در زمان به ثمر رسیدن این انقلاب چه بود؟ از میانهٔ قرن بیستم، امیدبه‌زندگی، به‌ویژه در کشورهای سرمایه‌داری پیشرفته، روندی همچنان افزایشی داشت و در سال ۲۰۰۰، میانگین آن به ۸۰ سال رسید [۱۲]. برخی از متفکران جایزه‌بگیر چنین نتیجه می‌گرفتند که رشد اقتصادی، صرف‌نظر از نحوهٔ استفاده از منابع دیگر، در نهایت سبب افزایش امیدبه‌زندگی می‌شود و هدف اصلی سیاست‌گذاران سلامت هم باید همین باشد (در سال ۱۹۹۶، زمانی که لری سامرز معاون وزیر خزانه‌داری ایالات متحده در دولت کلینتون بود، این تر را در مقاله‌ای با عنوان «فرد ثروتمندتر سالم‌تر است»، خلاصه کرد، که بسیار هم مورد استناد قرار گرفت) [۱۳].

امروزه، در مقایسه با ۱۵۰ سال پیش، درک بسیار بیشتری دربارهٔ علل بیماری وجود دارد. بر این اساس، ارتقای معیارهای زندگی کم‌درآمدترین شهروندان حتی در کشورهای بسیار فقیر، به‌تنهایی می‌تواند در شرایط مناسب، از راه ایجاد تغییر در عادات فردی، سبب بهبود وضعیت سلامتی آنها شود (از طریق بهبود تغذیه و بهداشت فردی، استفاده

از پشه‌بند و غیره). با این حال، در اغلب موارد، شواهد موجود، نظریه «فرد ثروتمندتر سالم‌تر است» را تأیید نمی‌کنند. بیشتر دستاوردهای پیاپی در (افزایش) امید به زندگی در جهان پیشرفته سرمایه‌داری از تعمیق مداوم اقدامات پیشگیرانه که انقلاب اولیه در مرگ‌ومیر را آغازید حاصل شده‌اند. این دستاوردها چندان به بهبود تغذیه یا سایر عناصر مصارف فردی بستگی ندارند و تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد به مراقبت‌های بهداشتی-سلامتی مربوط هستند [۱۴]. به علاوه، این دستاوردها در طول زمان در جاهایی بیشتر است که توزیع درآمد عادلانه‌تری دارد، نه مناطقی که تنها درآمد بالاتری دارند. عامل تعیین‌کننده میانگین امید به زندگی در کشورهای برخوردار نیز رتبه آنها در تولید ناخالص داخلی نیست، بلکه میزان برابری در میان شهروندان آن کشورهاست [۱۵].

اما تنها چیزی که سرمایه‌داری می‌تواند بی‌عیب و نقص انجام دهد تولید و بازتولید نابرابری است: نخست، از راه عملکرد عادی بازار برای نیروی کار و تصاحب مازاد سرمایه توسط صاحبان آن در قالب سود سهام و رانت؛ و دوم، با تأثیر سرمایه بر سیاست عمومی؛ یعنی بر نظام مالیاتی، خدمات عمومی (آموزش، سلامت، مراقبت‌های بلندمدت و تأمین اجتماعی) و زیرساخت‌های اجتماعی (مسکن، حمل و نقل، فضاهای عمومی، کتابخانه‌ها و غیره) [۱۶]. هسته اصلی سرمایه‌داری گسترش پیوسته نابرابری در تمام این ابعاد است و هر قدر کمتر تحت فشار باشد، در سطح وسیع‌تری نابرابری تولید می‌کند. در دوران نئولیبرالیسم که از اواخر دهه ۱۹۷۰ آغاز شد، نابرابری تقریباً در همه جا و به ویژه در کشورهایی مانند ایالات متحده و بریتانیا که سیاست‌های نئولیبرالی همواره دنبال می‌شد و حتی در بین کشورهای فقیر و ثروتمند، گسترش یافت [۱۷]. در بسیاری از کشورهای کمونیستی سابق، در نتیجه گذار ناگهانی به سرمایه‌داری، وضعیت بدتر از این بود و به افزایش تکان‌دهنده‌ای در مرگ‌ومیر، به ویژه در مردان، منجر شد.

اینکه چگونه نابرابری سبب ایجاد بیماری می‌شود، پیچیده و بسیار مناقشه‌برانگیز است [۱۸]. شرایط مادی نامناسبی که فقرا با آن بیشتر مواجه‌اند، مستقیماً علتی است برای خطرات جسمانی (عفونت‌ها، سوء تغذیه، بیماری‌های مزمن و مصدومیت‌ها)، مشکلات تکاملی (تأخیر یا اختلال در تکامل شناختی و اجتماعی) و مشکلات اجتماعی (اجتماعی شدن، آمادگی برای کار و زندگی خانوادگی). تداخل و تأثیرات

انباشته تمام این موارد ممکن است به انواع مختلف بیماری‌ها در سنین مختلف بینجامد [۱۹]. نظریه ریچارد ویلکینسون^۱ در این زمینه، که بسیار هم مورد ارجاع است، بیان می‌کند که وضعیت بد اقتصادی یا اجتماعی واکنش‌های زیست‌شناختی بیمارگونه می‌آفریند. برای این نظریه ظاهراً شواهد کمی موجود است، اما تردید چندانی وجود ندارد که همان‌گونه که ویلکینسون استدلال می‌کند، تأثیر مثبت و متقابل ارتباط‌های فعال و تنگاتنگ انسانی، به طرق مختلف، ضامن سلامتی‌اند، اما نابرابری با آنها سر جنگ دارد [۲۰]. این مسئله به‌ویژه در بیماری‌های روانی، از جمله افسردگی دخیل است که امروزه، در مقیاسی همه‌گیر بروز می‌کند و در کشورهای با بالاترین میزان نابرابری، چیزی بین یک پنجم تا یک چهارم کل بزرگسالان راتحت تأثیر قرار می‌دهد.

این پیچیدگی‌ها باید با مطالعه عوامل مختلف بیماری در طول زندگی افراد، در گروه‌های تاریخی مختلف و در محیط‌های اجتماعی خاص مورد تحلیل قرار گیرند. برای نمونه، برخی بیماری‌های دوران سالخوردگی مانند سرطان معده، سل و سکت‌ها از رویدادهای اوایل دوران کودکی، که در خانواده‌های کم‌درآمد بیشتر تجربه می‌شوند، نشئت می‌گیرند. سایر بیماری‌ها از حوادث و رفتارهای دوران جوانی ناشی می‌شوند، مانند تصادفات و مصدومیت‌های محل کار که بیشتر در مشاغل یدی غیرتخصصی اتفاق می‌افتد. برخی بیماری‌ها نیز ناشی از عواملی‌اند که تنها در دوران کهن سالی ظاهر می‌شوند. تأثیر نابرابری در مراحل ابتدایی‌تر زندگی می‌تواند احتمال قرار گرفتن در معرض عوامل بیماری‌زا را به شکل تجمعی افزایش دهد.

بیماری می‌تواند از مراقبت‌های پزشکی ناکافی، در هر مرحله از زندگی هم ناشی شود؛ معمولاً گروه‌های آسیب‌پذیر جنسی، قومی و افراد ناتوان یا کم‌توان جسمی و قشرهای کم‌درآمد کمترین دسترسی را به چنین مراقبت‌هایی دارند. حتی در بریتانیا، جایی که تقریباً تمامی بودجه خدمات سلامت از درآمد مالیاتی تأمین می‌شود و برای همگان رایگان است،

قانون جولیان تودور هارت^۱ موسوم به «مراقبت معکوس»^۲ جاری است که بر مبنای آن، میزان مراقبت‌های بهداشتی ارائه‌شده با نیاز به آنها رابطه معکوس دارد. این قانون در تمام جوامع جغرافیایی و برای افراد و گروه‌های درون هر جامعه‌ای صدق می‌کند: به عنوان مثال، فقیرترین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، به طور متوسط، هشت سال دیرتر از ثروتمندترین این بیماران به درمان دسترسی می‌یابند؛ و در سراسر جمعیت، کم درآمدترین‌ها، در مقایسه با افراد مرفه، به میزان بسیار کمتری در بیماری‌های وخیم قلبی درمان و مراقبت دریافت می‌کنند [۲۱]. در بسیاری از کشورهای درحال توسعه. اگر نگوییم در همه آنها. سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی که پس از سال ۱۹۴۵ با بودجه عمومی تأسیس و تأمین می‌شدند جای خود را به خدمات خصوصی بی حساب و کتاب و خطرناک داده‌اند، به طوری که در برخی مناطق، دستاوردهای بهداشت و سلامت سال‌های پیشین معکوس شده است [۲۲]. سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ گزارش داد که «این در ابتدا به یک پدیده شهری محدود می‌شد، اما اکنون تعداد زیادی از تأمین‌کنندگان مختلف و مستقل خدمات بهداشتی به ارائه مراقبت‌های بهداشتی در مقیاس کوچک، بی ضابطه و با دریافت هزینه در قبال ارائه خدمت می‌پردازند؛ این سیستم امروزه برگستره مراقبت‌های بهداشتی، از جنوب صحرای آفریقا تا اقتصادهای درحال گذار آسیا و اروپا، تسلط یافته است» [۲۳]. پسرقت نسبتاً مشابهی در کشورهای اتحاد جماهیر شوروی سابق نیز اتفاق افتاد، به ویژه در آنهایی که پس از ۱۹۹۰، در معرض خصوصی سازی سریع و گسترده قرار گرفتند. در پنج کشوری که بیشترین آسیب را دیدند، بی‌کاری به ۲۳ درصد رسید و سبب افزایش وحشتناک ۳/۴۲ درصدی مرگ و میر در مردان بالغ شد [۲۴].

بدین ترتیب، عوامل تعیین‌کننده طول عمر متوسط برای هر جامعه، به لحاظ تاریخی، مشخص و پیچیده هستند. در کشورهای برخوردار (که تقریباً تمام این تحقیقات مفصل درباره پیوندهای بین شرایط اجتماعی و سلامت در همین کشورها انجام شده

1. Julian Tudor Hart

۲. قانون مراقبت معکوس ۳۰ سال پیش توسط جولیان تودور هارت در مقاله‌ای در مجله لانتت مطرح شد که واسطه انحرافی بین نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و استفاده واقعی از آن را توصیف می‌کرد؛ یعنی کسانی که به دلیل محرومیت و فقر، بیشترین نیاز به خدمات درمانی را دارند کمتر به آن دسترسی پیدا می‌کنند و آنها که به دلیل ثروت بیشتر و کیفیت زندگی بالاتر، کمتر نیازمند چنین خدماتی می‌شوند مراقبت‌های آسان‌تر و باکیفیت‌تری در دسترسشان است.

است) ترکیبی از رویکردهای متضاد را می‌بینیم: کاهش نرخ‌های میانگین مرگ و میر و در عین حال، گسترش دامنه امید به زندگی که با نابرابری اقتصادی-اجتماعی مرتبط است. جرج داوی اسمیت^۱ این مسئله را هوشمندانه چنین جمع‌بندی کرده است:

فرایندهای اجتماعی‌ای را که به موقعیت‌های نامطلوب منجر می‌شوند می‌توان شناسایی کرد. به‌ویژه می‌توان بر آنهایی متمرکز شد که در شرایط کمتر برخوردار اجتماعی، از تولد تا مرگ جریان دارند؛ برای مثال، الگوی اجتماعی تغذیه‌ای، بهداشت و تجربه‌های محیطی والدین و شخص بر وزن هنگام تولد، قد، وزن (در طول عمر) و عملکرد ریوی تأثیر می‌گذارند که به نوبه خود، شاخص‌های مهم چشم‌انداز سلامتی در آینده‌اند. این جنبه‌های بیولوژیکی بدن‌ها (و تاریخچه بدن‌ها) را باید «مناسبات ثابت بیولوژیکی» در نظر گرفت [۲۵].

۳. سلامت عمومی [۲۶]

دیدیم که مناسبات اجتماعی عوامل کلیدی سلامت جوامع هستند. با این حال، از دهه ۱۹۸۰، تغییر در مناسبات اجتماعی سرمایه‌داری معاصر در دستورکار هیچ دولت بزرگی نبوده است. ناامیدکننده است که از میان شواهدی که اکنون به‌عنوان علل اجتماعی بیماری‌ها در دست داریم، تعداد بسیار اندکی در سیاست‌های بهداشت و سلامت امروزه کشورها بازتاب یافته‌اند و سیاست دولتی در مواجهه با این عوامل اساساً نادیده گرفتن آنها بوده است. کاستن از شدت نزولی بودن نظام مالیاتی، کاهش اندازه کلاس‌های مدرسه، یا کاهش ناامنی‌های شغلی، پیش‌پاافتاده‌ترین وظیفه دولت‌هاست که می‌توانند از این طریق، سلامت اقشاری که در پایین‌ترین سطح سلامتی قرار دارند را بهبود بخشند. اما حتی همین اقدامات هم، برای دولت‌ها، فارغ از لفاظی‌های سیاسی‌شان در زمانی که نابرابری چنین بی‌امان افزایش یافته، در اولویت نبوده‌اند. در عوض، تمرکز سیاست‌های حوزه سلامت ابتدا بر فرد و عملکرد به اصطلاح اختیاری افراد، یعنی «برعهده‌گرفتن مسئولیت سلامت خود» و دوم، بر تمهیدات پزشکی با تکنولوژی پیشرفته برای مقابله با موارد بیماری فردی‌ای است که بخش بزرگی از آنها، اگر

1. George Davey Smith

شرایط اجتماعی متفاوت بود، هرگز به وجود نمی‌آمدند.

این نشان‌دهنده عقب‌نشینی چشم‌گیر از اهداف حرفه بهداشت عمومی است که از موفقیت‌های انقلاب مرگ‌ومیر و با تمرکز بر سلامت جمعی به جای افراد و بر پیشگیری به جای درمان حاصل شده بود. با مطرح‌شدن مسائل اجتماعی به دنبال اوج‌گیری مبارزات جنبش کارگری در نیمه اول قرن بیستم، توجه (جامعه) پزشکی به باتلاقی از ناکارآمدی‌های عمیق و گسترده جلب شد که تا آن زمان به سختی قابل درک و فهم بود: نوزادان بیمار، کودکان عقب‌مانده، مادران کم‌خون، کارمندان اداری مبتلا به زخم‌های (گوارشی)، مبتلایان به التهاب مفاصل، کم‌درد، سکت، بیماری‌های ارثی، افسردگی و سایر روان‌نژندی‌ها و تمام بیماری‌های سالمندی و... تهدید سلامتی که پیش روی جامعه مدرن قرار دارد بیشتر ناشی از اختلالات جسمی یا روانی، زمینه‌های کلی و شاید مادرزادی ابتلا به بیماری در میان جمعیتی است که فقر، ناآگاهی، نابرابری، تغذیه و مسکن نامناسب، بیکاری و یا کار زیاد از آنها جمعیتی ناکارآمد و غیرمولد ساخته است. برای مبارزه با این همه ائتلاف، درد و رنج و آسیب، لازم بود که پزشکی به تشکیلاتی مثبت و نظام‌مند بدل شود و علاوه بر بیماران، برای افراد ظاهراً سالم و طبیعی هم برنامه پایش مشخصی داشته باشد. [وضعیت] افراد را از نوزادی تا سالمندی دنبال کند، میزان بروز بیماری‌های مزمن، ارثی و سرشتی را ثبت کند و ارتباط بیماری با متغیرهایی مانند درآمد، آموزش، طبقه، رژیم غذایی و مسکن را بیابد [۲۷].

