



## MARXISME IN DE MEDISCHE SOCIOLOGIE: VICENTE NAVARRO

"Geneeskunde is een sociale wetenschap en politiek is niets anders dan geneeskunde op grote schaal."  
(Rudolf Virchow)

1. De jongste 15 jaar is in de medische sociologie van de Verenigde Staten een marxistische stroming ontstaan die aansluit bij de socialistische visie op ziekte en gezondheid. Volgens die traditie, die in de 19de eeuw werd verdedigd door Friedrich Engels en door Rudolf Virchow, hebben ziekte en gezondheid sociale oorzaken en bronnen, en wordt de aard en verdeling van de gezondheidsproblemen bepaald door sociale machtsverhoudingen. In *De toestand van de arbeidersklasse in Engeland* verzamelde Engels bijvoorbeeld epidemiologisch materiaal waaruit de sociale ongelijkheid voor ziekte en dood blijkt. Ziekten zoals typhus, longtuberculose, pokken, mazelen, kinkhoest, scrofula en alcoholisme voerde hij terug op hun sociale oorzaken, in het bijzonder op de uitbuiting van de arbeidersklasse door de burgerij (1). Hij besloot dat de gezondheidsproblemen van het proletariaat niet konden opgelost worden zonder fundamentele wijzigingen van de sociale machtsverdeling. Ook Virchow zag de noodzaak van sociale hervorming in: zijn rapport over de typhusepidemie van 1847-48 in Opper-Silesië riep op tot landhervorming, inkomenshervreiding, verbetering van de woonomstandigheden en tot andere sociale programma's (2).

Hoewel het verkeerd zou zijn te stellen dat de draad van die sociale benaderingen van de geneeskunde ooit werd gebroken - door de institutionalisering van de sociale geneeskunde werd de oppositie tegen de mainstream-geneeskunde tegelijk bestendigd en tot machteloosheid gedoemd - blijft het waar dat het marxisme in de sociale geneeskunde

tot kort geleden een marginaal verschijnsel was (3). Wellicht profiteren de aanhangers van de marxistische benadering in de sociale geneeskunde mee van de pas verworven respectabiliteit van het historisch materialisme in tal van sociaal-wetenschappelijke middens (4). Ook deze medische sociologie stoelt haar theoretisch referentiekader op typisch marxistische begrippen, en draagt bij tot de formulering en empirische ondersteuning van een politiek-economische theorie van het gezondheidswezen, waarbij de vertrouwde technieken van het sociaal-wetenschappelijk onderzoek in het geweer worden gebracht (5).

Men kan Vicente Navarro, hoogleraar in de gezondheidspolitiek aan de prestigieuze *School of Hygiene and Public Health* van de John Hopkins University, beschouwen als de intellectuele spits van de beweging. Hij is de stichter en hoofdredacteur van *The International Journal of Health Services*, het voornaamste vaktijdschrift van de historisch-materialistische richting in de sociale geneeskunde (6). Zijn theoretisch referentiekader dient zich aan als een concurrent van de grote paradigma's in de medische sociologie (de *power elite*-, "pluralistische" en technologisch-deterministische benaderingen, *environmentalist*-theorieën, de "radicale" kritieken op de geneeskunde in termen van de dynamiek van professionalisering en medicalisering, enzoverder). Ik tracht in wat volgt een idee te geven van de belangrijkste thema's bij Navarro.

2. Zijn werk is een deel van zijn kritische impuls verschuldigd aan typische kenmerken van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. Haar gezicht wordt grotendeels bepaald door privéverzekeringsinstellingen en een sterke integratie van de gezondheidsindustrie in het proces van kapitaalsaccumulatie, waarbij de overheid enerzijds een economisch kader schept voor de expansie van de gezondheidssector, en anderzijds middels allerlei openbare programma's en verzekerings-schema's sociaal-corrigerende functies heeft (7).

Een stelling die Navarro in al haar consequenties heeft uitgewerkt en empirisch aangetoond is dat binnen de gezondheidszorg actueel een invasie door de monopolistische economische sector aan de gang is, waardoor de kapitaalsintensieve zorg opruikt. Dit proces wordt begeleid door een toenemende overheidsinterventie in de sector, die bovendien in de hand wordt gewerkt door de zogenaamde fiscale crisis van de staat.

