

ETYKA 55, 2017

## Kapitalizm kontra zdrowie. Ekonomiczno-społeczne warunki możliwości zdrowia publicznego

Aleksander Zbrzezny, Akademia Sztuk Pięknych w Warszawie

The aim of this paper is to illustrate some difficulties connected with the global ethic. The author shows mutual relations between socio-economic domain and the public health. Beginning with Peter Singer's argumentation, the author points that the inequality is the main factor hampering moral action. The inequality generated by contemporary capitalism has an immediate influence on the health of people. Individual charity is not sufficient to solve such problems like life expectancy, health care, starvation or global warming. According to the author, liberation of medical practices from the power of capital is a condition of the possibility of the public health.

### Wprowadzenie

Próba pomyślenia „etyki globalnej” natrafia wciąż na wiele trudności. Poza często eksponowanymi problemami – jak chociażby różnice kulturowe, które trudno zniwelować za pomocą pretendujących do uniwersalności norm, trudności te wyrastają w znacznej mierze ze zjawisk i procesów ekonomiczno-społecznych. Można oczywiście powiedzieć, że tym samym są one przedmiotem badań nauk społecznych i stanowią raczej tło czy też kontekst dla zagadnień ściśle etycznych. Mimo to, co najmniej w kilku punktach problematyka etyczna wyraźnie spotyka się z tym „otoczeniem”. Z pewnością należy do tych punktów problematyka zdrowia publicznego. Na potrzeby niniejszego artykułu proponuję przyjąć perspektywę filozofii społecznej jako swego rodzaju łączniczki między etyką z jednej strony, a ekonomią i socjologią z drugiej. Nie jest to propozycja karkołomna: analizy globalizacji czy samego problemu nierówności ekonomicznych (zarówno lokalnych, jak i globalnych) nie tylko same nie są „wolne od wartościowania”, ale dotyczą wymiarów ludzkiego życia i ludzkich aktywności, w których wręcz niepodobna uniknąć oceny etycznej – można ją najwyżej stłumić. Takie stłumienie może mieć

źródła ideologiczne, może też wynikać ze swego rodzaju „podziału kompetencji” badaczy zajmujących się różnymi dziedzinami nauki. Moim celem nie jest jednak upominanie ekonomistów, by zajmowali się etyką. Chciałbym natomiast pokazać, że refleksja etyczna nie może dziś zatrzymywać się przed uwzględnieniem wielu elementów tradycyjnie uznawanych za przynależne do innych obszarów. Do przybliżenia tej intuicji może posłużyć przypomnienie kilku wątków myśli Petera Singera.

Australijski bioetyk podejmuje w swym krytycznym opisie globalizacji wiele istotnych kwestii: przede wszystkim głodu, zmian klimatycznych i zanieczyszczenia środowiska, prawnych regulacji handlowych i dotyczących interwencji zbrojnych. Jakkolwiek na każdym z tych pól formułuje wiele ważnych uwag, wymagają one dziś uzupełnienia lub „aktualizacji.” Singer wiąże np. spore nadzieje z handlem emisjami CO<sub>2</sub>, podczas gdy wiemy już, że rozwiązanie to doprowadziło do mnóstwa nadużyć, a nie spowodowało globalnego spadku emisji. Co jednak ważniejsze, Singer ostatecznie nakłania czytelników do indywidualnej dobroczynności. Tutaj zaś można mieć poważne obawy, czy jest to propozycja adekwatna do sytuacji. Sama argumentacja Singera wygląda rzecz jasna przekonująco – inspirując się pomysłami Petera Ungera, przedstawia nam Singer hipotetyczną sytuację – właściciela luksusowego auta, który musi podjąć decyzję, czy skierować pociąg na tor, na którym bawi się dziecko, czy na bocznicy, na której zaparkował owoc swych oszczędności. Przez analogię do tej sytuacji powinniśmy myśleć o naszym stosunku do ludzi, których życie jest zagrożone. Można się zgodzić, że Singerowi udaje się uzasadnić obowiązek pomagania innym. Oto jego sformułowanie: „Powinniśmy zatem propagować następującą dobroczynną politykę publiczną: każdy człowiek mający wystarczająco dużo pieniędzy, by stać go było na luksusy i kaprysy tak powszechne w zamożnych społeczeństwach, powinien podarować przynajmniej jeden cent z każdego dolara tym, którym brakuje pożywienia, czystej wody do picia, schronienia przed żywiołami i podstawowej opieki zdrowotnej. Jeśli ktoś nie spełnia tego warunku, to nie bierze na siebie przypadającej mu w udziale części globalnej odpowiedzialności, robi więc coś bardzo złego. Mówimy tu przy tym o minimalnej, a nie optymalnej darowiźnie<sup>1</sup>. Propozycja indywidualnej dobroczynności może w tym wypadku o tyle dziwić, że w swej polemice z Johnem Rawlsem Singer zarzuca mu niedostateczne uwzględnienie „gospodarczych potrzeb jednostek<sup>2</sup>. Należy tu zauważyć, że „gospodarcze potrzeby” zdecydowanie przekraczają wymiar jednostkowego oddziaływania. Znajdziemy też wprawdzie u Singera krytykę „globalnych” instytucji, ale zostawiając nas ostatecznie

1 P. Singer, *Jeden świat. Etyka globalizacji*, trans. C. Cieśliński, Warszawa, Książka i Wiedza 2006, p. 205.

2 Cf. *ibidem*, p. 188–192.

z postulatem jednocentowej darowizny, autor *Jednego świata* nie posuwa się o wiele dalej niż krytykowany adwersarz. Nie jest moim zamiarem krytykowanie Singera. Domyślam się, że jego główną intencją było rozbudzenie w zachodnich społeczeństwach elementarnej odpowiedzialności – co jest jeszcze bardziej widoczne w jego późniejszej książce *Życie, które możesz ocalić*. I tam jednak dobroczynność odgrywa nadrzędną rolę, zaś przykładami mają nam świecić Bill Gates i Warren Buffet. Nie chodzi rzecz jasna o wniosek, że dobroczynność jest zła, a charytatywna działalność miliarderów bez znaczenia; posłużyłem się myślą Singera by „przechwytać” sam kształt problemu. W zakończeniu powrócę do tych wątków, najpierw jednak przedstawię materiał dotyczący społeczno-ekonomicznego kontekstu, który uważam za niezbędny dla rozważań etycznych.