با این حال، تا پایان دهه ۱۹۸۰، چنین آرمان‌هایی (با خصوصیات ذاتاً دولت‌گرایانه و شاید کمی ته‌رنگ اقتدارگرایانه‌شان) نه تنها در کشورهای نئولیبرال پیشرو، بلکه در سایر کشورها نیز قاطعانه کنار گذاشته شدند. پزشکان بهداشت عمومی خاطر نشان می‌کردند که ضرورت سیاست‌گذاری اجتماعی و اقتصادی مبتنی بر درس‌های بهداشت عمومی از همیشه بیشتر شده است. آنها اصرار داشتند که تمام حوزه‌های سیاست عمومی، باید به عنوان عناصر سیاست‌های بهداشتی شناخته شوند؛ محیط فیزیکی (آلودگی، گرم‌شدن کره زمین، انرژی، فرسایش خاک و غیره) و محیط اجتماعی (بیکاری، مسکن، حمل و نقل، تولید مواد غذایی)، هر دو، باید جزئی از مسائل بهداشت عمومی تلقی شوند؛ و بهداشت عمومی و سیستم مراقبت‌های بهداشتی باید مکمل هم باشند. اما در

عمل اغلب برعکس بود. آن گونه که یک پزشک بریتانیایی در آن زمان اشاره کرد:

هر بار که وزیری با نادیده گرفتن افزایش شدید فقر، بیکاری ناخواسته، بی خانمانی و سایر خطرات سلامتی در طول دهه گذشته، لاف می زند که سرویس سلامت ملی (NHS) «بیماران بیشتری را نسبت به گذشته درمان کرده» و آن را آشکارا نوعی دستاورد در حوزه سلامت می پندارد، عدم درک مکمل بودن این دو [بهداشت عمومی و سیستم مراقبت های بهداشتی]، آشکار می شود [۲۸].

زمانی که حتی احزاب سوسیال دموکرات در اروپا آرمان های اصیل سلامت و بهداشت عمومی را کنار گذاشتند، متخصصان بهداشت عمومی که روزگاری صاحب جایگاهی بودند، بخش زیادی از نفوذ خود را از دست دادند. نقش حمایتی سابق آنها در پیوند دادن سیاست اجتماعی و اقتصادی (برای مثال، اشتغال کامل^۱) به سیاست سلامت، که معمولاً از طریق ارتباط های نزدیک با سیاست گذاران سوسیال دموکرات عملی می شد، و نقش محوری شان در برنامه ریزی برای مراقبت های بهداشتی بر اساس مطالعه نیازهای جمعیتی حذف شد و تکیه بر «نشانه های بازار» جای این دو نقش را گرفت [۲۹]. نقش بهداشت عمومی به برنامه ریزی برای واکنش هایی به پاندمی های تهدیدکننده جهانی و تلاش برای تأثیرگذاری بر انتخاب «سبک زندگی» افراد از مسیر آموزش عمومی تقلیل یافت. پول ها را خرج کمپین های رسانه ای برای کاهش مصرف سیگار و سوء مصرف الکل و خرج ترغیب مردم به ورزش بیشتر و تغذیه بهتر می کنند، درحالی که حتی نمی شود درباره ابتدایی ترین شرایط مرتبط با نابرابری که مردم را به مصرف سیگار و افراط در نوشیدن الکل و غذاهای بی کیفیت سوق می دهد (چراکه غذای باکیفیت هزینه بیشتری دارد و در مناطق فقیر حتی از مناطق ثروتمند هم گران تر تمام می شود) حرف زد، چه رسد به تغییر آن شرایط. دو پزشک پیشرو در حوزه بهداشت عمومی در بریتانیا، در ۱۹۹۷ به این نتیجه رسیده بودند که:

شدت نابرابری ها در سلامتی در بریتانیا قابل توجه و فزاینده است. راه اصلی پرداختن به این نابرابری ها قطعاً از مسیر تغییرات اجتماعی و سیاسی ای

۱. full employment به وضعیتی اشاره دارد که در آن تقریباً تمامی افراد قادر به کار و جویای کار، شغل دارند.

می‌گذرد که منجر به جامعه‌ای برابرتر می‌شود. متخصصان پزشکی اجتماعی هم اگر حامی چنین تغییراتی نباشند، در دست‌یابی به هدف اصلی خود، یعنی ارتقای وضعیت سلامت جامعه، شکست خواهند خورد [۳۰].

البته حمایت از این تغییرات در مجلات تخصصی یک مسئله است و دفاع جانانه از آن در بحث‌های عمومی مسئله‌ای دیگر است. آن هم در زمانی که همه طرف‌های اصلی تصمیم گرفته‌اند که نمی‌توانند یا نمی‌خواهند به این تغییرات تن دهند. حمایت از این موضوع در عرصه عمومی شما را با خطر از دست دادن بودجه و حمایتی که برای تحقیقات در اختیاران قرار داده‌اند و حتی حملات دولتی به شهرت حرفه‌ای‌تان مواجه می‌کند [۳۱]. همه کشورهای تحت سیطره نئولیبرالیسم با این موضوع تقریباً به یک شکل برخورد می‌کنند.

۴. مراقبت‌های بهداشتی از زمان انقلاب درمانی

انقلاب فناوری و علم پزشکی در قرن بیستم برای اولین بار امکان درمان بی‌شماری‌کننده، طولانی‌شدن عمر، تسکین درد و بهبود کیفیت زندگی را فراهم کرد. در آن زمان دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، سبب امیدها و نگرانی‌های زیادی در بین مردم شد. در سال ۱۹۴۸، در ماده ۲۵ اعلامیه حقوق بشر، مراقبت‌های بهداشتی جزو حقوق بشر تعریف شد [۳۲]. آنورین بوان^۱، که در همین سال خدمات بهداشت ملی بریتانیا را بنیان نهاد، به‌درستی آن را به‌عنوان «رهایی از ترس» تعریف کرد. در پایان دهه ۱۹۵۰، تمام کشورهایایی که جنبش‌های کارگری قدرت یافته بود، دولت‌ها نتوانستند در مقابل تقاضای دسترسی جهانی به این خدمات مقاومت کنند. نظام‌های عمومی کم‌وبیش جامع که بودجه‌شان از طریق بیمه اجتماعی یا مالیات عمومی تأمین می‌شد و علاوه بر کارگران، زنان و کودکان را هم تحت پوشش قرار می‌دادند، جای بازارهای مراقبت‌های بهداشتی خصوصی و خدمات درجه‌دو و طبقاتی را گرفتند و عرصه عظیم و جدیدی در مشاغل تخصصی حوزه خدمات بهداشتی ایجاد کردند [۳۳]. ایالات متحده هم

1. Anewris Bevan

در سال ۱۹۶۵ برای افراد بسیار فقیر^۱ و برای تمامی افراد بالای ۶۵ سال^۲ خدمات عمومی رایگان عرضه کرد. در کشورهای کمونیستی، خدمات سلامتی دولتی استاندارد همگانی تصویب شد. در کشورهای «جهان سوم»، برنامه دولتی با کمبود منابع مالی و تقاضای بسیار زیاد دست و پنجه نرم می‌کرد، اما اصل دسترسی همگانی که با عملکرد دولت تضمین می‌شد به شکل گسترده‌ای پذیرفته شده بود.

مانند اقداماتی که انقلاب مرگ‌ومیر را رقم زد، ذی‌نفعان سرمایه‌داری. همچنین اکثر قریب به اتفاق پزشکان. در ابتدا در مقابل ارائه مراقبت‌های جامع بهداشتی مقاومت کردند. با این حال، محبوبیت گسترده آن بر مقاومت متخصصان پزشکی که در ازای موافقت با کارکرد سیستم‌های جدید، به دنبال شرایط شغلی عالی بودند و غالباً هم موفق می‌شدند فائق آمد. در برخی کشورهای اروپای غربی، بخش خصوصی بزرگی اجازه یافت تا به موازات سیستم عمومی مبتنی بر بیمه اجتماعی به کار خود ادامه دهد. در اغلب سیستم‌های نوین مراقبت بهداشتی، پزشکان اجازه داشتند بر همان مبنای پول در قبال خدمات حقوق بگیرند که ذاتاً پرداخت پاداش برای درمان بیش از حد و افزایش هزینه‌های بیمار را در پی داشت. هنگامی که توافق پس از جنگ در دهه ۱۹۷۰ به پایان رسید، ضعف‌های این سیستم مورد سوءاستفاده دشمنان نظام‌های مراقبت بهداشتی عمومی و همگانی قرار گرفت. اما اصول اولیه مراقبت‌های بهداشتی رایگان برای همه، در اغلب کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه^۳، عمیقاً جا افتاده بود.

با این حال، انقلاب درمانی سبب رشد چشم‌گیر صنعت داروسازی مبتنی بر علم شد. بعدها صنعت بیوتکنولوژی هم که ارتباط تنگاتنگی با صنعت داروسازی داشت به آن اضافه شد. این آشکال سرمایه از قدرت سیاسی و اقتصادی عظیمی برخوردارند و از نظر سیاسی، به ویژه در آمریکا، با بیمه‌های سلامت خصوصی قدرتمند و صنایع تأمین‌کننده مراقبت‌های بهداشتی ارتباط تنگاتنگ دارند.

فروش جهانی داروها در سال ۲۰۰۸ بیش از ۶۰۰ میلیارد دلار برآورد شده بود که دو

1. medicaid

2. medicare

3. OECD

سوم آن از ۲۰ شرکت بزرگ (دنیا) که اغلب متعلق به آمریکا یا اروپای غربی بودند حاصل شد. درآمد شرکت‌های بیوتکنولوژی در سال ۲۰۰۵، ۵۱ میلیارد دلار برآورد شده بود، اما انتظار می‌رفت که در نهایت، از نظر ارزش، از صنعت داروسازی پیشی بگیرد. علاوه بر این، صنایع فناوری پزشکی در مرکز پیشرفت‌های دارورسانی، تصویربرداری و جراحی کامپیوتری قرار داشت که با فروش سالانه ۲۰۰ میلیارد دلار، به سرعت در حال گسترش بود. هم‌اکنون صنایع داروسازی تا ۱۰ درصد هزینه‌های بهداشتی کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه را به خود اختصاص می‌دهند.

پیش از سال ۱۹۰۰، محدود داروهای مؤثر در آن زمان، مانند آسپرین، به‌طور فزاینده‌ای توسط شرکت بایر^۱ و سایر زیرمجموعه‌های صنایع شیمیایی آلمان تولید می‌شدند. پژوهش‌هایی که انقلاب درمانی را آغاز کردند اغلب در آزمایشگاه‌های دانشگاه‌هایی که بودجه دولتی داشتند یا در مؤسسات تحقیقاتی با حمایت خیریه‌ها انجام می‌شدند. اما با مشخص شدن قدرت بالقوه داروهای جدید در دهه ۱۹۳۰، بسیاری از نام‌های آشنای امروزی صنعت داروسازی، مثل هافمن لاروش^۲، مرک^۳، الی لیلی^۴ و شرکت‌های زیرمجموعه‌ای که در گالکسو اسمیت کلاین^۵ ادغام شدند، به‌صورت چشم‌گیری گسترش پیدا کردند و به استخدام پژوهشگران و سرمایه‌گذاری و بازاریابی در زمینه دارو روی آوردند.

با این حال، ظاهراً دوران کشف داروهای جدیدی که در وضعیت بیماران مبتلا به مسائل مهم پزشکی پیشرفت عمده حاصل می‌کردند در دهه ۱۹۸۰ به پایان رسید و نرخ نوآوری کمتر شد، چراکه تعداد داروهای جدیدی که در هر سال ثبت می‌شدند، از ۵۰ مورد در دهه ۱۹۹۰ به حدود ۲۰ مورد در حال حاضر رسیده است [۳۴]. با تمام وعده‌های همیشگی درباره پیشرفت‌های آینده، نظر تلخ استاد پزشکی انتصابی دانشگاه آکسفورد در دهه ۱۹۹۰ همچنان درست به نظر می‌رسد: «ظاهراً در درک بیماری‌های کشنده دنیای غرب به بن‌بست رسیده‌ایم... درباره اینکه چطور این بیماری‌ها مردم را

1. Bayer

2. Hoffman La Roche, Eli Lilly

3. Merck

4. Eli Lilly

5. GlaxoSmithKline

مبتلا می‌کنند جزئیات بسیار بیشتری فهمیده‌ایم، اما در تشخیص اینکه اصلاً چرا این بیماری‌ها ایجاد می‌شوند پیشرفت کمی داشته‌ایم» [۳۵].

یک از واکنش‌های شرکت‌های دارویی به این موضوع، ثبت داروهای «تقلیدی» بود: رونوشتی از داروهای موجود که فایده آنها در بهترین حالت، تنها اندکی از داروهای مشابه تولیدشده شرکت‌های دیگر بیشتر است، اما به اندازه‌ای متفاوت هستند که به ثبت برسند. امروزه بیش از نیمی از تمام داروهای جدید از این نوع هستند [۳۶]. این شرکت‌ها منابع عظیم تبلیغاتی خود را صرف این ادعا می‌کنند که داروهایی که ساخته‌اند می‌توانند شرایط دیگری را هم بهبود بخشند، مانند «سندرم پای بی‌قرار»، «اختلال نعوظ» (ناتوانی جنسی) و «اختلال اضطراب اجتماعی» (خجالتی بودن) گاه اینها مواردی من‌دراوردی و خنده‌دار است یا نام جدیدی است که روی شرایطی طبیعی و معمول گذاشته‌اند و از این راه پول هنگفتی به جیب می‌زنند. مارسیا آنجل^۱، سردبیر سابق مجله پزشکی نیوانگلند^۲ می‌گوید: «راهکار بازاربابان دارو، که بسیار هم موفق بوده، این است که امریکایی‌ها را متقاعد کنند که تنها دو گروه انسان وجود دارد: گروهی با شرایط پزشکی که نیازمند درمان دارویی هستند، و آنهایی که هنوز از مشکیشان خبر ندارند» [۳۷]. آنجل از داروی نورونتین^۳ ساخت شرکت فایزر^۴ نام می‌برد که در زمانی که سایر درمان‌های دارویی شکست خورده بودند، برای درمان صرع مورد تأیید قرار گرفت: سازنده دارو با پرداخت مبالغی به متخصصان دانشگاهی، نام آنها را در مقاله‌هایی درج کرد که از محاسن داروی نورونتین برای سایر مصارف سخن می‌گفتند، از جمله برای درمان بیماری دوقطبی، اختلال اضطرابی پس از حادثه، بی‌خوابی، سندرم پای بی‌قرار، گرگرفتگی، میگرن، سردرد تنشی و غیره. علاوه بر این، سازنده دارو تأمین مالی کنفرانس‌هایی را هم که در آنها این مصارف تبلیغ می‌شدند بر عهده گرفت و بدین ترتیب، توانست دارو را با فروش ۷/۲ میلیون دلار در سال ۲۰۰۳ به یک محصول پرفروش تبدیل کند [۳۸].

1. Marcia Angell

2. *New England Journal of Medicine*

3. Neurontin

4. Pfizer

پیش‌تر به این اشاره شد که برخی پزشکان، که باز هم عمدتاً در ایالات متحده بودند، در این روند همدستی و همکاری کردند، اما پرداخت مبالغ هنگفت (نیم میلیون دلار برای این کار غیرمعمول نیست) برای درج نام این پزشکان در مقاله‌ای که کارکنان شرکت‌های دارویی نوشته‌اند تنها گوشه‌ای از داستان فساد است که صنعت داروسازی در علم پزشکی مرتکب شده است. سابقه نکوهیده دیگر این صنعت سرپوش‌گذاشتن بر شواهد پژوهشی است که به لطف مقررات سست (که تصویبشان همیشه با لابی‌گری همراه است)، به تأیید داروهایی می‌انجامد که بعدها خطرناک یا حتی مرگ‌بار بودنشان معلوم می‌شود (مثلاً آژانس فدرال داروی امریکا شواهدی را که نشان می‌داد داروی بیهوشی ویوکس^۱ ساخت شرکت مرک سبب افزایش ریسک سکت‌های مغزی و حملات قلبی در برخی افراد می‌شود نادیده گرفت). گاه رویکرد این صنعت به شواهد علمی با صنعت ۴۰ میلیارد دلاری طب جایگزین که بی‌اعتنا به شواهد علمی است و آنها را نامربوط می‌خواند، چندان تفاوتی ندارد [۳۹].