Het proces van economische concentratie met de daarbij behorende industrialisatie bepaalt volgens Navarro de globale kenmerken van de gezondheidszorg, met name specialisatie, concentratie, urbanisatie en

een technische oriëntatie van de geneeskunde.

Zijn empirische studies leggen dan ook middels analyse van de klassestructuren binnen en buiten de gezondheidssector de complexe verbandingen bloot tussen de *corporate class* (bijgestaan door de upper middle class), de staat en de controle over de medische instituties. Hij schrijft de recente geschiedenis van de klassestructuren, van de kapitaalsconcentratie, van de staatsinterventie in de sociale sfeer en van de talrijke contradicties tussen die processen.

Op die manier brengt hij een coherente beschrijving van en verklaring voor de zogenaamde "crisis" van de westerse gezondheidszorg (de snelle stijging van de gezondheidsuitgaven in alle ontwikkelde kapitalistische landen), waarbij hij dikwijls ook internationaal vergelijkend te werk gaat (8). In dit opzicht dient speciaal vermeld dat Navarro gebruik maakt van recente marxistische theorieën over de welvaartstaat. In zijn sterk gramsciaans getinte marxisme wordt bovendien niet alleen de controle over de productie- en reproductiemiddelen ontleed, maar ook de onrechtstreekse beïnvloeding van de waardenoriëntaties van de gezondheidswerkers via de ideologische apparaten (de opleidings- en onderzoekscentra, Foundations, enzoverder).

De nauwkeurige ontleding van het netwerk dat de staatsinstellingen verbindt met de industriële- en verzekeringsholdings in de gezondheidssector loopt uit op een kritiek op elite-theorieën (*power elite theories*), die de structuur en dynamiek van de gezondheidssector proberen te verklaren uit de competitie tussen hospitalen, universiteiten, geneesheren, verzekeringsmaatschappijen, enzoverder. Niet de interne structuur van de gezondheidssector laat toe haar basiskenmerken te verklaren, maar de kapitalistische productiewijze waarbinnen die sector functioneert. Elites werken steeds in het kader van klassestructuren die bijdragen tot de reproductie van de globale machtsverhoudingen. Overigens verwerpt Navarro ook de theorie van het *corporate statism*, die stelt dat de staat het directe instrument is van de *corporate class*. Zijn marxisme is zeker niet reductionistisch en heeft, om met Lukacs te spreken, oog voor de vele mediaties die economie, politiek, ideologie en gezondheidszorg met elkaar verbinden.

3. Navarro biedt ook interessante analyses van de evolutie van de arbeidsverhoudingen in de gezondheidssector. Het oprukken van de kapitaalsintensieve medische zorg leidt op een massale schaal tot de kwalificatie van de arbeid. Aanwijzingen zijn bijvoorbeeld de banalisering van de taken uitgevoerd door technische verpleegsters en de auto-

matisering van labodiensten. Die evolutie heeft bovendien een toename van de uitbuitingsgraad van de lagere gezondheidswerkers tot gevolg gehad en geleid tot een graduele proletarisering van artsen die voorheen optraden als zelfstandige ondernemers. De thema's van de proletarisering, de dekwalificatie van de arbeid en de uitbuiting van de arbeidskracht door de monopolisering in de gezondheidssector worden verlengd met strategische suggesties voor de arbeidersorganisatie in die sector.

4. Navarro bestudeert als sociaal geneesheer ook de weerslag van de kapitalistische productiewijze op de moraliteit en morbiditeit van populaties. Een bevoorrechte plaats wordt daarbij ingenomen door het onderzoek naar de relatie tussen gezondheid en arbeid: de lengte van de arbeidsdag, de psychologische gevolgen van onbevredigende arbeidsomstandigheden (dekwalificatie, vreemde controle over de arbeidsorganisatie, ...), de introductie van nieuwe technologieën en van flexibele arbeidstijden, de gezondheidsvernietigende gevolgen van nieuwe industrieën (in de chemische en nucleaire sector, in de zich snel informatiserende dienstensector), enzoverder. Typisch marxistisch is dat de gevolgen van de bewegingen op de kapitaalmarkt voor de gezondheid worden vertaald in de termen van een absolute en relatieve graad van uitbuiting van de gezondheid. Daarbij wordt, in de traditie van Friedrich Engels' werk ook plaats ingeruimd voor de relatie tussen kapitaalsaccumulatie en onveilige arbeidsvoorwaarden, die zich vertalen in zogenaamde "arbeidsziekten" en "arbeidsongevallen".