### Zdrowie publiczne, historia i polityka

Problem zdrowia publicznego w oczywisty sposób zdaje się sytuować na przecięciu polityki i medycyny. Choć nie jest moim celem rekonstrukcja historii zdrowia publicznego, to w ramach wstępnej ekspozycji warto zwrócić uwagę na kilka okoliczności o charakterze historycznym. Mamy bowiem do czynienia z rosnącą zależnością medycyny i polityki, a od pewnego momentu zależność ta zostaje powiązana z momentem ekonomicznym. Charakter tego powiązania również jest historycznie zmienny.

W tym wielorakim historycznym materiale można wyodrębnić względnie autonomiczne procesy. Można je splatać i rozplatać; nie jestem rzecznikiem jakiegos historycznego czy technologicznego determinizmu, ale w wielu punktach z pewnością można skonstatować zależności przyczynowe. Ich konstelacja, czy też splot, sama jest efektem długotrwałych i złożonych oddziaływań. I tak, z jednej strony, można oczywiście mówić o historii medycyny; o samej historii porzucenia paradygmatu humoralnego, który towarzyszy Europie do XVIII w., o mozolnych procesach rozpoznawania kolejnych zagrożeń, o rewolucyjnych odkryciach, postępach diagnostyki i techniki medycznej. Z drugiej strony, można mówić o upowszechnianiu się odkryć (np. mikrobów), praktyk (zwłaszcza asenizacyjnych), o początkach higieny. Rytm wdrażania kolejnych praktyk i recepcji odkryć naukowych charakteryzuje się niekiedy specyficzną diachronią w stosunku do „oficjalnego” stanu wiedzy. Bywało, że medyczne działanie czy zalecenie stawało się względnie popularne zanim uzyskało naukową sankcję, bywało też, że jakieś odkrycie naukowe nader mozolnie torowało sobie drogę do uznania. Dość wspomnieć chociażby o szczepieniach przeciw ospie, albo o losie Ignaza Semmelweisa.

Dyskusja o szczepieniu przeciw ospie jest głośna już na kilkadziesiąt lat przed „oficjalnym” odkryciem Edwarda Jennera, znajdziemy na ten temat wypowiedzi m.in. Woltera czy Jana Jakuba Rousseau. Semmelweis z kolei umiera osamotniony w szpitalu psychiatrycznym, nie mogąc wcześniej przekonać swych kolegów do dezynfekowania rąk przed odebraniem porodu.

Praktyki medyczne przez długi czas pozostawały niemal bezradne wobec problemów dotyczących zbiorowości. Można tu wspomnieć o „uzdrawiającej” mocy relikwii, o zabezpieczaniu się przed zarazą aromatycznymi przyprawami albo szlachetnymi kamieniami. Jeszcze w 1665 r. podczas epidemii dżumy w Londynie zaleca się uczniom kolegium Eton profilaktyczne palenie tytoniu, a odstępstwo od zalecenia grozi chłostą. Z mnóstwa dziwnych niekiedy środków stosunkowo skuteczne pozostaje zamknięcie; o tyle też można się nie dziwić, że jest to jedna z pierwszych praktyk, w której spotka się moment polityczny z momentem „medycznym”. (Właściwie należałoby mówić o tym, co uznawano za medyczne; a znajdziemy tu wszak sporo przekonań o charakterze moralnym lub wręcz arbitralnym. Przypomnijmy sobie odnotowane przez Michela Foucault spisy „szaleńców”<sup>3</sup>.) Foucaultowskie Wielkie Zamknięcie jest pewną strategią władzy w reakcji na społeczny problem – problem ludzi zbędnych bądź będących zagrożeniem, moralnym lub fizycznym. Foucault pokazuje też, jak praktyki nadzoru i kontroli czerpią z wzorców wypracowanych w leprozoriach lub podczas dżumy. Spotkanie medycyny i władzy się dokonało, by krok po kroku doprowadzić do „rządomyślności” i biopolityki. Dopiero w XVIII w. władza zda sobie sprawę z tego, że rządzi populacją (a nie ludem). Wtedy też nastąpi koniec Wielkiego Zamknięcia, co powiązane jest bezpośrednio z momentem ekonomicznym – tym razem to rozwijający się przemysł potrzebuje rąk do pracy. By domknąć wątek Foucaultowski – ten sam proces można prześledzić od strony historii więzienia (zresztą dawne szpitale były niemal więzieniami).

Ten historyczny moment – przełom XVIII i XIX w. – charakteryzuje się jednocześnie bardzo dynamiczną relacją między kapitałem i państwem. To moment, w którym gęstniejąca sieć wymiany, jej coraz bardziej globalny zakres i zwiększające się tempo sprawia, że kapitał będzie poszukiwał form zaplecza większych niż miasta (szczegółowo dokumentuje te przemiany Fernand Braudel w swym wielkim dziele *Kultura materialna, gospodarka i kapitalizm XV – XVIII wiek*). Nie ma tu miejsca na rozwijanie tego wątku, poprzestanę na skrótowej konstatacji, że kształtowanie się państw narodowych jest bardzo mocno powiązane z kształtowaniem się kapitalizmu.

3 Cf. M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, trans. H. Kęszycka, Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1987, p. 85–86, 131.

To wówczas zadzierzgnięta zostaje głęboka, trwająca do dziś symbioza kapitału i państwa<sup>4</sup>.

