



SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİNE YÖNELİK EYLEMLER: ÖNCEKİ DENEYİMLERDEN ELDE EDİLENLER

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Tartışma Belgesi 1

TARTIŞMALAR, POLİTİKA & UYGULAMA VAKA ÇALIŞMALARI

SAĞLIĞIN SOSYAL
BELİRLEYİCİLERİNE YÖNELİK
EYLEMLER:
ÖNCEKİ DENEYİMLERDEN
ELDE EDİLENLER

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2010 yılında

Action On The Social Determinants Of Health: Learning From Previous Experiences başlığı ile yayınlanmıştır.

© World Health Organization 2010

Dünya Sağlık Örgütü, Türkçe baskı ile ilgili çeviri ve yayın haklarını Türkçe çevirinin kalitesinden ve doğruluğundan sorumlu tek taraf olan Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği'ne vermiştir. İngilizce ve Türkçe baskılar arasında herhangi bir tutarsızlık olması halinde orijinal İngilizce versiyon bağlayıcı ve hakiki sayılacaktır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Yönelik Eylemler: Önceki Deneyimlerden Elde Edilenler

© Turkish Healthy Cities Association 2019

ISBN: 978-605-80795-1-9

Basım Yılı: Mayıs 2019

Sağlıklı Kentler Birliği Başkanlığı tarafından çevirilmiştir.

Çeviri Editörü : Doç. Dr. Alpaslan Türkkan - Sağlıklı Kentler Birliği Danışma Kurulu Üyesi

Basım Yeri

Aktaş Ofset Matbaacılık

Kazım Karabekir Cad. Murat Çarş. No:41/7 Altındağ/ANKARA

Tel: 0312 341 56 26 • www.aktasmatbaacilik.com

Bandrol uygulamasına ilişkin Usül ve Esaslar Hakkında

Yönetmeliğin 5. Maddesinin 2. Fıkrası Çerçevesinde

Bandrol Taşınması Zorunlu Değildir.

İçindekiler

YÖNETİCİ ÖZETİ	2
1. GİRİŞ	4
2. TARİHSEL BAKIŞ	5
2.1 Sağlıkta sosyal yaklaşımın kökeni	5
2.2 1950'ler: teknolojinin ve hastalık özelinde kampanyaların ön plana çıkması	5
2.3 1960'lar ve 1970'lerin başı: toplum temelli yaklaşımların yükselişi	6
2.4 Bir akımın netlik kazanması: Alma-Ata ve birinci basamak sağlık hizmetleri	8
2.5 Alma-Ata'nın ardından: "Düşük maliyetli iyi sağlık"	9
2.6 Selektif birinci basamak sağlık hizmetlerinin yükselişi	12
2.7 1980'lerde siyasi-ekonomik ortam: neoliberalizm	14
2.8 1990'lar ve sonrası: paradigmlar çekişmesi ve değişen güç ilişkileri	16
2.8.1 Kalkınma ve küreselleşme hakkındaki tartışmalar	16
2.8.2 DSÖ'den gelen karışık sinyaller	17
2.8.3 Ülkelerde SSB yaklaşımları	18
2.9 2000'ler: büyüyen itici güç ve yeni fırsatlar	25
3. BİR SONRAKİ AŞAMAYA GEÇİŞ: SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ KOMİSYONU	27
3.1 SSBK'nin amaçları	27
3.2 SSBK'nin ana konuları	27
3.2.1 Değişimin kapsamı: girdi noktalarının tanımlanması	27
3.2.2 SSBK mesajlarına yönelik muhtemel itirazlar – stratejik olarak hazırlıklı olma	30
3.2.3 Müttefiklerin ve politik fırsatların belirlenmesi	34
3.2.4 Kanıt, politik süreçleri ve SSBK "hikayesi"	37
4. SONUÇ	39
KISALTMALAR LİSTESİ	41
REFERANSLAR	42