Navarro richt zich tegen de in de sociale geneeskunde dominerende benadering die arbeid, arbeidsorganisatie en productiewijze interpreteert als een gezondheidsbeïnvloedende omgevingsfactor naast andere (zoals levensstijl, residentie, dieet, consumptie, en verwachtingspatronen). Tegenover die *environmental theory* plaatst Navarro een reproductietheorie:

"It is not enough to say that capitalism, for example, determines a certain disease profile. It is necessary to research how those power relations appear, how they are being reproduced, and how they determine the nature of death and disease in society" (9).

Het onderwerp van een materialistische theorie over gezondheid en ziekte bestaat er in te onderzoeken hoe ziekten sociale relaties mediëren, en hoe machtsverhoudingen zowel de sociale als de fysieke omge-

ving bepalen, met inbegrip van de (ziekte-)ervaringen van individuen in die omgeving (10). Het interessante van deze reproductietheoretische benadering bestaat erin dat men ziekte een gezondheid niet alleen kan bestuderen als de gevolgen op het biologisch-materiële vlak van sociale machtsverhoudingen, maar dat men ook de functionaliteit van ziekte, morbiditeit en de gezondheidsinstellingen in het kader van de productiewijze kan ontleden. Racisme en sexismen in de gezondheidszorg bijvoorbeeld verschijnen niet langer als toevalligheden maar als eufunctionele elementen m.b.t. de machtsreproductie van de heersende klassen.

Navarro heeft dan ook enkele aanzetten gelanceerd tot het schrijven van de sociale geschiedenissen van ziekte- en gezondheidspatronen: de hele medische ontwikkeling rond koolstoflong (black lung) bijvoorbeeld kan slechts begrepen worden als het resultaat van de klassenstrijd rond de machtsverhoudingen die de ziekte- en gezondheidspatronen bepalen.

5. De functionele benadering van morbiditeit en mortaliteit leidt ook tot een reproductietheoretische situering van de hele sector van de gezondheidszorg (11). De functies van (bijvoorbeeld) de gezondheidsindustrie worden immers in de eerste plaats bepaald buiten en niet binnen de gezondheidszorg (12).

Zoals men kan verwachten hamert Navarro er op dat de definities van ziekte en gezondheid sterk bepaald worden door de fysieke vereisten gesteld aan de arbeidskracht in het kader van de kapitalistische productie. Er bestaat een tendens naar identificatie van gezondheid met werkbekwaamheid. Verder nemen geneesheren heel wat controlerende functies over de arbeidskracht waar (job-selectie, ziekteverloven, enzoverder) (13).

Naast die traditioneel marxistische thema's - die daarom niet minder interessant zijn - problematiseert Navarro het wetenschappelijk- en technologisch-neutraal karakter van de geneeskunde en van de gezondheidszorg in het algemeen. Beginnen we met het laatste, geneeskunde als technologie.

Navarro verwerpt de technologisch-deterministische versies van het marxisme en verdedigt een marxisme van de productieverhoudingen. Het globaal karakter van een productiewijze zou bepaald worden door de structurele beperkingen opgelegd door de productieverhoudingen en niet door de ontwikkeling van de productiekrachten (14). De fragmentatie van de arbeidstaken en de hiërarchische structuur van het ar-

beidsproces zijn in de eerste plaats middelen van controle over de arbeidskracht, en pas in de tweede plaats technisch-noodzakelijke organisatiemiddelen. Technologie bekrachtigt een reeds bestaande hiërarchie die bepaald wordt door de sociale klasse- en sexerollen (15). Dit geldt tevens voor de gezondheidszorg. De introductie van dekwalificerende medische technologie versterkt ook daar een reeds bestaande hiërarchie die zelfs technisch dysfunctioneel is. Een horizontale verdeling met het oog op samenwerking en een spreiding van verantwoordelijkheden over alle leden van gezondheidsteams zouden pas leiden tot technische efficiëntie (16).