W tym samym czasie można zaobserwować narodziny, załączki procesów, które w XX w. zostaną objęte szyldem „zdrowia publicznego”. Nie wszystkie z nich są motywowane ekonomicznie, ale nie brak i takiej komponenty. Pod koniec XVIII w. przedmiotem troski stało się miejskie powietrze, choć jeszcze nie woda: ta ma właśnie usuwać zapachy. Sądzi się, że woda z Sekwany 600 metrów poniżej ujścia ścieku z Hôtel-Dieu nadaje się do picia<sup>5</sup>. Pojawiają się diety – pracującym fizycznie zaleca się masło, które miało „zapobiegać skutkom tarć, jakich doświadczały ich organy”<sup>6</sup>. Już w XVIII w. pojawiają się pierwsze ubezpieczenia, choć ich względna powszechność to wciąż sprawa przyszłości (pierwsze ubezpieczenia pojawiają się w Anglii już w 1770 r., jednak na pierwsze „powszechne” trzeba będzie poczekać do 1883 r., kiedy to w Niemczech ubezpieczenie stanie się warunkiem podjęcia pracy). Od połowy XIX w. trwa walka z alkoholizmem i syfilisem. XIX w. przynosi też rewolucję w zakresie higieny, zaczyna się dbać o wentylację (wiele szczegółowych informacji na ten temat można znaleźć w *Historii czystości i brudu* Georgesa Vigarello). Rodzi się higiena publiczna, po trosze na tle swego rodzaju solidarności zagrożenia. Ubodzy (pracujący w fatalnych warunkach) mogą zarażać bogatych; ochrona ich zdrowia i narzucenie im obowiązków przyczynia się do ochrony zdrowia ogółu. Nie oznacza to rzecz jasna, by w XIX w. można było mówić o jakichś znaczących sukcesach w tej dziedzinie. To wszystko są powolne procesy. Jest wśród nich jeden o szczególnej doniosłości i ogromnej skali: rekrutacja do armii<sup>7</sup>. W wielu państwach był to czynnik bezpośrednio przekładający się na politykę zdrowia publicznego. Gdy francuskie Ministerstwo Wojny zostaje zmuszone obniżyć wymagany wzrost rekrutów, gdy zaczyna się mówić o groźbie zwyrodnienia i skarłowacenia, zwraca się uwagę na kondycję ludności. Jest to jednak proces odwracalny, który zawdzięczamy historycznej „koniunkturze”. Oto, co na ten temat pisze Göran Therborn: „Gdy masowe armie z poboru, powszechne w epoce przemysłowej, zastąpiono współczesnymi oddziałami najemników wyposażonych w najnowocześniejszą broń, elity polityczne straciły jeden z głównych powodów troszczenia się o zdrowie ludności. Ponad 100

4 Wiele dominujących narracji neguje ten związek. Trudno jednak przeoczyć te „symbiotyczne” momenty: przedsiębiorcy domagają się wolnego rynku, ale chętnie korzystają z rządowych subsydiów i subwencji; banki nastają na deregulację sfery finansowej, ale w kryzysie ochoczo przyjmują państwową pomoc; domaganiom otwarcia granic dla towarów i pieniędzy towarzyszy zaś oczekiwanie, że państwo zamknie je przed ludźmi z określonych części świata.

5 Cf G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby*, trans. M. Szymańska, Warszawa, Wydawnictwo Aletheia 2011, p. 205.

6 Ibidem, p. 208.

7 Cf G. Vigarello, op. cit. p. 240-241.

lat temu katastrofalny przebieg toczonej przez Wielką Brytanię wojny z Burami oraz fakt, że blisko 40% ochotników, którzy zgłosili się do armii imperium, okazało się fizycznie niezdolnych do służby, skłoniły konserwatywny rząd Arthura Balfoura do ustanowienia Międzyresortowej Komisji ds. Pogarszania się Stanu Fizycznego Ludności<sup>8</sup>.

Jak więc widać, troska o zdrowie publiczne była rozmaicie motywowana i rozmaicie przedstawiała się jej skuteczność. Ta konstelacja społecznych uwarunkowań ma swoją specyfikę w każdym momencie dziejowym – także w naszej teraźniejszości.

### Nierówności a zdrowie

Wielu autorów alarmuje, że mimo optymistycznych narracji medialnych, mamy dziś do czynienia z rosnącymi nierównościami. Optymiści zapewniają o słuszności „teorii skapywania” – to przekonanie, że na bogactwie najbogatszych korzystają też biedniejsi; że należy dbać przede wszystkim o wzrost gospodarczy, bo dzięki temu podnosi się poziom życia całych społeczeństw. Tymczasem wybitni ekonomiści – jak Joseph Stiglitz – przyznają, że sprawa wygląda zupełnie inaczej. Przyływ nie podnosi wszystkich łodzi; Stiglitz przypomina, że dziurawe łodzie zatoną. Problem nierówności staje się coraz bardziej dotkliwy. Zarazem nierówności ekonomiczne przekładają się w bardzo bezpośredni sposób na biologiczne życie. Chodzi tu nie tylko o dostęp do „usług medycznych” – jak po utowarowieniu leczenia nazywa się praktyki medyczne, ale o wiele innych, niejednokrotnie dramatycznie wymiernych „parametrów” życia. Problem ten nabiera ostrości, jeśli rozpatrywać go w planie globalnym.

Jeśli chodzi o samą analizę nierówności, można oczywiście wskazać rozmaitych przewodników. Do popularnych dziś autorów należy Thomas Piketty, a choć jego dzieła nie są wolne od poważnych uproszczeń, to ilustrują rosnące rozwarstwienie społeczeństw i koncentrację kapitału. Obraz, przedstawiony przez francuskiego ekonomistę w *Kapitale w XXI wieku*, można uznać za stosunkowo łagodny, trzeba jednak pamiętać, że wiele czysto ekonomicznych wskaźników nierówności bywa zawodnych (bardzo często ekonomiści badający problem nierówności koncentrują się na wskaźnikach konsumpcji, a nie dochodów – tymczasem biedne gospodarstwa konsumują „na kredyt”, a bogatym po konsumpcji zostają jeszcze oszczędności; nawet tak – jak by się mogło wydawać – obiektywne narzędzia, jak współczynnik Giniego, można kształtować w rozmaity sposób). Do tego dochodzi niejawnosc

8 G. Therborn, *Nierówność, która zabija. Jak globalny wzrost nierówności niszczy życie milionów i jak z tym walczyć*, trans. P. Tomanek, Warszawa, PWN 2015, p. 156.