در کشورهایی که سیستم مراقبت‌های بهداشتی عمومی همگانی دارند، صنعت دارو به دولت فشار سنگینی وارد می‌کند تا داروهایی را که در بهترین حالت، فقط اندکی به طول عمر مبتلایان به بیماری‌های لاعلاج می‌افزایند خریداری کند. آنها برای بالاترین قیمت ممکن هم فشار می‌آورند و استدلالشان این است که هزینه پژوهش و پیشرفت را باید از راه فروش همان محدود داروهایی که تأثیرشان ثابت شده تأمین کرد، اگرچه هزینه‌ای که صرف تبلیغات می‌کنند بسیار بیشتر از آن چیزی است که برای پژوهش و توسعه لازم است (برآوردها حاکی از دو یا سه برابر هزینه یا حتی بیشتر است). اگر هم خواسته‌هایشان برآورده نشود، هرجا بتوانند، از تهدید به انتقال فعالیت‌هایشان به خارج از کشور دریغ نمی‌کنند [۴۰]. ایالت‌هایی که شرکت‌های دارویی اصلی در آنها قرار دارند هم هرگز نخواسته‌اند در مقابل سوءاستفاده‌های آنها اقدامی کنند. هم‌زمان، صنعت داروسازی علاقه ندارد کمک‌های مالی سهام‌دارانش را صرف پژوهش برای درمان بیماری‌های مردم کشورهای فقیری کند که توان پرداخت هزینه داروها را ندارند.

مجمع جهانی تحقیقات سلامت^۱ برآورد کرده است که ۹۰ درصد از ۷۰ میلیارد دلاری که سالانه برای پژوهش‌های پزشکی در کل دنیا هزینه می‌شود، به بیماری‌هایی اختصاص می‌یابد که تنها ۱۰ درصد از کل بار جهانی بیماری‌ها را شامل می‌شوند [۴۱].

علاوه بر همه اینها، هزینه‌های سنگین صنعت داروسازی برای تبلیغات دارو اثرات ایدئولوژیکی هم دارد، به این صورت که دغدغه درمان را پررنگ‌تر از دغدغه پرداختن به عوامل مؤثر بر بیماری می‌سازد. رسانه‌ها نیز، هم‌داستان با این موضوع، به گونه‌ای درباره درمان‌های معجزه‌آسا داستان‌سرایی می‌کنند که انتظار می‌رود پیشرفت در تحقیقات سلول‌های بنیادین به بازسازی «چشم سالمندان، نخاع افراد فلج و سلول‌های تولیدکننده انسولین در افراد دیابتی» بینجامد [۴۲] یا پژوهش‌ها در پزشکی ژنتیک و نانوتکنولوژی به ساخت «ربات‌هایی با اندازه مولکولی» منجر شود که «شاید بتوانند سلول‌های منفرد و حتی رشته‌های دی‌ان‌ای را ترمیم کنند و در نتیجه، انسان‌ها بتوانند ۲۰۰ سال بدون هیچ نشانی از پیری زندگی کنند» [۴۳]. در مقابل، به بیماری‌های روانی و اعتیاد به الکل، که در کشورهای ثروتمند نسبت به هریک از موارد بالا سهم بیشتری از بار بیماری‌ها را دارند، توجه کمتری می‌شود، چراکه حل آنها نیازمند اقدامی در راستای علل اجتماعی-اقتصادی است.

پس انقلاب درمانی زیر سایه سرمایه‌داری نتایج متناقضی برای سلامت جهانی به همراه داشته است. پژوهش‌های بنیادین پزشکی، که اغلب در دانشگاه‌هایی با بودجه مالیاتی و سایر آزمایشگاه‌های غیرانتفاعی انجام می‌شوند، برای بیماری‌های عفونی که پیش‌تر کشنده بودند، درمان‌هایی یافته‌اند و همچنان برای کسانی که آن‌قدر ثروتمندند که هزینه درمان را بپردازند یا آن‌قدر خوش‌شانس هستند که در کشورهای زندگی کنند که هنوز سیستم مراقبت‌های بهداشتی با بودجه مناسب و دسترسی برابر دارد، مزایای شگفت‌انگیزی فراهم می‌کنند. بی‌شک، ایمونولوژی و تکنولوژی‌های پیشرفته پزشکی و جراحی دستاوردهای درخشانی حاصل کرده‌اند؛ با این حال، اگرچه این پیشرفت‌ها منافع قطره‌چکانی مهمی برای کشورهای فقیر به همراه داشته‌اند، اما اغلب به مشکلاتی می‌پردازند که در اکثر نقاط جهان، در اولویت قرار ندارند. منافع شرکت‌های دارویی و

1. The Global Forum for Health Research

فناوری پزشکی حتی تحقیقات پزشکی دانش‌بنیاد را نیز بیش از پیش جهت‌دار می‌کند و این امر به نگرانی‌ها دامن می‌زند: مسائلی که مورد پژوهش قرار گرفته‌اند تا چه اندازه به این دلیل که برای آنها بودجه سازمانی وجود داشته انتخاب شده‌اند؟ [۴۴] اینکه چگونه ذی‌نفعان محصولات تجاری، درحالی‌که محصولات خودشان همچنان باعث بیماری می‌شوند، توانسته‌اند سد راه تحقیقات درباره علل‌های محیطی سرطان شوند و این پژوهش‌ها را سرکوب کنند یا ارزش و اعتبار آنها را کم جلوه بدهند و پیشرفت‌ها را به درمان فردی محدود کنند، باور به مفید بودن علم در طبابت را عملاً تضعیف می‌کند [۴۵]. حتی گاه سرمایه‌داری دستاوردهای علم پزشکی را با تشویق به مصرف بی‌رویه و گاه نامنظم آنتی‌بیوتیک‌ها، که منجر به ظهور سویه‌های جدید مقاوم باکتری‌ها می‌شود، بر باد می‌دهد [۴۶].

۵. مراقبت‌های بهداشتی و مشروعیت: ایدئولوژی

تحلیلگران انتقادی همواره بر نقش مشروعیت‌بخش مراقبت‌های بهداشتی اذعان داشته‌اند و در عین حال، تأکید می‌کنند که یک اقتصاد مدرن و پیشرفته به کارگرانی تندرست برای کار نیازمند است [۴۷]. اما اینکه چه تعداد از آنها سالم باشند و چقدر سالم باشند، مسئله دیگری است.

این واقعیت که نابرابری و به تبع آن هزینه‌های سلامتی افزایش یافته و همواره کار از کشورهای ثروتمند به کشورهای انتقال یافته که نیروی کارشان از سلامتی کمتری برخوردارند و امید به زندگی در آنها کمتر است، خود، حاکی از آن است که این الزام چندان جدی نیست. همان‌طور که پورتر می‌گوید، در قرن بیستم، این مسئله از قبول عام برخوردار بود که «عملکرد روان و کارآمد اقتصادهای پیچیده تولیدکننده و مصرف‌کننده نیازمند جمعیتی است که همان قدر که باسواد، ماهر و مطیع قانون‌اند، سالم هم باشند» [۴۸]. البته سیاست دولت در دوره نئولیبرالیسم نشان داده که اطاعت از قانون تنها چیزی است که ضرورتش به شدت احساس می‌شود [۴۹].

این امر پس از سال ۱۹۹۰ روشن شد؛ زمانی‌که سیاست‌گذاران نئولیبرال کالایی کردن

مراقبت‌های بهداشتی با بودجه عمومی را دوباره آغاز کردند و بدین ترتیب، آن را به عرصه‌ای برای انباشت سرمایه خصوصی تبدیل کردند. این موضوع نشان داد که مسئله مراقبت‌های بهداشتی تا چه حد ایدئولوژیک است: تقریباً به اندازه یک واقعیت مادی. آنچه برای مشروعیت بخشی به مراقبت‌های بهداشتی اهمیت دارد، کیفیت یا حتی در دسترس بودن آن نیست، بلکه نحوه مفصل بندی آن با سایر عناصر ایدئولوژی غالب است. در گفتمان عمومی، خدمات بهداشت عمومی با «فقر»، «مسکن»، «آلودگی صنعتی»، یا «محرومیت در نواحی فقیرنشین شهر» مرتبط نیست، بلکه با «هزینه»، «مالیات»، «دیوان سالاری»، «رفاه»، «خودتکایی» و خود «دولت» (با صفت‌های منفی مانند دولت تیمارگر، دولت متمرکز یا استالین گونه) ارتباط دارد. مراقبت‌های بهداشتی که به خوبی جایگاه خود را در ایدئولوژی نئولیبرال پیدا کرده، یعنی با «بهره‌وری»، «کارایی» و «انتخاب» مفصل بندی شده، مثل هرچیز دیگری، می‌تواند به عنوان کالا بازنمایی شود. صنعت مراقبت‌های بهداشتی بخش خصوصی ایالات متحده هزینه‌های هنگفتی برای مخالفت با ارائه مراقبت‌های بهداشتی همگانی با بودجه عمومی صرف کرده، اما این به خودی خود کافی نبوده و زمینه گسترده‌تر ایدئولوژیک [بیش از هرچیز] اهمیت داشته است. این باور که شرکت‌های خصوصی، مراقبت‌های بهداشتی را با کیفیت بهتر ارائه می‌کنند، اینکه تأمین آن از محل درآمد‌های مالیاتی، به خودتکایی‌ای که امریکایی‌ها به آن شهره‌اند ضربه می‌زند و اتهام «سوسیالیستی بودن» آن تاکنون بارها آرزوی دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی را بر باد داده است.

در مورد اروپا، در رتوریک مربوط به تلاش برای کالایی سازی مجدد مراقبت‌های بهداشتی با دسترسی همگانی، به طور خاص دو موضوع مطرح می‌شوند: مهار هزینه و کارایی. مهار هزینه ضرورتی غیرقابل تردید به نظر می‌رسد، چراکه همواره گفته‌اند که افزایش هزینه‌ها امری ناگزیر است و اصرار دارند که دلیل این افزایش هزینه آن است که با افزایش مداوم انتظارات عمومی، پیر شدن جمعیت و توسعه مستمر درمان‌های جدید و گران قیمت، تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی بی پایان و نامحدود می‌شود، درحالی که بودجه مخارج عمومی نه تنها محدود است، بلکه بنا بر ادعاها، به سرحد «توان مالی»

[دولت‌ها] رسیده است. این مسئله باعث می‌شود که کارایی، که دومین نکته کلیدی در رتوریک خصوصی‌سازی است، از اهمیت بسیار برخوردار شود و چنان‌که ادعا می‌شود، تنها با تمهیدات خصوصی و با تکیه بر رقابت به دست آید. اما هیچ‌یک از این استدلال‌ها، ظرفیت پذیرش بررسی‌های انتقادی موشکافانه را ندارند.

پنه‌لوپه مولن^۱، در سال ۱۹۹۸، در مقاله‌ای که خواندن آن برای تمام سیاست‌گذاران و روزنامه‌نگاران حوزه سلامت واجب است، قاطعانه نشان داد که تقاضای بی‌پایان نیست؛ چراکه انسان‌ها متناهی‌اند و نیازها و در بیشتر موارد، خواسته‌های محدودی در زمینه مراقبت‌های پزشکی دارند. بحث انتزاعی برگرفته از تئوری اقتصادی، مبنی بر اینکه تقاضا برای هر چیزی که هزینه‌اش «برای مصرف‌کننده» صفر باشد لایتناهی است، شاید مورد قبول اعضای اتاق فکر نئولیبرال قرار بگیرد، اما درک عام چنین چیزی را نمی‌پذیرد، مخصوصاً وقتی پای مراقبت‌های بهداشتی در میان باشد [۵۰]. علاوه بر این، شواهد تجربی موجود نشان می‌دهند که می‌توان با تخصیص مبالغی منطقی، تمهیداتی برای تقاضا در درمان‌های خاص اندیشید. این هم ادعای غلطی است که دست‌یابی به فناوری‌های جدید پزشکی همواره با افزایش هزینه‌ها همراه هستند. به عنوان نمونه، جراحی‌های لاپاراسکوپی، مانند بسیاری از داروها، با کاهش یا حذف مدت زمان بستری در بیمارستان، هزینه‌ها را کاهش داده‌اند. فناوری‌های جدید که در انحصار و رانتی هستند نیز اغلب پس از آنکه کاربردهای گسترش می‌یابد، هزینه‌ها را به سرعت کاهش می‌دهند. درباره افزایش هزینه‌ها به علت پیر شدن جمعیت هم اغلب اغراق می‌کنند، چون انسان‌ها علاوه بر اینکه طول عمرشان بیشتر شده، مدت طولانی‌تری هم در سلامت هستند. درواقع، فارغ از اینکه در چه سنی مرگ به سراغمان بیاید، باز هم حدود نیمی از تمام مخارج مراقبت‌های بهداشتی در همان چند ماه آخر زندگی صرف می‌شود.

مولن همچنین اشاره می‌کند که مخارج مراقبت‌های بهداشتی هم مسلماً محدود است، اما سطح واقعی آن یک مسئله سیاسی است؛ اینکه چه چیزی در «توان مالی» [دولت‌ها] است به یک انتخاب جمعی مربوط است: می‌گویند وقتی هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به ۸ یا ۱۰ یا ۱۵ درصد تولید ناخالص داخلی رسید، زمان آن

رسیده که آنچه را همیشه «انتخاب‌های سخت» می‌نامیم، دربارهٔ سهمیه‌بندی انجام دهیم. اما این چیزی جز یک نظر سیاسی (معمولاً راست‌گرایانه) نیست. مسئلهٔ واقعی ما درصدی از درآمد ملی که برای مراقبت‌های بهداشتی هزینه می‌شود نیست؛ بحث بر سر مقداری است که از مالیات پرداخت می‌شود و ثروتمندان ترجیح می‌دهند آن را برای خود خرج کنند. در حال حاضر، ایالات متحده ۱۸ درصد از تولید ناخالص ملی را صرف مراقبت‌های بهداشتی می‌کند. این، بالاترین نسبت در جهان است و در سال‌های اخیر تقریباً یک واحد درصد در سال افزایش یافته است؛ دفتر بودجهٔ کنگره در سال ۲۰۰۷ پیش‌بینی کرد که تا سال ۲۰۸۲ این سهم به ۴۹ درصد تولید ناخالص ملی خواهد رسید [۵۱]. این برآورد بر مبنای روندهای اخیر به منظور برجسته‌کردن هزینهٔ بالای مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده بود، اما برای بسیاری از خوانندگان، بر ماهیت «نامحدود» تقاضا برای مراقبت (بهداشتی) و لزوم کاهش نیمی از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی آمریکا که از مالیات تأمین می‌شوند (۹ درصد از درآمد ناخالص ملی در ۲۰۰۷) دلالت داشت. البته در این گزارش، به مشکل واقعی، یعنی بالا بودن هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی ایالات متحده به دلیل ویژگی‌های بازاری آن، اشاره‌ای نشده بود [۵۲].

در هر صورت، تا زمانی که (میزان) تولید ناخالص داخلی در حال افزایش است، هیچ محدودیتی وجود ندارد که چه سهمی از آن می‌تواند صرف مراقبت‌های بهداشتی شود. همان‌گونه که ویلیام باومول^۱ مدت‌ها پیش اشاره کرد، در چنین زمینه‌ای، سهم فزاینده‌ای از تولید ناخالص ملی را می‌توان برای مراقبت‌های بهداشتی (یا هر خدمت دیگری که به شکل تقلیل‌ناپذیر به نیروی کار نیاز دارد) صرف کرد و همچنان سهم بیشتری برای هزینه کردن در تولیدات بخش‌هایی که در آنها، هزینه‌های نیروی کار پیوسته کاهش می‌یابد نگه داشت [۵۳]. کشوری که نیمی از درآمد ملی خود را با تمام امکانات ممکن، برای سلامتی مردم صرف می‌کند (از جمله با نظام مراقبت‌های بهداشتی همگانی‌ای که بسیار منطقی سازمان یافته)، در واقع جای بدی برای زندگی نیست. اینجاست که مفهوم مترقی پنهان در جملهٔ معروف پزشک دانشمند آلمانی، رودولف ویرشو، که می‌گوید «سیاست همان پزشکی در مقایسه بزرگ است» به خوبی درک می‌شود [۵۴].