Een ander centraal thema bij Navarro is dat van de geneeskunde als ideologie. De "flexneriaanse" geneeskunde, klinisch, individualistisch, technologisch en mechanistisch gericht, kan de gezondheidsproblemen gegenereerd door de kapitalistische productiewijze niet oplossen. De verplaatsing van gezondheidsproblemen van het sociale naar het individuele niveau heeft echter wel legitimatiefuncties. De klinisch-technologische geneeskunde, waarvan het hospitaal de uiterste consequentie is, verdoezelt de oorsprong van gezondheidsproblemen in de centrale machtsverhoudingen. De focus op de micro-causaliteit verbergt de macro-causaliteit van ziekte en dood. In die zin zijn de medische wetenschappen klassebepaald. De vele aspecten en gevolgen van die legitimatiefuncties van de geneeskunde werden en worden door Navarro uitvoerig ontleed.

6. Een centraal thema bij Navarro is ook de relatie tussen de wereldgezondheidsproblemen en de kapitalistische expansie. Het artikel dat ik heb vertaald en dat volgt op deze presentatie is daarvan een voorbeeld. Die planetaire bekommernis heeft talrijke gezichten in zijn studies: vergelijkend onderzoek van de gezondheidssectoren in ontwikkelingslanden, evaluatie van de experimenten in de gezondheidssector van revolutionaire en socialistische regimes (o.a. Allende's Chili, Cuba), onderzoek naar de gevolgen voor de gezondheid van het westers economisch imperialisme, evaluatie van de activiteiten en programma's van de internationale gezondheidsorganisaties, enzoverder. Daarbij komt trouwens ook de ongelijke verdeling van ziekte en gezondheid en van de gezondheidsdiensten in het Westen aan bod (17).

7. Wat betreft de alternatieven voor de inefficiënte en machtsstructuren reproducerende geneeskunde, zoekt Navarro het in een prioriteitswijziging binnen de geneeskunde, in een gezondheidspolitiek die min-

der gewicht legt bij de gezondheidssector, en in een massale democratisering van de productie van medische kennis, van de medische praktijk, en van de gezondheidsinstituten. Vormen van participatie en controle van de basis, en vormen van horizontale arbeidsdeling worden bestudeerd. Het strategisch ontwerp voor de klassenstrijd in de gezondheidssector berust op nauwkeurige analyse van de ervaringen met nationale gezondheidsdiensten (bijvoorbeeld de Chileense en de Britse National Health Service), de geneeskunde in de USSR, enzoverder (18). Navarro probeert uit die historische analyses en uit theoretische modellen suggesties te halen voor de manier waarop democratische inspraak in de gezondheidspolitiek en -instituten kan gerealiseerd worden (vormen van directe participatie, integratie van expertise, rol en plaats van de staat, comités en vakbonden van gezondheidswerkers, enzoverder).

8. Alles laat toe te verwachten dat de politiek-economische blik op de gezondheidszorg in deze periode van crisis van de welvaartstaat in de toekomst nog aan relevantie en belang zal winnen. Men kan de economie van de gezondheidssector niet overlaten aan de neo-liberale conceptualisering van het "willingness to pay"-type die zienderogen veld winnen (19). In het debat rond de ziekteverzekering dat binnenkort van start gaat, moet de linkzijdige paraat staan met analyses van het slag waarvan Vincente Navarro schitterende voorbeelden geeft. In de Vlaamse medische sociologie en sociale geneeskunde zijn zij nog ver te zoeken.

## Noten

(1) zie F. Engels, *De toestand van de arbeidersklasse in Engeland. Naar eigen aanschouwingen en authentieke bronnen*. Moskou, Progres, 1987 (1845), pp. 159-177.

(2) Naar V. Navarro, "U.S. Marxist Scholarship in the Analysis of Health and Medicine", *International Journal of Health Services*, 15 (1985, 4), pp. 525-545, aldaar p. 526.

(3) Belangrijke uitzonderingen als het werk van Henry Sigerist daargelaten.

(4) Zie G. Therborn, "De opkomst van het sociaal-wetenschappelijk marxisme en de problemen van de klasse-analyse", *Toestanden*, nr. 9 (1983), pp. 53-76.