danych z najbogatszych gospodarstw. Główna teza Piketty'ego wyrażona jest językiem liberalnej ekonomii – rentowność kapitału zwiększa się szybciej, niż wskaźniki wzrostu gospodarczego (nawiasem mówiąc, PKB też jest ideologicznym parametrem, jeśli zwrócić uwagę, że można doń wliczyć wydatki na bezpieczeństwo – w szczególności budowanie więzień) Piketty nie zajmuje się właściwie zupełnie ludzkimi kosztami opisywanych nierówności, interesują go tylko cyferki. Tymczasem można powiedzieć, że nierówności rosną dzięki żywotności opozycji kapitału i pracy. Im silniejszy kapitał, tym słabsze regulacje „ryнку pracy”, tym więcej umów śmieciowych, niższe zarobki i słabsze świadczenia socjalne, a w tym – ubezpieczenie zdrowotne. Najjaskrawszym przykładem jest tu prekariat – opisana przez Guy Standinga „nowa klasa społeczna”. Prekarna praca jest w skali świata coraz częstszym i liczniejszym zjawiskiem (nawet w Japonii, słynącej jeszcze niedawno ze stabilnego zatrudnienia), a prekarna kondycja w dość oczywisty sposób odbija się na zdrowiu – począwszy od stresu związanego z niepewnością, przez brak ubezpieczenia, po brak środków na prywatną diagnostykę czy terapię.

Nieco szerszej panoramy ekonomicznej dostarczają prace Josepha Stiglitz. (Stiglitz w 2001 r. został laureatem Nagrody Banku Szwecji im. Nobla, wcześniej zaś był głównym doradcą ekonomicznym Billa Clintona, a także głównym ekonomistą i wiceprezesem Banku Światowego.) W najszerszym planie Stiglitz dokumentuje niesprawiedliwość działań ekonomicznych i piętnuje funkcjonowanie instytucji takich jak MFW, zwracając uwagę na „obrotowe drzwi” personelu politycznego i biznesowego. Dostarcza tym samym całych naręczy przykładów symbiozy kapitału i państwa. Pokazuje też, że osławiona wolność handlu, wolny rynek – pozbawione regulacji – niemal zawsze stają się po prostu instrumentami silnych gospodarczo podmiotów, służącymi do eksploatacji słabych (w grę wchodzi tu mnóstwo procesów: kredyty udzielane w zamian za koncesje na wydobywanie cennych surowców, przejmowanie banków itd. Piszą też o tym inni autorzy<sup>9</sup>). Zarazem regulacje wcale nie muszą oznaczać skrępowania gospodarki i stagnacji – czego dowodem może być trzydziestolecie po II wojnie światowej (w nawiasie można zauważyć, że poza czasem ogromnego wzrostu gospodarczego, był to czas dynamicznego rozwoju polityki zdrowia publicznego; jak się okazało, możliwe było pogodzenie wysokiego wzrostu, wysokich podatków i wysokiego poziomu świadczeń społecznych) Stiglitz zwraca też uwagę na nierówności w obrębie pojedynczych państw. Ich skala drastycznie wzrosła po kryzysie 2008 r. (Wspomnijmy choćby konsekwencje bańki spekulacyjnej kredytów hipotecznych w USA – w latach 2008–2013 przeprowadzono

9 Cf Ha-Joon Chang, *Żli Samarytanie. Mit wolnego handlu i tajna historia kapitalizmu*, trans. M. Sutowski i B. Szelewa, Warszawa, Wydawnictwo Krytyki Politycznej 2015, p. 56–61.

tam ponad 8 mln eksmisji<sup>10</sup>.) Stiglitz nie ma złudzeń co do funkcjonowania sektora finansowego – donosi o jego rozmaitych nadużyciach: dziś np. bywa, że tworzy się papiery wartościowe wyłącznie w tym celu, by przyniosły stratę temu, kto je kupi. Stiglitz wskazuje wiele mechanizmów pogłębiających nierówności, a wśród nich rozmaite sposoby transferu publicznych środków do prywatnych kieszeni. Mowa tu o pomocy udzielanej przez państwo korporacjom, ale pojawia się też element ważny dla perspektywy bioetycznej:

„Obecny system finansowania badań jest niesprawiedliwy i nieefektywny. Według niego badania podstawowe są finansowane przez rząd, zaś leki są dostarczane na rynek przez sektor prywatny. W momencie ich dotarcia na rynek spółki uzyskują olbrzymie zyski. Różnicę między pobieraną ceną a krańcowym kosztem produkcji można traktować jako podatek pobierany od nabywców. Jest on jednak wybitnie regresywny. Na ogół rządy pobierają podatki w pewnym stosunku do zdolności płatniczej, a w przypadku lekarstw podatek jest pobierany w takiej samej wysokości zarówno od najuboższych w krajach rozwijających się, jak i od najbogatszych w świecie wysoko rozwiniętym”<sup>11</sup>. Autor zwraca też uwagę, że firmy farmaceutyczne wydają więcej na reklamę, niż na badania, więcej na leki związane ze stylem życia (np. na porost włosów) niż na leki związane z chorobami, za to niemal w ogóle nie prowadzą badań dotyczących chorób występujących w najuboższych krajach.

Inny ważny element to umowy międzynarodowe dotyczące leków generycznych i praw patentowych (omówione na przykładzie USA i Maroka), bardzo niekorzystne dla chorych. Silne państwo, występując w roli agenta własnych korporacji, może narzucić porozumienia, z których korzyść jest raczej nierówna, mimo tzw. licencji przymusowych (problem ten omawia także Singer)

Sama kwestia patentów to oczywiście bardzo obszerny problem. Stiglitz wspomina m.in. o głośnej sprawie firmy *Myriad Genetics*, a choć znalazła ona słynny sądowy finał w 2013 r., to trudno uznać, że wszystko na tym odcinku zostało już uporządkowane (mamy zakaz patentowania części DNA, nie ma zakazu patentowania ingerencji w genom). Za Stiglitzem zwrócę tu uwagę jeszcze na jeden aspekt, łączący w sobie problemy globalnych nierówności i zdrowia: biopiractwo. Polega ono na obejmowaniu ochroną patentową „produktów” doskonale znanych w różnych częściach świata niekiedy od stuleci. Oczywiście nie tylko leki podlegają temu procesowi – często chodzi np. o rośliny uprawne, ale warto odnotować, że „w ostatnich latach” blisko połowa z 4000 patentów zielarskich przyznanych w USA dotyczyła „trady-

10 Cf J. Stiglitz, *Cena nierówności. W jaki sposób dzisiejsze podziały społeczne zagrażają naszej przyszłości?*, trans. R. Mitoraj, Warszawa, Wydawnictwo Krytyki Politycznej 2015, p. 338.

