

## Wprowadzenie

Temat nierówności w sferze zdrowia jest coraz częściej podnoszony na świecie jako jeden z ważniejszych problemów w dziedzinie zdrowia publicznego. W polityce społecznej współczesnych społeczeństw pojawiają się postulaty eliminowania lub przynajmniej zmniejszania istniejących różnic, przede wszystkim tych, które wynikają ze społecznych warunków życia i ich pochodnych – a więc czynników, na które można wpływać i je kształtować. Takie podejście do nierówności w zdrowiu ma stosunkowo krótką historię. Pierwszych dowodów na istnienie związku między statusem społecznym a zdrowotnością dostarczyli społeczni reformatorzy, filantropi i epidemiolodzy XIX wieku, opisując sfery ubóstwa, któremu nieodłącznie towarzyszyły choroby, kalectwo, wszelkiego rodzaju infekcje i wysoka umieralność, szczególnie wśród kobiet i dzieci. Rozwijający się kapitalizm sprzyjał skupianiu się wszystkich tych problemów w miastach przemysłowych, w specyficznych dzielnicach nędzy i uwidaczniał zjawisko zwane dziś marginalizacją społeczną. Początkowo przyczyną wysokiej chorobowości i umieralności dopatrywano się w złych warunkach życia i pracy, w niskim poziomie higieny i braku opieki zdrowotnej. Jednak już Rudolf Virchow, badając przyczyny epidemii duru plamistego na Górnym Śląsku, dostrzegał znaczenie niedostatecznej edukacji, braku demokracji i możliwości wpływu na poprawę własnego życia. W swoim raporcie dla władz, opublikowanym w 1848 roku, wskazał na systemowe źródła nędzy i głodu leżące u podłoża epidemii: ucisk miejscowej ludności przez aparat państwowy, system feudalny, a także Kościół.

Ujęcie upatrujące determinant zdrowia i choroby w społecznych warunkach życia, a szczególnie w czynnikach makrospołecznych, było ówczesnie bardzo nowatorskie. Dotychczasowe koncepcje traktowały zdrowie lub jego brak jako efekt przypadku, zrzędzenia losu, wyroków boskich lub też jako wypadkową kondycji i tężyzny fizycznej – a więc z jednej strony czynników fatalistycznych, a z drugiej biologicznego wyposażenia jednostki. Takie postrzeganie zdrowia – jak pokazują analizy historyczne – było po części usprawiedliwione ówczesnymi wzorami umieralności. Różnice w przeciętnej długości życia między wiekiem XVI a XVIII nie wykazywały większych różnicowań ze względu na czynniki społeczne, w każdym razie na tyle, na ile historycy są w stanie ocenić na podstawie zachowanej dokumentacji. Przyczyniał się do tego w znacznej mierze współczesny obraz chorób – śmierć z powodu dżumy, ospy czy cholery, a wskutek braku antyseptyki śmierć dotykała wszystkich i praktycznie w każdej chwili mogła osiągnąć każdego, niezależnie od jego pozycji społecznej. Długość życia członków rodów arystokratycznych nie różniła się od długości życia populacji ogólnej. Wyraźne różnice zaczęły się pojawiać dopiero pod koniec XVIII wieku, aby

pod koniec XIX wieku klasy wyższe Europy Zachodniej uzyskały przewagę około 20 lat<sup>1</sup>.