1. William Baumol

حتی اگر فرض بگیریم که مراقبت‌های بهداشتی انتفاعی کارآمدتر از تأمین غیرانتفاعی یا عمومی آن باشد، هیچ شواهدی از پذیرش عمومی آن در دست نیست. بهترین شواهد تجربی را از خود ایالات متحده می‌توان یافت که با داشتن نمونه آماری کافی و بزرگ، مقایسه سازمان‌های حفظ سلامت^۱ با مبنای غیرانتفاعی را با آنهایی که انتفاعی هستند (تسهیلات به اصطلاح تحت مالکیت سرمایه‌گذار) ممکن می‌سازد. در همین زمینه، محققان برجسته ایالات متحده در سال ۱۹۹۹ روی ۵۶ درصد از کل افراد تحت پوشش سازمان حفظ سلامت مطالعه‌ای صورت دادند که نتایج آن بر یک مسئله تأکید دارد: «برنامه‌های تحت مالکیت سرمایه‌گذار، در مقایسه با برنامه‌های سازمان‌های غیرانتفاعی حفظ سلامت، در تمام ۱۴ شاخص کیفیت خدمات، امتیاز پایین‌تری می‌گیرد... برنامه‌های مراقبت‌های بهداشتی تحت مالکیت سرمایه‌گذار، به‌طور مداوم، با کیفیت پایین‌تر همراه بودند» [۵۵]. از این نتایج نباید شگفت‌زده شد، چراکه در بخش خدماتی که تا این حد به نیروی کار ماهر وابسته است، راه اصلی استخراج سود تبعیت از مدل صنعتی است. یعنی کارکنان کمتر، مهارت‌های ترکیبی کمتر، مدت زمان کوتاه‌تر برای مشاوره و غیره که به قیمت کاهش کیفیت خدمات تمام می‌شود. مگر اینکه رقابت به بهره‌وری بیشتر در استفاده از منابع منجر شود. با این حال، شواهدی که از چنین مواردی در دست داریم، عکس این را هم نشان می‌دهند. مروری بر ۱۲۳ مطالعه مقایسه‌ای بین بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، سازمان‌های حفظ سلامت، سازمان‌های مراقبت در منزل و مراکز دیالیز انتفاعی و غیرانتفاعی در ایالات متحده بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰ نشان داد که مراکز غیرانتفاعی اغلب در کیفیت خدمات و صرفه‌جویی در هزینه‌ها بر مراکز انتفاعی برتری داشتند [۵۶].

از آنجایی که در ایالات متحده، همه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در یک بازار فعالیت می‌کنند، این مقایسه‌ها تنها نیمی از داستان را بازگو می‌کنند. اداره یک بازار هزینه‌گرافی می‌طلبد: هزینه ترغیب و تبلیغ برای برنامه‌های بیمه و امکانات ارائه‌دهنده خدمات،

۱. Health Maintenance Organisations (HMOs): یک طرح بیمه سلامت است که خدمات بهداشتی را از

طریق شبکه‌ای از پزشکان با هزینه ماهانه یا سالانه ارائه می‌دهد.

مخارج انعقاد قرارداد بین بیمه‌کننده و ارائه‌دهنده خدمت، هزینه حسابداری و صدور صورت حساب برای هر کدام از درمان‌ها، هزینه ثبت پرداخت و پیگیری عدم پرداخت‌ها و مخارج حسابرسی و دعاوی حقوقی [۵۷]. به‌طور کلی در ایالات متحده، از هر یک دلاری که برای مراقبت‌های بهداشتی هزینه می‌شود، یک سوم صرف امور اداری می‌شود. در مقابل، هزینه‌های اداری در نظام خدمات بهداشت ملی انگلیس در میانه دهه ۷۰ میلادی، پیش از تبدیل آن به بازار، بین ۵ تا ۶ درصد از کل هزینه‌ها برآورد می‌شد [۵۸].

این ادعا (یا اغلب این فرض) که ارائه مراقبت‌های بهداشتی از طریق شرکت‌های انتفاعی کاراتر یا مقرون به‌صرفه‌تر از طرح‌های عمومی است، حتی با تئوری اقتصادی‌ای که حامیان (اقتصاد) بازار خود را به آن متکی می‌دانند در تضاد است. جالب آنکه زمانی که خزانه‌داری بریتانیا در سال ۲۰۰۳ تلاش کرد مبنایی منطقی برای قضاوت در مورد بهره‌وری خدمات عمومی ارائه دهد، بر اساس مبانی نظری انتخاب عمومی، به این نتیجه رسید که بازارها گزینه کارآمدی برای طرح خدمات بهداشتی با دسترسی همگانی نیستند. «عدم توازن اطلاعات» بین بیماران و پزشکان، قدرت انحصاری ذاتی‌ای که تأمین‌کننده خدمت در محل خود دارد، دشواری و هزینه زیاد وضع قراردادهای الزام‌آور و نظارت بر آنها، غیرممکن بودن انتقال ریسک به تأمین‌کنندگان خصوصی خدمات (آن‌گونه که گزارش به صراحت بیان می‌کند، «برای ما دشوار است به بیمارستان‌هایی که کمبود و نقص دارند اجازه ورشکستگی بدهیم») مشوق‌های غیرموجهی که در بیمه‌های پزشکی خصوصی لحاظ می‌شود [۵۹]، تمام این عواملی که طرح خصوصی خدمات سلامتی را ناکارآمدتر و پرهزینه‌تر از طرح دولتی می‌کنند، مویه‌مو در این گزارش شرح داده شده‌اند (از قرار معلوم، این گزارش را یکی از کارمندان دولتی قدیمی تنظیم کرده که هنوز نمی‌توانسته شواهد مبتنی بر سیاست مورد نظر وزیران را فراهم کند و به جای آن، سیاست مبتنی بر شواهد را، که وزیران مدعی تعهد به آن هستند، ارائه کرده است) [۶۰]. اما دولت نتایج گزارش را کاملاً نادیده گرفت. تا سال ۲۰۰۹، نظام خدمات بهداشت ملی در انگلیس تجزیه شده و به بازار مراقبت‌های بهداشتی بدل گشته بود که در آن، نقش شرکت‌های خصوصی همواره رو به فزونی داشت (اسکاتلند و ولز با استفاده از اختیارات تفویضی خود در مقابل چنین رخدادی مقاومت کردند) [۶۱].

۶. کالایی‌شدن مجدد مراقبت‌های بهداشتی

در سال ۱۹۷۶، وینسنت ناوارو^۱ زمینه غالب سلامت تحت مدیریت سرمایه‌داری را پیش‌بینی کرده بود و طی سه دهه بعدی، درستی این پیشگویی معلوم شد:

... سرمایه‌داری معاصر تمایل دارد خدمات عمومی را به کالاهایی قابل خرید و فروش در بازار خصوصی تبدیل کند. بازتاب این تمایل فشاری است که محافظه‌کاران در بریتانیا و محافظه‌کاران و تعداد زیادی از لیبرال‌ها در ایالات متحده وارد می‌کنند تا ارائه خدمات سلامت دوباره به بخش خصوصی سپرده شود (با این استدلال که از این طریق می‌توان خدمات کارآمدتر و سودآورتری ارائه کرد) و در همین بخش خصوصی هم باقی بماند. در این طرح، پرداخت خدمات عمومی اما تخصیص سود خصوصی است [۶۲].

این یکی از عناصر کلیدی ضد انقلاب نئولیبرالی دهه ۱۹۷۰ بود. پیش از آن، سرمایه به ساخت بیمارستان‌ها و فروش تجهیزات و سایر لوازم به ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی عمومی بسنده می‌کرد؛ اما امروزه، تمایل دارد که خود همین خدمات را هم در اختیار بگیرد. با توجه به اهمیت مراقبت‌های بهداشتی در زندگی مردم و مقبولیت نظام‌های خدمات عمومی که از سال ۱۹۴۵ به بعد در بسیاری از نقاط جهان ایجاد شده، باید توضیحی برای موفقیت این تاخت و تاز سرمایه‌داری پیدا کرد. در مورد کشورهای «جنوب» جهانی (کشورهای در حال توسعه) که همه چیز روشن است: بیشتر درآمدهای آنها برای پرداخت بدهی گرو گذاشته شده و صندوق بین‌المللی پول، با سیاست‌های تعدیل ساختاری تحمیلی خود، آنها را مجبور به کنار گذاشتن بسیاری از خدمات دولتی کرده است. همین امر در مورد کشورهای بلوک شرق سابق هم صدق می‌کند: این کشورها با اجرای «دکترین شوک»^۲ ورشکسته شدند و مردمشان برای دوره‌ای کوتاه، دل‌باخته لفاظی‌های ریگان و تاچر و شیفته شرکت‌های خدمات سلامتی آمریکایی گشتند. شرکت‌هایی که به دولت‌ها مشاوره می‌دادند و سیاست‌های مربوط به بیمه خصوصی را به هرکسی که توان پرداخت داشت می‌فروختند.

1. Vincente Navarro

2. shock doctrine

اما درخصوص اروپای غربی و سایر کشورهای صنعتی که خدمات بهداشت عمومی عمیقاً ریشه دار و مردمی است، در نگاه اول، این واقعیت که بسیاری از دولت‌ها توانسته‌اند بحث مراقبت‌های بهداشتی عمومی را به عقب برانند و به حوزه انباشت سرمایه برگردانند شگفت‌آور است. تفاوت‌های بین نظام‌های ملی مراقبت‌های بهداشتی و بسیاری دیگر از مسائل تاریخی، فرهنگی و سیاسی تأیید می‌کنند که توضیح علت در هر منطقه متفاوت است. آنچه سبب خصوصی‌سازی سهم قابل توجهی از بخش‌های بیمارستانی آلمان شد با داستان خصوصی‌سازی مراقبت‌های اولیه در سوئد یا به‌کارگیری مشارکت‌های عمومی-خصوصی برای ساخت و خدمات‌رسانی به بیمارستان‌ها در استرالیا و کانادا تفاوت دارد؛ با این حال، در تمام این موارد، عناصر مشترکی را می‌توان یافت.

نخست آنکه نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی عمومی همواره کمبودهایی داشته که رسانه‌های سرمایه‌داری بی‌وقفه از آنها بهره‌برداری کرده‌اند. این نظام‌ها که تحت تأثیر محدودیت‌های بودجه‌ای ایالتی قرار دارند، اغلب مجبورند با اِعمال تأخیرهایی، دست به سهمیه‌بندی بزنند. بوروکراسی‌های بزرگ با کمبودهای معمول خود مجبور به به‌کارگیری و اجرای اینها هستند. سیاستمداران تمایل داشتند در جهت منافع خاص دخالت کنند. توافق اولیه با گروه‌های ذی‌نفع (مانند اعضای حرفه پزشکی یا صاحبان بیمارستان‌های خصوصی) به نظام‌های غیرمنطقی دامن می‌زد؛ تداوم نظام‌های پرداخت کارانه‌ای (هزینه در قبال خدمت) که هزینه تراکنش بالا دارند و به بیش‌درمانی یا عدم انسجام مراقبت‌های اولیه و ثانویه می‌انجامند نمونه‌ای از همین تداوم نظام‌های غیرمنطقی است. طرح‌های انتفاعی هم درگیر همین مشکلات و بسیاری مسائل دیگرند که در رسانه‌ها به آن‌ها اشاره‌ای نمی‌شود. همان‌طور که رسانه‌ها به این هم اشاره نمی‌کنند که بیماران طبقه متوسط دلشان می‌خواهد جدا از بیماران طبقه کارگر تحت درمان قرار بگیرند (گرایشی که در پس بسیاری از تبلیغات صنعت بهداشت بخش خصوصی نهفته است). فرای این همه، مسئله‌ای که به ندرت مورد بحث و بررسی قرار گرفته است، آن است که چگونه می‌توان به رویکردی دموکراتیک برای پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری بوروکراسی‌های مراقبت‌های بهداشتی دست یافت.

دوم آنکه بخش خصوصی مراقبت‌های بهداشتی تقریباً همیشه در کنار بخش دولتی فعال است و خدمات موازی برای کسانی که قدرت پرداخت آن را دارند ارائه می‌دهد؛ خدمات پرسود را گلچین می‌کند، اقامت‌های بیمارستانی «هتل‌گونه» پیشنهاد می‌کند، زمان انتظار برای درمان را کمتر می‌سازد و به طور کلی، مدلی از خدمات کالایی شده ارائه می‌دهد که مشخصاً به دلیل گران بودن جذاب به نظر می‌رسند. در انگلستان، ایجاد یک بخش بهداشتی کوچک، پرهزینه و خصوصی که مراقبت‌های ثانویه ارائه می‌کند همین الگو را پیش چشم داشته است. این بخش که خدماتش مخصوص طبقات متخصص و تاجران با درآمد بالا (و بیماران ثروتمند از خارج از کشور) بود، تا همین اواخر هم کاملاً بر مبنای درمان‌هایی عمل می‌کرد که پزشکان نظام خدمات بهداشت ملی در زمان فراغشان و با هزینه‌های بسیار زیاد ارائه می‌دادند. زمانی که به شرکت‌های خصوصی مراقبت‌های بهداشتی فرصت داده شد تا سهم فزاینده‌ای از کار معمول نظام خدمات بهداشت ملی را با هزینه‌هایی نزدیک‌تر به هزینه‌های همان نظام در اختیار بگیرند، آنها برای بیمارانی که با هزینه نظام خدمات بهداشت ملی درمان می‌شدند، مدل کسب‌وکار متفاوتی را ترتیب دادند که مبنای آن گردش بالای مالی و حذف خدمات جانبی بود [۶۳].

یک نمونه گویا از مقابله با قدرت بخش خصوصی خدمات بهداشتی در کانادا وقتی رخ داد که قانون بهداشت کانادا^۱، در عمل، از توسعه موازی بخش خصوصی مراقبت‌های بهداشتی جلوگیری کرد. در سایر کشورها هم بخش مراقبت‌های بهداشتی خصوصی همچون پایگاهی برای دست‌اندازی‌های بیشتر به بخش عمومی عمل می‌کند.

سوم اینکه سرمایه‌داری با بهره‌برداری از این پایگاه، تلاش زیادی برای نفوذ به دولت و ساختارهای نزدیک به آن، از جمله حرفه پزشکی، کرده است. افرای ترین مثال احتمالاً انگلستان است که در آن، بخش خصوصی بهداشت مثال بارز «تسخیر دولت» است. در اواسط سال ۲۰۰۶، از یک تیم قوی مدیریتی در وزارت بهداشت که ۳۲ نفر عضو داشت، تنها یک نفر کارمند بخش دولتی، ۶ نفر از بخش خصوصی و ۱۸ نفر از بخش بالینی یا مدیریتی نظام خدمات بهداشت ملی بودند. تنها ۵ نفر بیش از پنج سال سابقه حضور در آن منصب را داشتند. به عبارت دیگر، حافظه جمعی آنها از ساختار اصلی و

1. Canada Health Act

فلسفه وجودی نظام خدمات بهداشت ملی به شدت تحت سلطه مشارکت جمعی آنها در عرضه آن به بازار بود [۶۴]. در سال ۲۰۰۷، هیئت مدیره بازرگانی وزارتخانه، که گرداننده اصلی فرایند بازاری سازی بود، ۱۹۰ کارمند داشت که ۱۸۲ نفر از آنها با قراردادهای کوتاه مدت، از بخش خصوصی استخدام شده بودند [۶۵].