11 J. Stiglitz, *Wizja sprawiedliwej globalizacji*, trans. A. Szeworski, Warszawa, PWN 2007, p. 141.



cyjnej wiedzy uzyskanej z krajów rozwijających się<sup>12</sup>. W ten sposób ekonomiczna dominacja odbiera zdominowanym tanie środki lecznicze.

Wreszcie informacje o bardzo konkretnych wymiarach nierówności znajdziemy u Therborna w książce *Nierówność, która zabija*. Autor podkreśla ogromny wkład teoretyczny, jaki do zagadnienia nierówności wnoszą filozofia społeczna, medycyna i epidemiologia, a zarazem zauważa, że osiągnięcia tych dyscyplin „nie wpłynęły na główny nurt nauk społecznych ani na dyskurs publiczny”<sup>13</sup>. Znajdziemy w jego pracy mnóstwo statystyk, dotyczących spadku średniej oczekiwanej długości życia w społeczeństwach na różnych kontynentach, porównania między państwami, wreszcie porównania decyli (kwintyli) w obrębie poszczególnych państw, a nawet miast. Dość powiedzieć, że różnica w średniej oczekiwanej długości życia między dwiema dzielnicami Londynu wynosi 17 lat, a między dwiema dzielnicami Glasgow – nawet 28 lat. Inne zebrane przez socjologa dane dotyczą śmiertelności dzieci – która szczęśliwie spada, ale w skali globalnej nierówności są tu gigantyczne. W Angoli, Kongu, Czadzie – umiera więcej niż jedno na sześć dzieci przed piątym rokiem życia. W Japonii – troje na 1000. Różnica jest 60-krotna. Wśród innych parametrów nierówności wylicza Therborn skarłowacenie – w Azji Południowej i Południowo-Wschodniej dotykające 60% dzieci z dolnego kwintyla i 40% z górnego. Według Therborna główne źródła nierówności to kapitalizm, rodzina i naród. Kapitalizm utrwała globalne nierówności, a i w planie lokalnym powoduje transfer środków od biednych do bogatych. Struktury rodziny w wielu regionach świata sprzyjają męskiej części populacji, a narracje narodowe podsycają konflikty na tle etnicznym. Therborn śledzi różne przejawy nierówności, nie tylko ekonomiczne (w nawiasie odnotujemy ciekawostkę: analizy nierówności związanych ze statusem społecznym przynoszą między innymi informację, że aktorzy „oskarowi” i naukowcy „nobleści” żyją dłużej od swoich kolegów, którzy byli nominowani do nagród, ale ich nie otrzymali) Jednak to właśnie nierówności ekonomiczne w największym stopniu przekładają się na rozmaite życiowe, biologiczne parametry istnienia.

Prace Stiglitz czy Piketty’ego pokazują, że problem nierówności nie tylko jest poważny, ale że staje się coraz bardziej dramatyczny. Therborn wyraźnie wskazuje, że sytuacja ekonomiczna przekłada się nader bezpośrednio na kondycję zdrowotną – w bardzo wymierny sposób: można zmierzyć wzrost człowieka, można zmierzyć długość życia. To dlatego ewentualna „etyka globalna” może śmiało szukać sojuszniczki w filozofii społecznej, zwłaszcza na polu problematyki zdrowia publicznego. Tymczasem pole to pozostaje w znacznym stopniu zależne od dynamiki kapitału.

12 Ibidem, p. 144

13 G. Therborn, op.cit. p. 7.

## Kapitalizm kontra zdrowie

Można spotkać głosy mówiące o zatarciu się podziału na Północ i Południe. Miejscem tego zatarcia miałyby być wielkie miasta, w których obok bogatych dzielnic mamy też slumsy<sup>14</sup>. Zachodzi jednak obawa, że globalna nierówność wciąż wygląda przerażająco. Świadcstwo tego znajdziemy w książce Martína Caparrósa *Głód*. Ten wstrząsający reportaż, oprócz warstwy sprawozdawczej z podróży autora (m.in. Niger, Madagaskar, Indie, Bangladesz, Sudan Południowy), zawiera też opis mechanizmów odpowiedzialnych za głód oraz analizę przyczyn nieskuteczności pomocy humanitarnej. Jeśli chodzi o te pierwsze, to wyglądają one rozmaicie. W każdym razie 800 mln ludzi głoduje nie dlatego, że brakuje dla nich żywności. Wyliczę tylko przykładowe przyczyny, ich konstelacje są rozmaite w różnych częściach świata. Często jest tak, że głodujący nie mają za co kupić jedzenia – jego ceny ustalone są na giełdzie w Chicago, zazwyczaj w wyniku spekulacji. To *Goldman Sachs Commodity Index*, funkcjonujący od 1991 r. Problem stał się jednak widoczny dopiero w 2008 r.<sup>15</sup> W 2003 r. inwestycje w „produkty żywnościowe” wynosiły 13 mld dolarów, w 2008 – 317 mld dolarów. Te transakcje, jak zresztą większość transakcji giełdowych, dokonują się poprzez *High Frequency Trading*. Oznacza to spekulację bez udziału człowieka: komputery zbierają ogromne ilości danych z całego świata, analizują trendy rozmaitych notowań i błyskawicznie (mówi się nawet o nanosekundach) dokonują tysięcy transakcji kupna i sprzedaży. A cena jakiejś odmiany pszenicy w Afryce może w ciągu kilku miesięcy wzrosnąć dwukrotnie. Inna przyczyna głodu to dziedzictwo kolonializmu – choć dzisiaj niechętnie używa się tego słowa. Książka Caparrósa zaczyna się od opisu Nigru, którego mieszkańcy nie czerpią korzyści ze swoich złóż uranu – czyni to Francja. Tymczasem w Nigrze jest głód. Podobnych sytuacji są dziesiątki. Pod sztandarem wolnego handlu i swobód gospodarczych koncerny najróżniejszych branż wykorzystują zasoby słabych państw. Jeszcze inny element: niemal niewolnicza praca na rzecz zachodnich koncernów: w Indiach, Bangladeszu, Afryce. (250 tys. kobiet w Bangladeszu szyje ubranka dla Zary za dolara dziennie) Te wszystkie ekonomiczne mechanizmy idą w parze z brakiem dostępu do opieki lekarskiej. Caparrós relacjonuje wiele swoich spotkań z „Lekarzami bez granic”, często pracującymi w namiotach, gdzie dysponują prądem z generatora przez trzy godziny na dobę. Trzeba też wspomnieć o częstym uzależnieniu rodzajów upraw od subsydiów czy zagranicznych rynków zbytu – zdarza się bowiem, że w kraju, w którym jest głód, uprawia się kukurydzę z przeznaczeniem na biopaliwa. Wreszcie działalność wielkich