(5) Een goed voorbeeld van de thema's die de beweging kenmerken in J. B. McKinlay, *Issues in the political economy of health care*. New York/London, Tavistock, 1984; heel belangrijk zijn ook H. Waitzkin en B. Waterman, *The Explo-*

tation of Illness in Capitalist Society. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1974; H. Waitzkin, *The second sickness. Contradictions of capitalist health care*. New York, Free Press, 1983; in dezelfde aard, maar voor zover ik kan beoordelen los van de groep rond Navarro, L. Doyal, *The Political Economy of Health*. London, Pluto Press, 1979. Belangrijk is ook het voor zover ik weet nog niet gebundelde werk van H. Berliner, W. Salmon, R. Crawford, J. McKinlay, J. Eyer (tal van artikelen in o.a. *International Journal of Health Services*).

(6) Voor een overzicht van het marxisme in de medische sociologie en sociale geneeskunde van de U.S.A., zie V. Navarro, "U.S. Marxist Scholarship in the Analysis of Health and Medicine", *International Journal of Health Services*, 15 (1985, 4), pp. 525-545; de belangrijkste boeken van V. Navarro zijn *Medicine under Capitalism*. New York, Prodist, 1976 en *Crisis, Health, and Medicine*. New York/London, Tavistock, 1986.

(7) De toestand in de V.S. verschilt overigens niet fundamenteel, maar slechts gradueel van die in de meeste West-Europese landen. Ondanks een partiële de-privatisering van de gezondheidszorg via de sociale ziekteverzekering en ondanks het gewicht van de mutualiteiten, i.e. historische organisaties van de arbeidersklasse, in de besluitvorming, blijft de gezondheidszorg ook in België politiek-economisch gesproken kapitalistisch, doordat de dynamiek van de sector beslissend afhangt van de expansie van de gezondheidsindustrieën (en van de ideologische factor van de verzuiling).

(8) Zie behalve de reeds vermelde boeken ook V. Navarro, *The Welfare State and its Distributive Effects: Part of the Problem or Part of the Solution?*, *International Journal of Health Services*, 17 (1987, 4), pp. 543-566.

(9) *Crisis, Health, and Medicine*, p. 170.

(10) *Ibid.*

(11) cfr. "... the most predominant force in determining the nature of medicine and the resulting iatrogenesis and dependencies has not been the medical profession, but the capitalist system and the capitalist class". *Medicine under Capitalism*, p. 191.

(12) *Medicine under Capitalism*, p. 120.

(13) V. Navarro, D.M. Berman (eds.), *Health and Work under Capitalism: an International Perspective*. New York, Baywood Pub., 1984.

(14) Dit is een klassiek debat in marxistische middens. Zie L. Althusser voor een invloedrijke recente verdediging van de dominantie van de productieverhoudingen; G.A. Cohen voor een verdediging van een determinisme (in laatste instantie) door de productiekrachten. In de woorden van Navarro: "..., I would postulate that technology is not an independent force that fatalistically determines all relations, including social ones, but rather the reverse is true, i.e. the social relations (who controls what, and how this control takes place) determine the type of organization to be chosen and the type of technology to be used", *Medicine under Capitalism*, p. 115.

(15) Navarro's marxisme integreert heel wat feministische concepten. Hij ziet "race and gender" als sociale determinanten naast de klassestructuren. Ook daarin volgt hij recente marxistische theorievorming (cfr. E.O. Wright, C. Offe,



e.a.).

(16) *Medicine under Capitalism*, p. 116.

(17) V. Navarro (ed.), *Imperialism, Health and Medicine*. New York, Baywood Pub., 1983; zie *Medicine under Capitalism* voor de onderontwikkeling van de gezondheidssector op het platteland in de V.S.

(18) Zie V. Navarro, *Social Security and Medicine in the USSR. A Marxist Critique*. Lexington Mass./Toronto, Lexington Books, 1977; V. Navarro, *Class Struggle, the State and Medicine. An Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain*. London, Martin Robertson, 1978.

(19) Zie bijvoorbeeld de bundel G.J. Agich, Ch. E. Begley, *The price of health*. Dordrecht, Reidel, 1986.