Te informacje historyczne nie tylko dowodzą długoletniego braku refleksji nad społecznym zróżnicowaniem chorobowości i umieralności, ale też pokazują, że uprzywilejowana pozycja społeczna i korzystne warunki życia nie są wystarczającym kluczem do zdrowotności. Bez odpowiedniej znajomości czynników ryzyka chorób, świadomości zdrowotnej i właściwej organizacji życia społecznego nie można wpływać na poprawę stanu zdrowia społeczeństw. Sytuacja taka jest do pewnego stopnia ciągle obecna w krajach rozwijających się, szczególnie w najuboższych, nieposiadających zorganizowanych systemów opieki zdrowotnej, które mogłyby objąć swym działaniem znaczne części populacji. Głównym zagrożeniem dla zdrowia jest głód, złe warunki sanitarne, analfabetyzm. Jeżeli więc nierówności w zdrowiu płyną przede wszystkim z nierówności warunków życia i opieki zdrowotnej, to różnice między krajami rozwiniętymi a rozwijającymi się dostarczają aktualnie najwięcej przykładów dystansów społecznych, odpowiedzialnych za przedwczesną śmierć milionów osób. Nierówności zdrowia są jednak problemem występującym – choć z różnym nasileniem – także w krajach rozwiniętych i zamożnych. W strukturach społecznych wszystkich krajów i społeczeństw istnieją systemy społecznej stratyfikacji, w których poszczególne jednostki mają zróżnicowane warunki życia i dostęp do dóbr istotnych dla zachowania i podtrzymania zdrowia.

Na konieczność działań zmierzających ku zmniejszeniu nierówności w zdrowiu wskazują konsekwentnie liczne dokumenty organizacji międzynarodowych, a zwłaszcza Światowej Organizacji Zdrowia. Określając istotę równości w dostępie do zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 1996) stwierdza: *Equity means fairness. Equity in health means that people's needs guide the distribution of opportunities for well-being. ... This implies that all people have an equal opportunity to develop and maintain their health, through fair and just access to resources for health.* Takie ujęcie równości zwraca uwagę na standardy etyczne, na których powinna być oparta polityka zdrowotna i jest otwarte na znoszenie wszelkiego rodzaju różnic uznanych za niesprawiedliwe. Mogą one występować między krajami, klasami społecznymi, grupami etnicznymi, młodszymi i starszymi generacjami czy płciami. W praktyce polega to na podejmowaniu przez politykę zdrowotną takich decyzji, które nie będą dyskryminować żadnych grup społecznych.

Monitorowanie tych nierówności, wypracowanie odpowiednich rekomendacji i ocena skutków realizowanej

<sup>1</sup> Johansson S.R., *Medics, monarch and mortality – 1600–1800: origins of the knowledge driven health transition in Europe*, <http://ssrn.com/abstract=1661453>.

w tym względzie polityki stały się głównym zadaniem powołanej specjalnie Komisji Społecznych Determinant Zdrowia. Podstawą dla opracowania rekomendacji są coraz powszechniej podejmowane badania nad związkami między społecznymi warunkami życia, zmierzające do identyfikacji zarówno społecznych czynników ryzyka, jak i segmentów populacji zagrożonych ich niekorzystną konfiguracją dla zdrowia. W efekcie prowadzonych analiz zgromadzono już rozległą i dobrze udokumentowaną wiedzę na temat społecznej dystrybucji zachorowań i umieralności.

O ile jednak dane statystyczne dotyczące związków między zjawiskami zdrowotnymi i społecznymi dają możliwość śledzenia kontekstów, w jakich pojawiają się nierówności, to na ogół nie są w stanie ukazać mechanizmów, poprzez które niekorzystne warunki życia i funk-

cjonowania społecznego przekładają się na gorszy stan zdrowia. Uwzględnienia wymagają tu bowiem nie tylko składowe statusu społecznego (dochód, wykształcenie, pozycja zawodowa), ale także cykle życiowe jednostek, obiektywna i subiektywna dostępność opieki zdrowotnej, styl życia, wartości, przekonania i zachowania związane ze zdrowiem i wiele innych. Tego rodzaju elementy pośredniczące w zależnościach między pozycją społeczną a zdrowiem stanowią przedmiot analiz socjologicznych, nastawionych na wyjaśnianie istniejących nierówności w zdrowiu. Ten socjologiczny punkt widzenia na nierówności w zdrowiu jest przede wszystkim reprezentowany w niniejszym tomie.

*Antonina Ostrowska*