<sup>14</sup> Rzecznikiem takiej tezy jest np. Andy Merrifield.

<sup>15</sup> Cf M. Caparrós, *Głód*, trans. M. Szafrąnska-Brandt, Kraków, Wydawnictwo Literackie 2016, p. 328 i n.

koncernów w rodzaju Monsanto<sup>16</sup>. Tysiące rolników, namówionych na wydajniejsze uprawy, zadłuża się na nawozy i często traci ziemię (bywa też, że ludzie są przemocą usuwani z ziemi, która z jakichś powodów staje się atrakcyjna. Ziemia w Afryce jest dziś kupowana przez Amerykanów, Chińczyków...)

A co z pomocą humanitarną? Jedną z poważnych blokad jest tu po dzień dzisiejszy brak odpowiedniej infrastruktury. Do wielu miejsc pomoc nie dotrze, bo po prostu nie ma tam dróg. Kolejną zaporą są regulacje dotyczące fundacji pomocowych i organizacji humanitarnych, wymuszane przez lobby producentów żywności albo przewoźników, np. przymus kupowania amerykańskiej żywności, korzystania z takiego a nie innego transportu – zamiast kupić żywność na miejscu. Bywa, że w ten sposób trwoni się ogromną część zebranych na cele pomocowe środków. O tym problemie pisze też Singer<sup>17</sup>. Do tego dochodzi jeszcze jeden, często podkreślany element: skorumpowane rządy krajów rozwijających się. Istotnie, w wielu państwach korupcja jest bardzo poważnym problemem. Warto jednak przy tej okazji odnotować swego rodzaju podwójne standardy państw bogatych. Oto jak ekonomista z Uniwersytetu Cambridge komentuje Indeks Percepcji Korupcji publikowany przez Transparency International: „Duża część korupcji w krajach rozwijających się angażuje firmy (a czasem wręcz rządy) z bogatych krajów, które płacą łapówki, co nie mieści się w percepcji korupcji w samych krajach bogatych.”<sup>18</sup>

W batalii kapitalizm kontra zdrowie nie bez znaczenia jest jeszcze jeden element – środowisko, jego zatrucie i efekt cieplarniany. Pouczająca jest tu książka Naomi Klein *To zmienia wszystko. Kapitalizm kontra klimat*. Co ciekawe, w ostatnich latach spadła znacząco liczba osób wierzących w zmiany klimatu – Klein między innymi śledzi, kto jest odpowiedzialny za „anty klimatyczny” lobbying. Kanadyjska autorka opisuje prywatne zabezpieczenia najbogatszych – wille wyposażone w kilkumetrowe wały przeciwpowodziowe, usługi prywatnej straży pożarnej. Okazuje się tym samym, że nawet w wypadku problemu, który w nieunikniony sposób dotyczy wszystkich, nie mamy do czynienia z jakąś globalną solidarnością. Bogaci wychodzą z założenia, że się obronią. Klein opisuje, jak USA, Chiny, Indie wzajemnie blokują za pośrednictwem WTO swoje programy ekologicznej energii (oskarżają swoich konkurentów o protekcjonizm), w efekcie zamyka się dziś fabryki ogniw fotowoltaicznych. Opisuje nadużycia i oszustwa w handlu emisjami, opisuje, jak wycisza się problem: np. w Kanadzie wojna rządu z nauką polega na obcinaniu budżetu nad badaniami stanu

16 Niedawno świat obiegła informacja o planowanym przejęciu Monsanto przez chemiczno-farmaceutycznego giganta – Bayer. Trudno sobie wyobrazić, jaką kumulację patentów to oznacza.

17 Cf P. Singer, *Życie które możesz ocalić*, trans. E. de Lazari, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca 2011, p. 171–172.

18 Ha-Joon Chang, op. cit p. 288.

środowiska, w krótkim czasie 2000 naukowców straciło pracę<sup>19</sup>. Klein demaskuje potężny lobbing firm paliwowych, ale mówi też o ślepych uliczkach: nie wystarczająco hojne (a nader często pozorne) gesty darczyńców. Autorka jest tu zdecydowanie bardziej sceptyczna od Singera; co z tego, że Bill Gates przekaże znaczną kwotę na ochronę środowiska, jeśli w tym samym czasie zainwestuje kilkanaście razy więcej w spółki naftowe? Gigantyczne darowizny Warrena Buffetta mogą nas cieszyć, Klein martwi natomiast okoliczność, że jednocześnie kupuje on 150 samolotów dla swych linii lotniczych...