اما مهم ترین عامل فراگیر در موفقیت تلاش های سرمایه داری برای تبدیل مراقبت های بهداشتی با بودجه دولتی به کالایی سودآور، بدون شک، هژمونی وسیع تر نئولیبرالیسم، هم به عنوان نظامی از رویه های اجتماعی و هم به عنوان نظامی عقیدتی، بوده است. در این مورد نیز بریتانیا به نمایندگی از بسیاری از کشورهای غربی سردمدار است. عقیم کردن جنینش اتحادیه های کارگری و تبدیل شدن حزب کارگر به ارگانی از سیاستمداران حرفه ای که به جای عضویت توده مردم، به سرمایه گذاران ثروتمند متکی بود، به هژمونی نئولیبرالیسم منتج شد. در ابتدای قرن جدید، بخش بزرگی از رأی دهندگان، دیگر نسبت به سیاست های عمومی که بدون کوچک ترین بحث و مناظره عمومی، به نظام خدمات بهداشت ملی اجازه بازاری شدن می دهد، احساس تعلق یا مسئولیت نداشتند. علاوه بر این، از آنجا که احزاب اصلی اپوزیسیون و بیشتر جراید از بازاری شدن طرفداری می کردند، منتقدان آگاه از کجا می توانستند جلب حمایت کنند؟ در برخی کشورها، مقاومت به دلیل تفاوت های تاریخی در صف بندی های سیاسی و فرهنگ بیشتر بوده، در حالی که در کشورهای دیگر، مانند هلند، حرکت به سمت تبدیل تمام عیار مراقبت های بهداشتی به بازار، از انگلستان هم پیشی گرفته است.

موفقیت خصوصی سازان همچنین نشان می دهد که اندیشه «همه چیز در نهایت کالاست و باید هم کالا باشد» تا چه حد به «دریافت عمومی» تبدیل شده است. تجربه های هرروزه مردم، به عنوان بیمار، سبب می شود مراقبت های بهداشتی فراگیر و با دسترسی عادلانه را با ارزش بدانند؛ بسیاری از مردم به تعطیلی تسهیلات محلی با بهانه «غیراقتصادی» بودن، یا به واگذاری آنها به شرکت های خصوصی اعتراض کرده اند. با این حال، مردم اغلب، حتی وقتی که درمان رایگان است، مراقبت های بهداشتی را به عنوان کالایی مصرفی می بینند و در نهایت، خودشان را پرداخت کننده صورت حساب آن تصور می کنند. این باور که تقاضا نامحدود و منابع محدود است و اینکه سهمیه بندی برای

مهار هزینه‌ها ضرورت دارد، تا حد زیادی به عنوان حقیقت پذیرفته شده است. حتی مدل صنعتی مراقبت‌های بهداشتی، با مدل پردازش بیماران به سبک کارخانه‌ها در مراکز درمانی «بدون نیاز به وقت قبلی» و «آب‌جراحی‌ها» (کلینیک‌های بزرگ) که امروزه در انگلستان تبلیغ می‌شود، با استقبال زیادی روبه‌رو شده است، زیرا چنین وانمود می‌کنند که گویی استفاده از این خدمات به راحتی خرید از سوپرمارکت است.

در انگلستان، تلفیقی از عوامل این امکان را فراهم ساخت تا مراقبت‌های بالینی نظام خدمات بهداشت ملی، با قدم‌هایی کمابیش حساب شده، در این مسیر پیش برود. قدم نخست معرفی شرکت‌های خصوصی برای انجام برخی جراحی‌های معمول نظام خدمات بهداشت ملی بود و آخرین قدم، شکل‌گیری بی‌شمار بیمارستان و کلینیک خصوصی که حجم فزاینده‌ای از کارها را با هزینه نظام خدمات بهداشت ملی انجام می‌دادند. برنامه‌هایی نیز برای انتقال ۶۴ درصد از کل خدمات سرپایی بیمارستان‌های نظام خدمات بهداشت ملی به مراکزی که به تازگی توسط شرکت‌های خصوصی یا با سرمایه‌گذاری مشترک بین نظام خدمات بهداشت ملی و شرکت‌های خصوصی ساخته شده و به طور خصوصی اداره می‌شوند، اعلام شده است [۶۶]. نهایتاً روند واگذاری خدمات مراقبت‌های اولیه (پزشکی خانواده و سایر خدمات بهداشتی جامعه) به تأمین‌کنندگان خصوصی بهداشت آغاز شد. این روند ممکن است در نهایت به شکل‌گیری یک بخش خصوصی بزرگ و یکپارچه با تأمین مالی نظام خدمات بهداشت ملی، در کنار بخشی متشکل از بقایای روزافزون تأمین‌کنندگان سهامی عام و نیز به ظهور دوباره هزینه‌ها برای درمان با کیفیت‌تر منجر شود. یا ممکن است بخش خصوصی به این نتیجه برسد که از نظام عمومی در آن ابعاد، لقمه دندان‌گیری برایش حاصل نمی‌شود. برای قضاوت هنوز خیلی زود است.

با این حال، آنچه اکنون مشخص است این است که در همه کشورهای که فرایند بازاری شدن رشد کرده است، خود مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده عمومی نیز پیوسته وارد مسیرهای تجاری شدن می‌شود؛ سودآوری به یک هدف آشکار تبدیل می‌شود و سطح عملکرد کارکنان و شرایط خدمات، هم‌راستا با کیفیت مراقبت‌ها، کاهش می‌یابد. درک صنعتی از کارایی، متناظر با تصور کالایی از مراقبت‌های بهداشتی،

جایگزین هدف تأمین نیازهای بهداشتی می‌شود و در پی آن، ناگزیر، هزینه‌هایی (سهم بیمار) برای گسترهٔ روبه‌رشد امور درمانی درخواست می‌شود [۶۷].

۷. نتیجه‌گیری

چگونه ممکن است بحران اقتصادی جهانی، که سرمایهٔ مالی به آن سرعت بخشیده، بر روند جاری از دست رفتن مراقبت‌های بهداشتی جامع با دسترسی برابر و نیز بر ترک سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی بازتوزیعی تأثیر بگذارد؟ این وضعیت، همهٔ ویژگی‌های تعریف گرامشی از بحران «ارگانیک»، یعنی «بحران واقعی هژمونی طبقهٔ حاکم» را در خود دارد. طبقهٔ حاکم بدون شک در «اقدام سیاسی بزرگی که برای انجامش، حمایت توده‌ها را لازم داشت یا به‌زور رضایت آنها را جلب می‌کرد» شکست خورده است. به عبارت دیگر، رؤیای ایجاد یک اقتصاد جهانی بر اساس اصول نئولیبرالی نقش بر آب شده است (تا چه رسد به رؤیای امپریالیستی «یک قرن جدید امریکایی»). طبقهٔ حاکم دقیقاً همان‌گونه که گرامشی توصیف می‌کند واکنش نشان داده و سخت تلاش کرده تا با حداقل تغییرات ممکن، نظم را احیا کند: مقررات مالی کمی بیشتر شده، عرصه برای فرار مالیاتی ثروتمندان کمی تنگ‌تر شده، پاداش‌های سرمایه‌گذاران میلیاردی کمی کاهش یافته و، البته به‌طور موقت، دوباره کسری‌های مالی پا به صحنه گذاشته‌اند [۶۸]. باید دید آیا این راهکارها در طولانی‌مدت جواب می‌دهند یا خیر. تأثیرات بحران جهانی اقتصاد کوتاه‌مدت نخواهد بود و با بحران روزافزون زیست‌محیطی تلاقی خواهد داشت. میلیون‌ها تن از مردم برای سال‌ها بیکار می‌مانند (بسیاری از کارگران مسن‌تر هرگز دوباره به سر کار باز نخواهند گشت)، درحالی‌که دولت‌ها خدمات اجتماعی را قطع می‌کنند تا بدهی‌های هنگفتی را که برای نجات نظام بانکی و شکوفاسازی اقتصادشان متحمل شده‌اند، بپردازند.

در این زمینه، ماهیت ضدبرابری خواهی سیاست بهداشتی نئولیبرال هرچه بیشتر نمایان می‌شود. رتوریک «انتخاب» مصرف‌کننده دیگر جذابیت چندانی نخواهد داشت. دیگر نمی‌توان چنین چیزهایی را نادیده گرفت یا بر آنها سرپوش گذاشت: نابرابری تهوع‌آور میان درآمد و مالیات که از دوران نئولیبرال به جا مانده با تأثیر حیاتی‌اش

بر سلامت مردم فقیر، کیفیت روبه‌کاهش خدمات مراقبت‌های بهداشتی عمومی و تخصیص درآمدهای مالیاتی به شرکت‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی، و مهم‌تر از همه، تقلیل خدمات بهداشتی رایگان به یک بسته خدمات «پایه» و ذخیره موارد روزافزون درمان برای کسانی که توان پرداخت هزینه‌ها را دارند. همه اینها، در زمان مناسب، منجر به بروز درک و دریافت عمومی جدیدی می‌شود که در آن، پیوند بین سلامتی و برابری، بار دیگر، ضروری و اساسی به نظر می‌رسد.

یادداشت‌ها

1. Friedrich Engels, *The Condition of the Working Class in England in 1844* (1845), in K. Marx, *Karl Marx and Frederick Engels on Britain*, Moscow: Foreign Languages Publishing House, 1953, p. 140, citing the *Report on the Sanitary Condition of the Working Class*.

تا زمانی که بیماری‌های عفونی شایع بودند، به دلیل نرخ بالای مرگ‌ومیر نوزادان، میانگین امیدبه‌زندگی پایین بود. کسانی که از دوران کودکی به سلامت عبور می‌کردند عموماً آنقدر عمر می‌کردند که بتوانند تولید مثل کنند.

2. Roy Porter, *The Greatest Benefit of Mankind: A medical history of humanity from antiquity to the present*, London: Fontana Press, 1999, pp. 369-70.

۳. برای مثال، ژاپن متوسط امیدبه‌زندگی را از حدود ۳۷ سال در اواخر قرن نوزدهم به بالاترین میزان در جهان امروز رساند، درحالی‌که حتی تا اواخر دهه ۳۰ میلادی، تعداد خانه‌هایی که در ژاپن آب لوله‌کشی یا فاضلاب داشتند بسیار کم بود. نک:

James C. Riley, *Rising Life Expectations: A Global History*, Cambridge: Cambridge University Press 2001, pp. 19ff.

۴. در ایالات متحده، با در نظر گرفتن عواملی مانند قومیت و جنسیت، این فاصله می‌تواند بیش از ۲۰ سال باشد. نک:

Christopher Murray et al., 'Eight Americas: investigating mortality disparities across races, counties, and race-counties in the United States', *Public Library of Science Medicine (PLoS Medicine)*, 3(9), 2006, available from <http://www.plos-medicine.org>.

۵. دیدگاهی که بهبود وضعیت تغذیه را سبب افزایش طول عمر می‌داند بر تحقیقات آماری دقیق توماس مکین استوار است. برای نقد آن، به‌ویژه نک:

Simon Szreter, *Health and Wealth: Studies in History and Policy*, Rochester: University of Rochester Press, 2005.

6. Richard Easterlin, *The Reluctant Economist*, Cambridge: Cambridge University

Press, 2004, p. 108.

7. Ibid., chapter 7, 'How Beneficent Is the Market? A Look at the Modern History of Mortality'.

۸. «تجربه چین به خوبی نشان می‌دهد که ارتقا دادن امیدبه‌زندگی هزینه زیادی ندارد. چین امیدبه‌زندگی را از حدود ۴۰ سال در اوایل دهه ۱۹۵۰ به ۶۰ سال در اواخر دهه ۱۹۶۰ افزایش داد. در پایان این دوران، سطح درآمد چین نزدیک به سه‌چهارم سطح درآمد اروپای غربی در ۱۸۲۰ بود که میانگین امیدبه‌زندگی‌اش به ۴۰ سال نمی‌رسید... چین در آن زمان تنها ۲ درصد از تولید ناخالص داخلی‌اش را به بخش سلامت اختصاص داده بود» (همان، ص ۱۳۲). همچنین نک:

J.C. Caldwell, 'Routes to low mortality in poor countries', *Population and Development Review*, 12(2), 1986, 170-220.

9. Easterlin, *The Reluctant Economist*, p. 134.

10. Karl Marx, 'Postface to the Second Edition of Capital' (London 1873), in Marx, *Capital*, Volume 1, London: Penguin Books, 1976, p. 97.

۱۱. گزارش‌های فراگیری از ضایع شدن شهرت پزشکان توسط شرکت‌های داروسازی وجود دارد. برای یکی از این تفاسیر اخیر نک:

Marcia Angell, 'Drug companies and doctors: a story of corruption', *The New York Review of Books*, 56(1), 15 January 2009, pp. 8-12.

برای یک مثال فاحش از سواستفاده از داده‌ها به‌نفع صنعت بیمه درمانی، گزارش زیر را ببینید:

Richard Feachem et al., 'Getting more for their dollar: A comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente', *BMJ (British Medical Journal)*, 324(7330), 2002.

Allyson Pollock, *NHS plc*, Second Edition, London: Verso, 2005, pp. 217-19.

۱۲. نک:

John Bongaarts, 'A decomposition of life expectancy levels and trends', Population Council, New York, 15 February 2006, Table 1.

13. Lant Pritchett and Lawrence H. Summers, 'Wealthier is healthier', *Journal of Human Resources*, 31(4), 1996, pp. 841-68.

بنا به استدلال نویسنده، از آنجایی که افزایش طول عمر ثبت‌شده را نمی‌توان تماماً با سیاست‌های عمومی توجیه کرد، برای دولت‌ها منطقی است که رشد درآمد را به خودی خود، هدف سیاست‌های سلامت قرار دهند.

۱۴. نک:

Richard Wilkinson, *The Impact of Inequality: How To Make Sick Societies Healthier*, New York: The New Press, 2005, p. 59.

دلیل اصلی کمی است: اثرات درمان‌های پزشکی جدید بر افزایش طول عمر تحت‌الشعاع مقیاس شرایط پزشکی ای قرار می‌گیرند که درمان در بستر آنها صورت می‌پذیرد.

15. Ibid, chapter 4, esp. pp. 119-23.

۱۶. این روندها در کتاب من تحلیل شده‌اند. نک:

Market-Driven Politics: Neoliberal Democracy and the Public Interest, London: Verso, 2001;

هم‌چنین نک:

‘The cynical state’, in *Socialist Register 2006*, pp. 1-27.

17. George Davey Smith, Daniel Dorling, David Gordon and Mary Shaw, ‘The widening health gap. What are the solutions?’, in George Davey Smith, ed., *Health Inequalities: Lifecourse approaches*, Bristol: The Policy Press, 2003, pp. 459-65.

۱۸. نک:

especially Davey Smith, *Health Inequalities*, pp. xxxv-xxxvii and 440.

19. Dennis Raphael, ‘Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions’, *International Journal of Health Services*, 36(4), 2006, pp. 651-77.

20. Richard Wilkinson, *The Impact of Inequality: How to make sick societies healthier*, New York: The New Press, 2005; and with Kate Pickett, *The Spirit Level: Why more equal societies almost always do better*, London: Allen Lane, 2009, pp. 66-7.

21. Julian Tudor Hart, *The Political Economy of Health Care: A clinical perspective*, Bristol: Policy Press 2006, pp. 67 and 145 n.58; Davey Smith, *Health Inequalities*, p. 494.

۲۲. در جنوب صحرای آفریقا میانگین امیدبه‌زندگی از ۵۰ سال در سال ۱۹۹۰ به ۴۶ سال در ۲۰۰۲ افت کرد. در سایر مناطق، هزینه‌های بهداشتی تعدیل ساختاری ممکن است بعداً در آمارها نشان داده شوند.

23. *World Health Report 2008*, Geneva: WHO, 2008, pp. 13-14.