Zdaniem Klein nie zdążymy z „zieloną infrastrukturą”. Jedynym ratunkiem przed katastrofalnymi zmianami klimatu jest natychmiastowe, radykalne ograniczenie emisji gazów cieplarnianych. Rozważane są też inne strategie działania, trudno jednak ocenić, czy nie brzmią one jeszcze bardziej złowrogo - Klein opisuje kuriozalny pomysł geoinżynierijny (mówi się już o „zarządzaniu promieniowaniem słonecznym”) polegający na rozpyleniu siarczanów w stratosferze. W ten sposób nad ziemią powstałby parasol ograniczający działanie słońca. Kłopot polega nie tylko na tym, że niebo przestałoby być niebieskie – możliwe, że po takim zabiegu w niektórych częściach świata przestanie padać deszcz. Klein pisze też o bezpośrednich skutkach zdrowotnych szczelinowania hydraulicznego – wywołanych przez zanieczyszczoną wodę i powietrze: to wrodzone wady serca i uszkodzenia neurologiczne noworodków<sup>20</sup>. To konsekwencje zdrowotne, bo są też bardziej widowiskowe, jak możliwość podpalenia wody w kranie<sup>21</sup>. W USA dochodzi do 16 wycieków ropy lub gazu dziennie (w nawiasie odnotujmy jeszcze jedną ciekawostkę: Klein przytacza dane, według których instytucją, która jest największym konsumentem ropy na świecie, jest armia USA – z emisją rzędu 56 mln ton ekwiwalentu CO<sub>2</sub> w 2011 r.) Wobec tych wszystkich okropności Klein proponuje dywestycje – chodzi o przekonanie inwestorów, by wycofywali się z branż szkodzących środowisku.

## W stronę etyki globalnej

Pora na podsumowanie i wnioski. Diachroniczny niegdyś rytm różnych praktyk (medycznej, społeczno-politycznej, ekonomicznej) ulega synchronizacji, przy czym zmieniają się stosunki sił i kierunki oddziaływań. Od postaci, w której można mówić o względnej niezależności poszczególnych sfer, przez wykorzystanie medycyny

19 Cf N. Klein, *To zmienia wszystko. Kapitalizm kontra klimat*, trans. H. Jankowska, K. Makaruk, Warszawa, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA 2016, p. 343.

20 Cf ibidem, p. 443–444.

21 Cf ibidem, p. 344.

w celu politycznym (ale często motywowanym ekonomicznie), po postać, w której instancja ekonomiczna posługuje się polityką, a to, co medyczne, staje się jednym ze środków maksymalizacji zysku. Tu jeszcze jeden przykład, zaczerpnięty z *Prekariatu* Standinga: dyskryminacja medyczna pracowników. Okazuje się, że w ramach procesu rekrutacji do pracy tak zwany pracodawca może zaproponować kandydatom badanie. W Singapurze np. ustalono, że „ludzie ze szczególną odmianą (...) genu HTR2A są mniej kapryśni i wykazują większe predyspozycje do bycia uległymi pracownikami”<sup>22</sup>. Podobnie ma się sprawa z hormonami: „Badania w Japonii sugerują, że osoby o niskim poziomie kortyzolu (hormonu stresu) są bardziej skłonne do akceptowania niskiego dochodu”<sup>23</sup>. Analogiczna zależność zachodzi w przypadku testosteronu (chciałoby się szyderczo powiedzieć – oto gospodarka oparta na wiedzy! Oto gospodarka oparta na informacji! – zarazem można przypomnieć Foucaultowskie pojęcie władza/wiedza)

Sytuacja wydaje się dziś szczególnie trudna. Z perspektywy filozofii społecznej można mówić o procesie domykania się rynku światowego, któremu towarzyszą procesy analogiczne do opisanej przez Karola Marksa akumulacji pierwotnej; domknięcie rynku światowego przypuszczalnie pociągnie za sobą miliony ofiar. Vigarello, podsumowując swoją *Historię zdrowia i choroby*, zwraca uwagę na kilka planów. Z jednej strony dzisiaj często cel handlowy wyprzedza cel sanitarny; z drugiej – mamy do czynienia z indywidualizacją odpowiedzialności za zdrowie (co francuski historyk pokazuje na przykładzie AIDS). Zmienia się nasza mentalność: „świadomość panowania nad patologiami sprawia, że w większym stopniu nie akceptujemy chorób”<sup>24</sup>. Zarazem wraz z postępem medycyny przybywa problemów do rozwiązania – społeczeństwa się starzeją, a jednocześnie mamy lepszą i szerszą diagnostykę. To przekłada się na konieczność wyborów i konflikty solidarności: raz, że trzeba wybierać co leczyć, dwa – mamy dramatyczną nierówność między bogatymi i biednymi. Biedni ograniczają wizyty u lekarzy, a w efekcie trafiają do szpitali na kosztowne zabiegi. Stąd ogromna rola profilaktyki, choć historyk zauważa, że dziś już fizycznie nie starcza czasu na wszystkie pożądane kursy.

Ten krajobraz skłania do poszukiwania warunków możliwości zdrowia publicznego w dwóch planach: społecznym i jednostkowym. W planie społecznym można wskazać co najmniej trzy pola problemowe, w których relacja między momentem ekonomicznym a „medycznym” zaznacza się szczególnie dotkliwie. Po pierwsze:

22 G. Standing, *Prekariat. Nowa niebezpieczna klasa*, trans. K. Czarnecki, P. Kaczmarek, M. Karolak, Warszawa, PWN 2014, p. 273.

23 Ibidem.

24 G. Vigarello, op.cit. p. 323.

zdrowotny wymiar nierówności ekonomicznych w obrębie społeczeństw rozwiniętych. Po drugie: globalna cena dynamiki kapitalizmu - głód i niedożywienie setek milionów ludzi w Afryce czy Indiach. Po trzecie: konsekwencje zmian klimatycznych i zatrucia środowiska. Na wszystkich tych polach logika akumulacji kapitału jest nieczuła na swe pozaekonomiczne konsekwencje. Przywoływani wcześniej autorzy proponują rozmaite rozwiązania. Piketty opowiada się za wyższymi podatkami dla najzamożniejszych i uszczelnieniem systemu podatkowego, co wymagałoby też likwidacji rajów podatkowych. Sam jednak przyznaje, że to utopia. Stiglitz również mówi o podatkach, a ponadto o konieczności regulacji rynku. Upomina się też o zmiany w systemie patentowym, idące w kierunku traktowania wiedzy jako swego rodzaju „dobra wspólnego”, zasobu, którym można się bezstratnie dzielić. Klein proponuje dywestycje i postuluje radykalną zmianę polityki klimatycznej. Dodałbym do tych propozycji likwidację precarnej pracy i faktyczne uwolnienie krajów postkolonialnych.

W planie jednostkowym mamy zaś etyczną argumentację Petera Singera. Na poziomie argumentów Singer ma rację. Bez jednostkowego zaangażowania nie osiągnie się żadnego celu. Można natomiast mieć zastrzeżenia co do strategii. Zalecana przez Singera indywidualna dobroczynność jest raczej słabą receptą na systemowe zło. Tym samym wyłania się potrzeba rozszerzenia postulowanej przez Singera odpowiedzialności w taki sposób, by objąć nią plan społeczny.

Omówione w tym artykule problemy można teraz zwięźle zrekapitulować. Polityka zdrowia publicznego zależna jest od decyzji politycznych motywowanych ekonomicznie, przy czym nierzadko motywacja ta ma postać ordynarnego lobbingu. Sfera ekonomiczna to sfera dominacji kapitału. Współcześnie obserwowana dynamika kapitału generuje coraz większe nierówności, zarówno w obrębie społeczeństw rozwiniętych, jak i w skali globalnej. Nierówności ekonomiczne w bezpośredni sposób odbijają się na zdrowiu, przy czym zdecydowanie dotkliwiej odbijają się na zdrowiu osób biednych. Jeśli można myśleć o pomaganiu głodującym albo o trosce o zdrowie w kategoriach etycznego obowiązku, to warunki możliwości uczynienia mu zadość przekraczają zdecydowanie perspektywę jednostkowej dobroczynności, choć oczywiście bez jednostkowego zaangażowania trudno myśleć o szerszej zakrojonej zmianie. Dodatkowym praktycznym utrudnieniem jest brak solidarności – nawet „solidarności zagrożenia”, która w XIX i XX w. motywowała do poprawy warunków życia populacji. Bogaci nie mieszkają już obok biednych, od których można się zarazić i nie potrzebują już nawet biednych po to, by ci szli na wojnę. Nawet zmiany klimatyczne nie stały się „katalizatorem” solidarności. Na tym tle jedną z przesłanek myślenia o globalnej etyce byłaby walka z nierównością ekonomiczną. Natomiast

działanie, które ostatecznie dotyczyłoby ekonomiczno-społecznych warunków, wychodziło zaś od wskazanej przez Singera jednostkowej odpowiedzialności, mogłoby polegać na swego rodzaju „upolitycznieniu medycyny.” W haśle tym upatruję szansy na połączenie planu społecznego i jednostkowego; nie chodzi tu przecież o upolitycznienie w trywialnym sensie, na wzór ideologicznych (i niekiedy wręcz złowrogich) sporów o aborcję. Mam na myśli upolitycznienie, które można sobie wyobrażać w postaci obywatelskiego ruchu, mającego na celu uwolnienie medycyny ze smyczy kapitału. To znaczy, że obok Singerowskiej dobroczynności etycznym obowiązkiem byłoby co najmniej głosowanie na osoby, które zatroszczą się o klimat i zdrowie publiczne.

### Bibliografia

- M. Caparrós, *Głód*, przeł. M. Szafrąńska-Brandt, Kraków, Wydawnictwo Literackie 2016.
- Ha-Joon Chang, *Żli Samarytanie. Mit wolnego handlu i tajna historia kapitalizmu*, przeł. M. Sutowski i B. Szelewa, Warszawa, Wydawnictwo Krytyki Politycznej 2015.
- M. Foucault, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, przeł. H. Kęszycka, Warszawa, Państwowy Instytut Wydawniczy 1987.
- N. Klein, *To zmienia wszystko. Kapitalizm kontra klimat*, przeł. H. Jankowska, K. Makaruk, Warszawa, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA 2016.
- A. Merrifield, *Nowa kwestia miejska*, przeł. P. Juskowiak, Warszawa, PWN 2016.
- Th. Piketty, *Ekonomia nierówności*, przeł. A. Bilik, Warszawa, Wydawnictwo Krytyki Politycznej 2015.
- Th. Piketty, *Kapitał w XXI wieku*, przeł. A. Bilik, Warszawa, Wydawnictwo Krytyki Politycznej 2015.
- P. Singer, *Jeden świat. Etyka globalizacji*, przeł. C. Cieśliński, Warszawa, Książka i Wiedza 2006.
- P. Singer, *Życie które możesz ocalić*, przeł. E. de Lazari, Warszawa, Wydawnictwo Czarna Owca 2011.
- G. Standing, *Prekariat. Nowa niebezpieczna klasa*, przeł. K. Czarnecki, P. Kaczmarski, M. Karolak, Warszawa, PWN 2014.
- J. Stiglitz, *Cena nierówności. W jaki sposób dzisiejsze podziały społeczne zagrażają naszej przyszłości?*, przeł. R. Mitoraj, Warszawa, Wydawnictwo Krytyki Politycznej 2015.
- J. Stiglitz, *Globalizacja*, przeł. H. Simbierowicz, Warszawa, PWN 2004.

- J. Stiglitz, *Wizja sprawiedliwej globalizacji*, przeł. A. Szeworski, Warszawa, PWN 2007
- G. Therborn, *Nierówność, która zabija. Jak globalny wzrost nierówności niszczy życie milionów i jak z tym walczyć*, przeł. P. Tomanek, Warszawa, PWN 2015
- G. Vigarello, *Historia czystości i brudu*, przeł. B. Szwarzman-Czarnota, Warszawa, Wydawnictwo Aletheia 2012.
- G. Vigarello, *Historia zdrowia i choroby*, przeł. M. Szymańska, Warszawa, Wydawnictwo Aletheia 2011.