این گزارش به ماهیت خطرناک مراقبت‌های بهداشتی غیرقانونی اشاره می‌کند: «به عنوان مثال، در جمهوری دموکراتیک کنگو، جراحی صحرایی (la chirurgie safari) به شغل دوم کارکنان بهداشتی اطلاق می‌شود که اغلب به دلیل کم‌رشدن بودن هزینه‌ها، جراحی آپاندکتومی یا سایر مداخلات جراحی را در خانه‌های بیماران انجام می‌دهند».

24. David Shukler, Lawrence King and Martin McKee, 'Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis', *Lancet*, 373(9661), 31 January 2009, pp. 399-407.

25. Davey Smith, *Health Inequalities*, p. xlvii (italics added).

۲۶. تعاریف «بهداشت عمومی» بسیار متفاوت‌اند، اما اغلب بر فعالیت‌هایی که با تأکید بر پیشگیری، بهبود سلامت کل جمعیت را در نظر دارند و بر نهادهای عمومی متولی این فعالیت‌ها مبتنی‌اند.

27. Porter, *The Greatest Benefit*, pp. 633-4.

28. Peter Draper, 'A public health approach', in Draper, ed., *Health Through Public Policy: The greening of public health*, London: Greenprint, 1991, p. 20.

۲۹. در سال ۲۰۰۷، سهم بهداشت عمومی در کل هزینه‌های سلامت در کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) به طور میانگین ۳۰.۱ درصد بود:

Health at a Glance 2007: OECD Indicators, Paris: OECD, 2007, p. 91.

30. George Davey Smith and Yoav Ben-Shlomo, 'Inequalities in health: what is happening and what can be done?', in Davey Smith, *Health Inequalities*, p. 496.

۳۱. یک نمونه از سوءاستفاده از قدرت دولت در تلاش برای بی‌اعتبار کردن یک منتقد فعال در زمینه بهداشت عمومی نک:

Pollock, *NHS plc*, pp. 219-23.

۳۲. برای سایر متونی که مدعی تعهد دولت‌ها به مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک حق هستند نک:

Center for Economic and Social Rights, *The Right to Health in the United States of America: What Does It Mean?*, Brooklyn: Center for Economic and Social Rights, 2004, available <http://www.cesr.org>.

۳۳. برای شرحی تأمل‌برانگیز از اینکه چگونه طبابت عمومی در انگلیس آلوده به تمایزات طبقاتی بود نک:

For a sobering account of the way general practice in England was riddled by class distinctions see Porter, *The Greatest Benefit*, p. 644.

34. Ben Goldacre, *Bad Science*, London: Fourth Estate, 2008, p. 185.

35. Porter, *The Greatest Benefit*, pp. 595-96.

36. Goldacre, *Bad Science*, p. 185.

37. Marcia Angell, 'Drug companies and doctors', p. 12, citing Melody Petersen, *Our Daily Meds: How the Pharmaceutical Companies Transformed Themselves into Slick Marketing Machines and Hooked the Nation on Prescription Drugs*, New York: Sarah Crighton/Farrar, Strauss and Giroux, 2008.

38. Ibid.

در این مقاله فهرست مفیدی از ارجاعات به متون روبه‌افزایش درباره سوءاستفاده صنعت از علم موجود است.

۳۹. نک:

Simon Singh and Edzard Ernst, *Trick or Treatment? Alternative Medicine on Trial*, London: Bantam Press, 2008; and Goldacre, *Bad Science*.

سینگ و ارنست تخمین می‌زنند که هزینه‌های بریتانیا برای طب جایگزین ۵ میلیارد پوند باشد که از این مبلغ، تا به حال ۵۰۰ میلیون پوند را NHS، تحت فشار بی‌امان رسانه‌ها، شاهزاده‌ولز، بیماران زودباور و برخی پزشکان، برای طب سوزنی، هومیوپاتی و غیره هزینه کرده است.

یکی از نمونه‌های قابل‌توجه استفاده از قدرت بازار برای حفاظت از منافع صنعت سلامت شکایت موفقیت‌آمیز انجمن کایروپراکتیک بریتانیا در می ۲۰۰۹ از سیمون سینگ به اتهام افترا بود، چون سینگ در مقاله‌ای در روزنامه، انجمن کایروپراکتیک بریتانیا را به باد انتقاد گرفته بود که چرا مدعی شده اعضایش می‌توانند برای درمان کودکان مبتلا به قولنج، عفونت گوش، آسم، مشکلات خواب و تغذیه و گریه طولانی، از روش دستکاری ستون فقرات استفاده کنند. سینگ این درمان را «جعلی» و فاقد شواهد علمی کافی توصیف کرده و از آن انجمن به دلیل «ترویج سرخوشانه» چنین درمانی انتقاد کرده بود. نک:

Chris French, "'Witch hunt' forces chiropractors to take down their websites", *Guardian*, 20 June 2009

گروهی از دانشمندان برجسته با صدور بیانیه‌ای حکم دادگاه علیه سینگ را محکوم کردند.

۴۰. غول داروسازی بریتانیا، گلکسو اسمیت کلاین، تا به حال دو بار تهدید کرده است که فعالیت خود در بریتانیا را به خارج از کشور منتقل خواهد کرد: یک بار در ۱۹۹۹ زمانی که خدمات سلامت ملی (NHS) داروی ضد آنفولانزای رلنزا (Relenza) را برای خرید چندان مقرون‌به‌صرفه نمی‌دانست و بار دوم در ۲۰۰۸ بر سر یک اختلاف مالیاتی با دولت بریتانیا. این شرکت با گسترش محل‌های قانونی خود در سراسر دنیا، تنها ۴۵۰ میلیون پوند مالیات در بریتانیا پرداخت کرده بود، درحالی‌که سود جهانی‌اش به ۴۰۷ میلیارد پوند می‌رسید. آسترانکا نیز تهدید کرده است که برای فرار از محدودیت‌های قوانین مالیاتی انگلستان، محل فعالیت‌هایش را از آنجا به ایرلند

منتقل می‌کند. در سال ۲۰۰۴، تمهیدات گریز مالیاتی این شرکت را قادر ساخت که با سود ۲.۶ میلیارد پوند، تنها ۱۰۳ میلیون پوند مالیات بپردازد. مالیات شرکت‌ها در بریتانیا ۳۰ درصد سود است.

41. Global Forum for Health Research (GFHR), *The 10/90 Report on Health Research 2000*, Geneva: GFHR, 2000.

بر اساس برآورد محاسباتی پاتریک بوند، ۸۹ درصد کل هزینه‌های بهداشتی در دنیا تنها برای ۱۶ درصد جمعیت جهان خرج می‌شود.

Bond, Patrick 'Globalisation, pharmaceutical pricing and South African health policy', *International Journal of Health Services*, 29(4), 1999, pp. 765-92.

42. Sarah Boseley, 'Medical marvels', *Guardian*, 20 January 2009, citing among others Dr Thomas B. Okarma, the CEO of a NASDAQ-listed biotech company, Geron.

43. Luke Mitchell, 'Sick in the head', *Harper's Magazine*, February 2009, p. 39,

گزارش پیش‌بینی‌های جان هامر گرن، رئیس هیئت‌مدیره و مدیرعامل مکسون، بزرگترین شرکت مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده آمریکا

۴۴. نک:

George Monbiot, *Captive State: The corporate takeover of Britain*, London: Macmillan, 2000, chapter 9, 'The Corporate Takeover of the Universities'.

اقدامات اخیر برای اینکه بیمارستان‌های NHS بدل به همکاران رسمی صنعت داروسازی شوند در اعتماد به سودمندی تحقیقات بیمارستانی درباره درمان‌های دارویی کمکی نکرده است.

45. Devra Davis, *The Secret History of the War on Cancer*, New York: Basic Books, 2007.

۴۶. برای مثال، می‌توان به فروش بی‌رویه دارو به مردم در کشورهایی مانند هند و برزیل و استفاده بیش‌ازحد از آنتی‌بیوتیک‌ها در صنایع دام‌پروری اروپا و آمریکای شمالی اشاره کرد. پزشکان بسیار نگران این هستند که چنین خطری آرتیمیسینین (Artemisinin)، آخرین و گاه تنها داروی مؤثر ضد مالاریا، را نیز تهدید کند.

۴۷. در این خصوص به گزارش تکان‌دهنده زیر نگاه کنید:

Doyall, Lesley and Pennell, Imogen, *The Political Economy of Health*, London: Pluto Press, 1979, pp. 37-39.

48. Porter, *The Greatest Benefit*, p. 631.

49. Vicente Navarro, *Medicine Under Capitalism*, New York: Prodist, 1976, pp.160-61.

علاوه بر این، اگر نیروی کار سالم وظیفه اصلی یا تنها وظیفه مراقبت‌های بهداشتی همگانی باشد، عرضه آن به بازنشستگان، که مصرف‌کنندگان اصلی این خدمت‌اند، منطقی نخواهد بود.

50. Penelope M. Mullen, 'Is it Necessary to Ration Health Care?', *Public Money and Management*, 18(1), January-March 1998, pp. 53-58. See also George Davey Smith, Stephen Frankel and Shah Ebrahim, 'Rationing for health equity: is it necessary?', in Davey Smith, *Health Inequalities*, pp. 513-21.

نویسندگان خاطرنشان کردند که محاسبه هزینه ظاهری هر چیزی باید موشکافانه انجام شود؛ برای مثال، هزینه‌های دارو اغلب همانطور که ارائه می‌شوند در نظر گرفته می‌شوند، درحالی‌که یک داروی استاتین خاص که برای یک سال درمان در بریتانیا ۵۰۰ پوند هزینه دارد ممکن است قیمتش در هندوستان تنها ۶۷ پوند در سال باشد.

51. *The Long-Term Outlook for Health Care Spending*, US Congressional Budget Office, November 2007, available from <http://www.cbo.gov>.

۵۲. پیش‌بینی‌های دفتر بودجه‌کنگره چنین فرض می‌کند که برای جلوگیری از کاهش مصرف واقعی موارد دیگر در کنار مراقبت‌های بهداشتی، کارفرمایان، خانوارها و شرکت‌های بیمه رفتار خود را به روش‌های مختلف تغییر می‌دهند (این تغییر می‌تواند شامل بالا بردن سهم تقسیم هزینه، افزایش مدیریت مصرف، کاهش پوشش بیمه‌ای توسط کارفرمایان، بررسی دقیق‌تر فناوری‌های جدید بر مبنای شواهد اثربخشی نسبی آنها باشد) تا نرخ رشد هزینه‌ها را در بخش غیرفدرال نظام سلامت کاهش دهند. فرض دیگر این پیش‌بین‌ها این است که حتی در صورت عدم اعمال تغییر در قوانین فدرال، برخی از معیارهای به‌کارگرفته‌شده برای کاهش سرعت رشد در سایر بخش‌های نظام مراقبت‌های بهداشتی باعث تعدیل رشد هزینه‌ها در برنامه‌های مدیر و مدیکید خواهد شد و تغییرات نظارتی در سطح فدرال و تغییر سیاست‌ها در سطح دولت به کاهش رشد هزینه‌ها در این برنامه‌ها کمک خواهد کرد (همان، صص ۲-۱).

53. William J. Baumol and William G. Bowen, *The Performing Arts: The Economic Dilemma*, New York: Twentieth Century Fund, 1966, and papers by Baumol and his wife Hilda Baumol, collected in Ruth Towse, ed., *Baumol's Cost Disease: The Arts and Other Victims*, London: Edward Elgar, 1997.

54. Cited in Porter, *The Greatest Benefit*, p. 643.

ویرشو حامی انقلاب ۱۸۴۸ بود و به دنبال شکست آن، به مدت ۸ سال، از برلین تبعیدش کردند؛ اما در نهایت، به چهره برجسته‌ای هم در سلامت عمومی آلمان و هم در پژوهش‌های علمی تبدیل شد.

55. David U. Himmelstein, Steffie Woolhandler, Ida Hellander and Sidney M. Wolfe, 'Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs', *Journal of the American Medical Association*, 282(2), 1999, at p. 159.

56. P. Vaillancourt Rosenau and Stephen H. Linder, 'Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States', *Social Science Quarterly*, 84(2), 2003, pp. 219-241; see also Vaillancourt Rosenau and Linder, 'Comparison of the performance of for-profit and nonprofit US psychiatric inpatient care providers', *Psychiatric Services*, 54(2), Feb 2003, pp. 183-187.

۵۷. در سال ۱۹۹۴، هزینه‌های اداری بیمارستان‌های دولتی ایالات متحده ۲۲.۹ درصد از کل هزینه‌ها بود. در بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی این سهم ۲۴.۵ درصد و در بیمارستان‌های انتفاعی ۳۴ درصد بود.

Steffie Woolhandler and David Himmelstein, 'Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States', *New England Journal of Medicine*, 336(11), 1997, pp. 769-74.

58. Charles Webster, *The NHS: A Political History*, Second Edition, Oxford: Oxford University Press, 2002, p. 203.

«پس از معرفی بازار به اصطلاح داخلی در NHS، هزینه‌های اداری افزایش یافت و در سال ۱۹۹۷، به حدود ۱۲ درصد رسید. مدیران از ۱۷ درصد به عنوان یک هدف نهایی صحبت می‌کنند». این پیش از ایجاد بازار کامل در مراقبت بیمارستانی از جمله «پرداخت مبتنی بر نتایج» (یعنی صورتحساب جدا برای هر درمان بیمارستانی) بود. تا سال ۲۰۰۹، هزینه‌های اداری NHS باید چیزی در حدود هزینه‌های بیمارستان‌های غیرانتفاعی ایالات متحده می‌شد.

۵۹. مشوق‌های نادرست شامل موارد بسیاری است از جمله امتناع از بیمه کردن مبتلایان به بیماری‌های پرخطر، اختصاص دادن درمان‌های سودآور به مشتریانی که «تافته جدابافته» اند، درمان بیش از حد به لطف پرداخت‌های هزینه در قبال خدمات.

60. HM Treasury, *Public services: meeting the productivity challenge. A discussion document*, London: HMT, 2003.

زمانی که روزنامه‌ای گزارش داد که مشاور تازه منصوب‌شده دولت در زمینه سیاست دارویی پیش‌تر در یک مجله پزشکی مقاله‌ای نوشته است و استدلال کرده که مصرف اکستازی کمتر از اسب‌سواری خطر دارد، وزیر کشور (وزیر کابینه مسئول) به او گفت که این توصیه علمی را نپسندیده: «این فراتر از توصیه علمی‌ای بود که از او انتظار داشتم».

Press Association, 'Jacqui Smith slaps down drugs adviser for comparing ecstasy to horse riding', *Guardian*, 9 February 2009.

61. The story is outlined in Pollock, *NHS plc* and John Lister, *The NHS after 60: For patients or profits?*, London: Middlesex University Press, 2008.

برای اولین قدم در خصوصی سازی مراقبت های بالینی NHS نک:

Stewart Player and Colin Leys, *Confuse and Conceal: The NHS and Independent Sector Treatment Centres*, Monmouth: The Merlin Press, 2008.

62. Navarro, *Medicine Under Capitalism*, p. 216.

۶۳. مدیرعامل BMI، بزرگ ترین شرکت انتفاعی مراقبت های بهداشتی بریتانیا، گفت که هدف ارائه خدمات به بیماران خصوصی «افزایش کیفیت بالینی و ارائه مزایای بی نظیر در مراقبت ها و خدمات» است؛ اما هدف برای بیماران NHS ارائه «یک سرویس مناسب بر اساس مدل عملیاتی کم هزینه» خواهد بود.

Nigel Hawkes, 'The giant of private care will bid for NHS work', *The Times*, 10 January 2005.

64. Scott L. Greer and Holly Jarman, *The Department of Health and the Civil Service: From Whitehall to department of delivery to where?*, London: The Nuffield Trust, 2007, p. 20 tables 1 and 2.

65. Nicholas Timmins, 'Private sector role in pioneering healthcare scheme to be slashed', *Financial Times*, 15 November 2007.

66. Lord Darzi, the minister responsible, speaking to a health conference in December 2008. See *Public Private Finance* at <http://www.pppbulletin.com/Document.aspx%20?ppf=true&ID=1459959>.

۶۷. در مورد صنعتی شدن مراقبت های اولیه در بریتانیا نک:

Steve Iliffe, *From General Practice to Primary Care: The industrialisation of family medicine*, Oxford: Oxford University Press, 2008.

68. Antonio Gramsci, *Selections from the Prison Notebooks*, New York: International Publishers, 1971, pp. 210 and 178.

درباره پزشکی انقلابی^۱

ارنستو چه‌گوارا

در میان صدها جشنی که روزانه عموم مردم کوبا برای آزادی، پیش برد تمام قوانین انقلابی و پیشرفت هایشان در مسیر دستیابی به استقلال کامل برپا می‌کنند، این جشن ساده در نظر من جایگاه ویژه‌ای دارد.

تقریباً همه می‌دانند که من سال‌ها پیش کارم را به عنوان پزشک آغاز کردم. در شروع این حرفه، آن زمان که تحصیل در رشته پزشکی را آغاز کردم، جای اغلب تصوراتی که اکنون به عنوان یک فرد انقلابی دارم در گنجینه آرمان‌هایم خالی بود.

من نیز مانند همه می‌خواستم موفق باشم. آرزو داشتم دانشمند و پژوهشگری بنام در علوم پزشکی شوم. آرزو داشتم با تلاشی خستگی‌ناپذیر کار کنم و چیزی کشف کنم که به درد بشریت بخورد و در عین حال، برای خودم هم دستاوردی شخصی به حساب آید. من نیز مانند همه پرورش‌یافته محیط خویش بودم.

پس از فارغ‌التحصیلی، به علت شرایط خاص و شاید هم به دلیل ویژگی‌های شخصیتی‌ام، سفر در قاره آمریکا را آغاز کردم و با جای‌جای آن آشنا شدم. به جزهائیتی و سن‌دومینگو، تقریباً از همه کشورهای دیگر امریکای لاتین دیدن کردم. شرایط سفر باعث شد که نخست به عنوان دانشجوی و سپس به عنوان پزشک، فقر، گرسنگی و بیماری

۱. این مقاله ترجمه‌ای است از:

Ernesto Che Guevara, «On Revolutionary Medicine (to the Cuban Militia)», *Obra Revolucionaria*, Año 1960, No. 24 (Official English translation).

را از نزدیک لمس کنم. از نزدیک دیدم که کودکی به دلیل فقر، از درمان محروم ماند. از نزدیک، بهت و حیرتی را دیدم که از گرسنگی و رنج مداوم ناشی می‌شد و می‌توانست یک پدر را به جایی برساند که از دست دادن پسرش را چونان تصادفی نه‌چندان مهم بپذیرد، اتفاقی که در طبقات فرودست سرزمین ما، در امریکای جنوبی، زیاد رخ می‌دهد. آن زمان بود که متوجه شدم چیزهایی وجود دارند که برایم تقریباً به همان اندازه معروف شدن یا داشتن سهمی قابل توجه در پیش برد علم پزشکی حائز اهمیت اند: می‌خواستم به آن مردم کمک کنم.

اما باز، مثل همه ما که دست پرورده محیط زندگی خود هستیم، می‌خواستم با تلاش فردی خودم به آن مردم کمک کنم.

در آن زمان، بعد از سفرهای بسیار، در گواتمالای دوره [پروفسور] آرنیزا^۱ بودم و شروع کرده بودم به یادداشت برداشتن تا راهنمایی برای پزشکی انقلابی تهیه کنم. دست به جستجو زدم تا ببینم برای تبدیل شدن به یک پزشک انقلابی چه چیزی لازم است.

اما تهاجم آغاز شد. شرکت یونایتد فروت^۲، وزارت امور خارجه آمریکا، جان فاستر دالاس^۳، که در واقع فرقی با وزارت خارجه نداشت. و عروسک دست‌نشانده او، کاستیو آرماس^۴، آتش خشونت و تهاجم را شعله‌ور ساختند. تهاجم (کودتا) پیروز شد، زیرا مردم [گواتمالا] به بلوغ فکری امروز مردم کوبا نرسیده بودند. این چنین بود که یک روز آنجا را ترک کردم؛ در واقع، از آنجا فرار کردم، چرا که گواتمالا کشور من نبود. بعد، متوجه موضوعی اساسی شدم: بدل شدن به یک پزشک انقلابی یا در کل، انقلابی شدن مستلزم آن است که نخست انقلابی شکل بگیرد. تلاش فردی و جداگانه، هر قدر هم که با خلوص نیت انجام شود، فایده‌ای ندارد و فدا کردن یک عمر به پای عالی‌ترین آرمان‌ها ثمری نخواهد داشت اگر فرد، یکه و تنها، در گوشه‌ای از امریکا، علیه دولت‌های ناکارآمد و شرایط

۱. کلنل خاکوبو آرنیزا یوزمن (۱۹۷۱-۱۹۱۳)، افسر ارتش و سیاستمدار گواتمالایی که از ۱۹۵۱-۱۹۵۴ رئیس‌جمهور گواتمالا بود. دولت او در جریان کودتای ۱۹۵۴ گواتمالا که توسط CIA ترتیب داده شده بود، سرنگون شد. با سرنگونی وی، دوره انقلاب گواتمالا به پایان رسید.

2. United Fruit Company
3. John Foster Dulles
4. Castillo Armas

اجتماعی ای که سد راه پیشرفت اند، بجنگد.

رقم خوردن یک انقلاب مستلزم آن چیزی است که امروز در کوبا وجود دارد: بسیج مردمانی که به خاطر استفاده از سلاح و تمرین وحدت در مبارزه، اهمیت سلاح و ارزش اتحاد ملت را آموخته اند.

اکنون ما به هسته اصلی مسائل پیش رویمان رسیده ایم. امروزه حق ما و حتی وظیفه ماست که پیش و بیش از هر چیز، یک «پزشک انقلابی» باشیم؛ یعنی انسانی که از دانش فنی حرفه خود در جهت خدمت به انقلاب و مردم استفاده می کند. اما حالا باز همان پرسش های قدیمی سر برمی آورند: چگونه در راستای رفاه اجتماعی قدم برداریم؟ چگونه تلاش فردی را با نیازهای جامعه هماهنگ کنیم؟

اینجاست که هر یک از ما باید نگاهی دوباره به گذشته خود بیندازیم: پیش از انقلاب، در کسوت پزشک یا در هر نقشی که در بهداشت و سلامت عمومی داشتیم، چه می اندیشیدیم و چه کرده ایم؟

باید گذشته را مشتاقانه، با دیدی عمیق و انتقادی، بازنگری کنیم و در نهایت، به این نتیجه برسیم که همه اندیشه ها و احساسات گذشته مان را باید کنار بگذاریم تا نوع جدیدی از انسان خلق شود. اگر هریک از ما معمار خوبی برای ساختن نوع جدید انسان خود باشیم، خلق او، که می تواند نماینده کوبای جدید باشد، برای همه آسان تر خواهد بود. می خواهیم برای شما ساکنان هاوانا که اینجا حضور دارید بر این ایده تأکید کنم که نوع جدیدی از انسان در کوبا دارد خلق می شود که اگرچه اینجا، در پایتخت، آنچنان که شایسته است، به ارزشش پی نبرده ایم اما در گوشه گوشه کشور می توان ردی از او یافت. از میان شما، آنها که در ۲۶ جولای به سیرامائسترا رفتند، حتماً با دو چیز کاملاً ناشناخته مواجه شده اند: اول، ارتشی با داس و کلنگ، ارتشی که بزرگ ترین افتخارش رژه با کج بیل و تبر برافراشته در جشن های وطن پرستانه استان اورینته^۲ بود، در حالی که هم قطارهای نظامی شان با تفنگ رژه می رفتند؛ اما غیر از این، حتماً با صحنه های مهم تری هم روبه رو شده اید. حتماً کودکانی را دیده اید که بنیه فیزیکی آنها مشابه کودکان ۸-۹ ساله بود، در

1. Sierra Maestra

2. Oreinte

حالی که تقریباً همه شان ۱۳-۱۴ ساله بودند. آنها اصیل ترین کودکان سیرامائسترا هستند، اصیل ترین فرزندان گرسنگی و بدبختی؛ آنها ساخته دست سوء تغذیه اند.

در این کوبای کوچک، با چهار یا پنج کانال تلویزیونی و صد ایستگاه رادیویی، با تمام پیشرفت های علمی نوین، زمانی که برای اولین بار، شب هنگام، این کودکان وارد مدرسه شدند و چراغ های برق را دیدند، فریاد می زدند که امشب ستاره ها چقدر پایین آمده اند! اکنون آن کودکان، که بعضی از آنها را حتماً دیده اید، در مدرسه های اشتراکی، مهارت های مختلفی می آموزند، از خواندن گرفته تا تجارت و یا حتی علم بسیار دشوار انقلابی شدن. آنها همان انسان های جدید هستند که در کوبا، در مناطق دورافتاده، در بخش های مختلف سیرامائسترا و نیز در مراکز کار و تعاونی ها به دنیا می آیند. این مسائل با موضوع صحبت امروز ما ارتباط بسیاری دارد: ملحق شدن پزشکان و کارکنان حوزه سلامت به جنبش انقلابی. کار آموزش و پرورش کودکان، آموزش ارتش، توزیع زمین های اربابان سابق، که سر زمین هایشان حضور نداشتند، در میان کسانی که بدون دریافت هیچ سود و مزدی هر روز در همان زمین ها به کار گرفته می شدند؛ اینها همه دستاوردهای پزشکی اجتماعی اند که در کوبا محقق شده است.

مبارزه با بیماری باید بر مبنای ساختن بدنی قوی صورت گیرد، اما نه اینکه یک پزشک مهارت و هنرش را صرف درمان یک عضو بدن کند و بدین ترتیب یک بدن قوی خلق کند؛ بلکه منظورم خلق یک بدنه قوی از طریق کار جمعی برای درمان تمام این جمع است.

بنابراین پزشکی باید به علمی برای پیشگیری از بیماری ها تبدیل شود و عموم مردم را به سمت وسویی ببرد که وظایف پزشکی را خود بر عهده گیرند. پزشک تنها باید زمانی مداخله کند که شرایط بحرانی است، مثلاً برای عمل جراحی یا هنگامی که کارهایی لازم است که افراد جامعه جدیدی که خلق می کنیم توان و مهارت انجامش را ندارند.

وظیفه ای که امروز به وزارت بهداشت و سازمان های مشابه سپرده شد، ارائه خدمات بهداشت و سلامت عمومی به بیشترین تعداد ممکن از افراد، ایجاد برنامه ای برای اقدامات پیش گیرانه و سوق دادن مردم به سمت رعایت رویه های بهداشتی است. برای انجام این وظایف، همچون سایر وظایف انقلابی، آنچه اساساً مورد نیاز است

«فرد» است. انقلاب، چنان‌که برخی مدعی آن هستند، اراده و ابتکار جمعی را همگون و متعارف نمی‌سازد، بلکه برعکس، استعدادهای فردی انسان‌ها را آزاد می‌کند. درواقع انقلاب به استعدادها جهت می‌دهد و وظیفه کنونی ما این است که توانایی‌های خلاقانه همه شاغلان در زمینه‌های مختلف پزشکی را به سمت وظایف پزشکی اجتماعی سوق دهیم.

ما در پایان یک دوره هستیم و این منحصر به کوبا نیست؛ فارغ از هر آنچه امید می‌رفت یا گفته می‌شد، آن شکلی از سرمایه‌داری که ما می‌شناخته‌ایم، در آن رشد کرده‌ایم و تحت استیلای آن رنج برده‌ایم، در سراسر جهان، رو به شکست دارد. انحصارات در سراسر جهان سرنگون می‌شوند و دانش جمعی، هرروزه، پیروزی‌های مهم و جدیدی به دست می‌آورد. ما مفتخریم که در قاره آمریکا خود را وقف این وظیفه کرده‌ایم که پیش‌تاز جنبش آزادی‌خواهی باشیم، جنبشی که مدت‌ها پیش، در سایر قاره‌های تحت ستم و سلطه، یعنی آفریقا و آسیا، آغاز شده بود. چنین تحول اجتماعی عمیقی مستلزم تغییراتی به همین اندازه عمیق در ساختار ذهنی مردم است.

در کوبا فردگرایی، به صورت عمل انفرادی یک شخص به تنهایی در محیط اجتماعی، باید از بین برود. در آینده باید فردگرایی را به معنای استفاده بهینه از هر فرد در جهت منفعت مطلق جمع به کار ببریم. اینکه شما همه چیزهایی را که می‌گوییم درک می‌کنید و آماده‌اید تا کمی درباره حال و گذشته بیندیشید و به این فکر کنید که آینده چگونه باید باشد به تنهایی کافی نیست. برای تغییر شیوه تفکر، باید به‌ویژه در عمل به وظایف و تعهداتمان به جامعه، متحمل تغییرات درونی عمیقی شویم و هم‌زمان، تغییرات بیرونی عمیق را نیز شاهد باشیم.

آن تغییرات بیرونی هرروزه در کوبا رقم می‌خورند. یکی از راه‌های شناخت انقلاب و آگاه شدن از انرژی ذخیره‌شده‌ای که مدت‌های مدید درون مردم خفته بود این است که به سرتاسر کوبا سر بزنیم و تعاونی‌ها و مراکز کاری را ببینیم که امروزه در حال شکل‌گیری‌اند. یک راه دست‌یابی به جوهر این سؤال پزشکی نه تنها ملاقات و آشنایی با کسانی است که این تعاونی‌ها و مراکز کار را بنا نهاده‌اند، بلکه فهم این واقعیت‌هاست که چه بیماری‌هایی دارند، رنجشان از چیست، در این سال‌ها چه بیماری‌های مزمنی

داشته‌اند و از قرن‌ها سرکوب و تسلیم محض، چه میراثی برایشان به جا مانده است. پزشکان و کارکنان حوزه پزشکی باید عمیقاً به وظایف جدید خود، که همانا انسان درون توده و انسان درون اجتماع است، بپردازند.

مهم نیست که در دنیا چه پیش آید؛ همیشه این پزشک است که ارتباط بسیار نزدیکی با بیمارش دارد و از عمق روح و روانش آگاه است، چراکه او تنها کسی است که با درد می‌جنگد و آن را تسکین می‌بخشد: کاری بسیار ارزشمند و مسئولیتی بسیار سنگین در جامعه.

چند ماه قبل، اینجا در هاوانا، گروهی از پزشکان تازه فارغ‌التحصیل شده نمی‌خواستند به مناطق روستایی کشور بروند و شرطشان برای رفتن به روستاها این بود که اول پاداش دریافت کنند. براساس دیدگاهی که در گذشته رایج بود، این منطقی‌ترین خواسته است؛ حداقل برای من ظاهراً قابل درک بود. این ماجرا به یادم انداخت که خودم سال‌ها پیش چگونه بودم و چگونه می‌اندیشیدم. داستان من داستان گلا دیاتوری بود که عصیان کرد؛ مبارز تنهایی که می‌خواست آینده و شرایط بهتری را رقم بزند و نشان دهد که نیاز مردم به او تا چه حد ارزشمند است.

حال بیایید فکر کنیم چه اتفاقی می‌افتاد اگر به جای این بچه‌ها که خانواده‌هایشان اغلب قادر به پرداخت هزینه سال‌های تحصیلشان بودند، دیگرانی از خانواده‌هایی فقیرتر تازه فارغ‌التحصیل شده بودند و تازه می‌خواستند کار حرفه‌ای خود را آغاز کنند؟ چه می‌شد اگر دویست یا سیصد کشاورز فقیر، توگویی به طریق جادو، از دانشگاه بیرون می‌آمدند؟

بی‌گمان آن دهقان‌ها، بی‌درنگ و با اشتیاقی بی‌دریغ، به کمک برادرانشان می‌شتافتند و داوطلب انجام سخت‌ترین و پرمسئولیت‌ترین کارها می‌شدند تا نشان دهند آن سال‌هایی که آموزش دیده‌اند بیهوده نبوده است. این همان چیزی است که در آینده، شش یا هفت سال بعد، هنگامی که دانشجویان جدید، فرزندان کارگران و دهقانان، در رشته‌های مختلف فارغ‌التحصیل شوند اتفاق می‌افتد.

با این حال نباید دیدی تقدیرگرایانه داشته باشیم و تمام انسان‌ها را در دو دسته فرزندان طبقه کارگر و دهقان و ضدانقلاب جای دهیم؛ چراکه این ساده‌انگاری است؛

اشتباه است. زیرا هیچ چیز بیشتر از زیستن در یک انقلاب، انسان شرافتمند تربیت نمی‌کند. از میان ما، که اولین گروهی بودیم که به گرانما رسیدیم و در سیرامائسترا مستقر شدیم و یاد گرفتیم به دهقان‌ها و کارگرانی که با آنها زندگی می‌کردند احترام بگذاریم، هیچ یک پیشینه طبقاتی کارگری و دهقانی نداشتیم. طبیعتاً در میان ما کسانی بودند که در گذشته مجبور به کارکردن شده بودند، کسانی که در دوران کودکی محرومیت کشیده بودند. اما گرسنگی، آنچه گرسنگی واقعی می‌نامندش، چیزی نبود که هیچ کدامان تا آن زمان تجربه‌اش کرده باشیم. ما آن گرسنگی راتازه در آن دو سال طولانی در سیرامائسترا شناختیم و سپس بسیاری از حقایق بر ما آشکار شدند.

همین ما که در ابتدا هر کسی را که به اموال زمین‌داران یا حتی دهقانان ثروتمند دست‌درازی می‌کرد سخت تنبیه می‌کردیم، یک روز ده‌هزار رأس گاو به سیرامائسترا آوردیم و به دهقانان گفتیم: «بخورید!» و دهقانان برای اولین بار در طول سالیان دراز و حتی برخی برای اولین بار در زندگی‌شان گوشت گاو خوردند.

احترامی که ما برای حق مالکیت مقدس بر آن ده‌هزار رأس گاو قائل بودیم در طی جنگ از بین رفته بود و ما به خوبی درک کرده بودیم که زندگی یک انسان میلیون‌ها بار از تمام دارایی ثروتمندترین فرد زمین ارزشمندتر است و این حقیقت را ما، که نه از طبقه کارگر و نه از طبقه دهقان بودیم، یاد گرفتیم. حال، ما که خود از طبقه مرفه بودیم به چهار جهت دنیا بگوییم که بقیه مردم کوبا نمی‌توانند این را فرا بگیرند؟ البته که می‌توانند! و علاوه بر آن، امروز انقلاب به این نیاز دارد که همه مردم آن را یاد بگیرند؛ که همه درک کنند که افتخار خدمت به هم‌نوع‌هزاران بار ارزشمندتر از یک پاداش خوب است و قدردانی مردم بهتر و ماندگارتر از همه ثروتی است که یک فرد می‌تواند به دست بیاورد. هر پزشک، در دایره فعالیت خود، می‌تواند و باید از این گنج پرارزش، از قدردانی و سپاس مردم، توشه بردارد.

پس باید زدودن مفاهیم قدیمی را آغاز کنیم، به مردم نزدیک شویم و هرروز آگاه‌تر از قبل باشیم. رویکردمان در قبال مردم نباید مانند گذشته باشد. همگی خواهید گفت: «نه، من دوست ملت، دوست دارم با کارگران و دهقانان هم صحبت شوم. یکشنبه هر

هفته به فلان جا می‌روم تا شاهد فلان چیز باشم». این کارها را در گذشته همه ما انجام داده‌ایم؛ اما آنچه می‌کردیم تمرین کار خیر بود و آنچه امروزه باید تمرین کنیم همبستگی است. نباید نزد مردم برویم و بگوییم: «اینک ما! آمده‌ایم تا شما را از برکت حضورمان بهره‌مند کنیم، دانشمان را به شما بیاموزیم، خطاهایتان را به شما گوشزد کنیم، شما را متوجه اشتباهاتتان کنیم و فرهنگ نداشتن و جهل‌تان در ابتدایی‌ترین چیزها را به شما نشان دهیم». در عوض، باید با ذهنی جستجوگر و با فروتنی، به سوی‌شان بشتابیم تا از این منبع عظیم خرد و دانش، که همانا مردم باشند، چیزی بیاموزیم.

بعدها بارها به اشتباه‌هایی پی خواهیم برد که چنان در باورهایمان تنیده‌اند که گویی همیشه جزئی از وجودمان بوده‌اند و ناخودآگاه در اندیشه‌مان ظاهر می‌شدند. باید بخش بزرگی از درک خود از مفاهیم را تغییر دهیم. نه تنها در مفاهیم کلی، اجتماعی یا فلسفی، بلکه حتی در مفاهیم پزشکی هم باید تجدیدنظر کنیم.

باید بدانیم که بیماری‌ها همواره به آن نوع درمان‌هایی که در بیمارستان‌های شهرهای بزرگ انجام می‌شوند نیاز ندارند. باید بدانیم که پزشکان باید کشاورز هم باشند؛ باید مواد غذایی جدیدی به عمل بیاورند و بذر اشتیاق برای مصرف این غذاهای جدید را در ذهن مردم بکارند، تا ساختار تغذیه‌ای بسیار محدود و ضعیف کوبا را که یکی از ثروتمندترین کشورهای جهان از نظر کشاورزی و ظرفیت‌های موجود است تنوع بخشند. باید بدانیم که در این شرایط باید کمی، و گاه بسیار، نگاهمان به آموزش باشد. باید سیاستمدار هم باشیم؛ اولین قدم آن نیست که نزد مردم برویم تا خرد و دانشمان را به آنها عرضه کنیم. بلکه در عوض، ما باید نشان دهیم که می‌خواهیم در کنار مردم یاد بگیریم و با آنها آن شاهکار زیبا را تجربه کنیم: ساختن کوبای جدید.

مراحل زیادی را پشت سر گذاشته‌ایم. از اول ژانویه ۱۹۵۹ تا امروز فرسنگ‌ها فاصله هست. اغلب مردم مدت‌ها قبل متوجه شده‌اند که نه تنها یک دیکتاتور، بلکه یک نظام در اینجا سرنگون شده است. اکنون زمان آن رسیده که مردم یاد بگیرند روی ویرانه‌های یک نظام پوسیده باید نظام جدیدی بسازیم که خوشبختی محض را برای مردم به ارمغان آورد.

به یاد دارم زمانی، در ماه‌های نخست سال گذشته، رفیق گیلن^۱ از آرژانتین آمد. به اندازهٔ جایگاه امروزش، آن زمان هم شاعر بزرگی بود. البته شاید آن زمان، کتاب‌هایش فقط به یک یا دو زبان دیگر ترجمه شده بودند، اما از آن پس، هر روز بر خوانندگانش از تمام زبان‌ها افزوده شده است. اما او همان مردی بود که امروز است. هرچند در ابتدا که تعصب حکم فرما بود، برای گیلن سخت بود که در اینجا شعر بخواند، اشعاری که مردمی و برای مردم بودند. هرگز کسی به این فکر نرفتاد که در تمام این سال‌ها، گیلن فداکارانه، تمام موهبت شاعرانهٔ بی‌نظیرش را در خدمت به مردم و هدفی که به آن معتقد بود وقف کرده است. مردم او را نه به عنوان افتخار کوبا، بلکه در مقام نمایندهٔ یک حزب سیاسی، که تابو به حساب می‌آمد، می‌شناختند.

اما اکنون همهٔ اینها فراموش شده است. دیگر آموخته‌ایم که تفاوت دیدگاه‌ها دربارهٔ برخی ساختارهای داخلی کشورمان به تفرقه نمی‌انجامد، اگر یک دشمن مشترک و یک هدف مشترک داشته باشیم.

تاکنون متقاعد شده‌ایم که قطعاً یک دشمن مشترک وجود دارد. موقع ابراز نظرش علیه انحصارات، چپ‌وراستمان را نمی‌پاییم که مبادا مثلاً یک مأمور اطلاعاتی سفارت حرفمان را بشنود؛ به روشنی و با خیال راحت می‌گوییم که «دشمن ما و دشمن تمام [قارهٔ] آمریکا دولت انحصارگر ایالات متحدهٔ امریکا است». اگر اکنون، همه این دشمن را بشناسند و بدانند که هر کسی که علیه این دشمن مبارزه می‌کند نقطهٔ هدف مشترکی با ما دارد، به مسئلهٔ بعدی می‌رسیم: اینجا و اکنون، هدفمان برای کوبا چیست؟ چه می‌خواهیم؟ سعادت ملت را می‌خواهیم یا نه؟ آیا برای آزادی اقتصادی کامل کوبا می‌جنگیم یا نه؟

آیا ما برای این مبارزه نمی‌کنیم که یک ملت آزاد در میان سایر ملل آزاد باشیم، بدون اینکه به هیچ بلوک نظامی وابسته باشیم، بدون اینکه پیش از هر اقدام کوچک و بزرگ داخلی یا خارجی برای کشورمان مجبور باشیم با سفارت‌خانه‌های قدرت‌های بزرگ در جهان مشورت کنیم؟ اگر بخواهیم ثروت کسانی را که زیاد از حد برخوردارند بازتوزیع کنیم و به کسانی که هیچ ندارند بدهیم، اگر قصد کرده‌ایم کار خلاقانه را به منبع پویایی

1. Guillén

تبدیل کنیم که هرروزه تمام خوشبختی ما را تأمین کند، در این صورت است که در مسیر هدف هایمان قدم گذاشته ایم. هرکسی که چنین هدفی دارد دوست ماست؛ اینکه دیدگاه متفاوتی داشته باشد یا به سازمانی دیگر تعلق داشته باشد چندان اهمیت ندارد. وقتی خطری بزرگ رخ می دهد، وقتی تنش های بزرگ در پیش است و نیاز به ابتکارات بزرگ داریم، آنچه اهمیت دارد دشمنان بزرگ و اهداف بزرگ است. اگر توافق کرده باشیم و همه بدانیم که مقصودمان کجاست - چه اهمیتی دارد که به مذاق کسی خوش نیاید - وقت آن است که کارمان را آغاز کنیم.

پیش تر گفتم که برای اینکه انقلابی باشید، باید انقلابی وجود داشته باشد، که ما داریم؛ سپس باید افرادی را که بناست با آنها کار کنید شناسایی کنید، که من فکر می کنم ما هنوز با همکارانمان کاملاً آشنا نشده ایم و باید کمی بیشتر در این راه پیش رویم. اگر از من بپرسید که جز رفتن به جای جای کشور، مشاهده تعاونی ها، کارکردن و زندگی در آنها که البته این کار هرکس نیست و حضور کارکنان حوزه پزشکی در بسیاری از جاها اهمیت فراوان دارد. از چه طریق دیگری می توان به شناخت مردم رسید، به شما خواهیم گفت که شبه نظامیان یکی از مظاهر بزرگ همبستگی مردم کوبا هستند. آنها امروزه وظیفه ای جدید برای پزشک تعریف کرده اند و او را آمادۀ شرایطی می کنند که تا همین چند روز پیش برای کوبا واقعیتی غم انگیز و تقریباً مرگ بار به شمار می آمد؛ اینکه قرار بود طعمه یا اگر نگوئیم طعمه، قربانی حمله مسلحانۀ وسیعی شویم.

باید خاطرنشان کنم که پزشک، حتی در جامۀ یک سرباز و یک انقلابی، باید همواره پزشک باقی بماند. مبادا اشتباهی که ما در سیرامائسترا مرتکب شدیم تکرار کنید. شاید هم اشتباه نکردیم ولی تمام رفقای پزشک آن زمان اطلاع داشتند که: برایمان کسر شأن بود بر بالین فرد زخمی یا بیمار بمانیم؛ همواره می خواستیم به هر طریق ممکن، اسلحه به دست گیریم و در میدان نبرد به همه نشان دهیم که چه کارها از ما برمی آید.

اکنون شرایط تغییر کرده است؛ ارتش جدیدی برای دفاع از کشور تشکیل شده که باید به تجهیزات و روش های جدید مجهز باشد. در طرح این ارتش جدید، جایگاه پزشکی از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است. پزشک باید پزشک بماند و این از زیباترین و مهم ترین کارها در زمان جنگ است. نه تنها پزشکان، بلکه پرستاران، تکنسین های

آزمایشگاه و همه کسانی که خود را وقف این حرفه انسانی کرده‌اند جایگاه مهمی دارند. ما از خطرات پنهانی آگاهیم و خود را برای مقابله با تهاجمی که هنوز در این فضا وجود دارد آماده می‌کنیم، اما نباید تمام تمرکزمان روی این باشد، چراکه اگر تمام هم و غممان آمادگی برای جنگ باشد، قادر نخواهیم بود خود را وقف کارهای خلاقانه کنیم. هر کاری و هر سرمایه‌گذاری کلانی برای اقدامات نظامی اتلاف وقت و پول است. متأسفانه گاه چاره‌ای نیست، چون دیگری هستند که خود را برای جنگ آماده می‌کنند. اما با کمال صداقت و افتخار، به عنوان یک سرباز، اعتراف می‌کنم: حقیقت این است که پولی که برای تهیه اسلحه از خزانه بانک ملی خرج می‌شود، مرابیش از هر چیز دیگری غمگین می‌کند.

با این همه، شبه‌نظامیان در زمان صلح هم وظایفی دارند. آنها باید در مراکز جمعیت، ریسمانی برای اتحاد میان مردم باشند. نهایت همبستگی را باید تمرین و به آن عادت کنیم؛ شنیده‌ام که پیش‌تر هم در میان شبه‌نظامیان پزشک این اتفاق افتاده است. در زمان بحران، آنان باید به سرعت برای حل مشکلات مردم فقیر کوب‌راهی شوند. البته شبه‌نظامیان فرصتی هم فراهم می‌کنند برای اینکه یک دل و یک رنگ، بالباس‌های متحدالشکلشان، با مردم همه طبقات اجتماعی کوب‌ها هم‌زیستی کنند.

اگر ما دست‌اندرکاران پزشکی، اجازه بدهید عنوانی را که مدت‌هاست فراموش کرده بودم یک بار دیگر به کار ببرم^۱. موفق شویم، اگر بتوانیم این سلاح جدید همبستگی را به کار بگیریم، اگر اهداف، دشمن و جهتی را که باید انتخاب کنیم بشناسیم، دیگر فقط کافی است بدانیم که هر روز چه بخشی از مسیر را باید طی کنیم؛ این قسمت را کسی نمی‌تواند به ما نشان دهد. این قسمت بخشی از سفر فردی است که هرکس باید خودش طی کند: آنچه فرد هر روز انجام می‌دهد، آنچه از تجربه‌های شخصی‌اش گرد می‌آورد و آنچه از وجود خود، با عمل کردن به حرفه‌اش، به دیگران می‌بخشد، وقتی خود را وقف مردم می‌کند.

اکنون که همه عناصر لازم برای پیمودن مسیر به سوی آینده را فراهم و آماده داریم،

۱. منظور فرمانده در اینجا، استفاده از عنوان «پزشک» است.

بیایید پند خوزه مارتی^۱ را به خاطر بیاوریم؛ شاید من در این لحظه به آن بی توجه باشم اما باید همواره سخنش را پیش چشم داشته باشم که: «برای بیان نظر، هیچ راهی بهتر از نشان دادن آن در عمل نیست». پس بیایید به سمت آینده کوبا حرکت کنیم.

۱. خوزه مارتی (۱۸۹۵-۱۸۵۳) رهبر جنبش استقلال کوبا در مبارزه با اسپانیا.