Yönetici özeti

Günümüzde var olan benzersiz fırsat sayesinde hastalık ve sağlıktaki eşitsizliklerin kök sebepleriyle mücadele ederek dünyanın en yoksul ve savunmasız olarak nitelendirilen bazı topluluklarında sağlık düzeyini arttırmak mümkündür. Bu kök sebeplerden en güçlüsü insanların içinde yaşadığı ve çalıştığı sosyal koşullardır. Bunlar, sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) olarak adlandırılır. Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) mevcut küresel kalkınma gündemini şekillendirmektedir. BKH'ler, sağlığın ve sosyal koşulların birbirinden bağımsız olmadığını kabul eder ve adil olmayan önlenebilir mağduriyetlerin toplumsal kökenine inebilen sağlık politikalarını teşvik etmek için bir fırsat sunar.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK) bu sürece önderlik etmeye hazırdır. Bununla birlikte, hedeflerini gerçekleştirmek için SSBK'nin geçmişteki SSB teşebbüslerinden dersler çıkarması şarttır. Bu çalışma üç soruya ışık tutma arayışındadır: (1) Sosyal belirleyicilere yönelik sağlık politikalarını yaygınlaştırma çabaları geçmişte neden başarılı olamamıştır? (2) SSBK'nin daha iyi işlere imza atacağını düşünmemizin sebebi nedir? (3) Komisyon, başarı şansını arttırmak için önceki deneyimlerden olumlu/olumsuz neler çıkarabilir?

1948 tarihli DSÖ Anayasası'nda da kesin olarak ifade edildiği gibi, takip eden yıllarda teknoloji temelli dikey programların hüküm sürdüğü halk sağlığı döneminde sağlığın sosyal belirleyicileri gölgede bırakılmıştır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve bunlara yönelik sektörler arası eylem ihtiyacı Halfdan Mahler'in liderliğinde ilerleyen Herkes İçin Sağlık (Health for All) akımıyla güçlü bir şekilde yeniden ortaya çıkmıştır. SSB'ye yönelik sektörler arası eylem, 1978 Alma-Ata konferansını takiben Herkes İçin Sağlık programına öncülük etmesi için önerilmiş olan kapsamlı birinci basamak sağlık hizmetleri modelinin esasını teşkil etmiştir. Bu dönem boyunca bazı düşük gelirli ülkeler, temel sosyal belirleyicileri hedef alan yaklaşımlarla halk sağlığı istatistiklerini iyileştirmede önemli gelişmeler kaydetmiştir. Fakat, çok geçmeden birinci basamak sağlık hizmetlerinin daraltılmış versiyonu olan "selektif birinci basamak sağlık hizmetleri" modeli geçerlilik kazanmıştır. Selektif birinci basamak sağlık hizmetleri sınırlı sayıda maliyet etkin programa odaklanmış ve konunun sosyal (toplumsal) boyutunu göz ardı etmiştir. Selektif birinci basamak sağlık hizmetlerinin en bilinen örneği, UNICEF tarafından "çocuk sağkalım devrimi" programı kapsamında tanıtılan GOBI (gelişimin izlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi, emzirme ve bağışıklama) stratejisidir. Kapsamlı ve selektif BBSH'ler arasındaki tezat SSBK için stratejik sorular doğurmaktadır.

Kapsamlı BBSH'nin diğer yönlerinde olduğu gibi sosyal belirleyicilere yönelik eylem de 1980'leri ve sonrasında yılları hakimiyeti altına alan neoliberal ekonomik ve politik konsensus tarafından zayıflatılmıştır. Bu dönemin odak noktaları özelleştirme, deregülasyon, daralan devletler ve serbestleşen piyasalar olmuştur. Neoliberalizmin türlü biçimlerinin uzun süren hakimiyeti nedeniyle sağlık düzeyini sosyal eşitsizlikleri hedef alarak iyileştirecek devlet hamleleri de geçerliliğini birçok yerde yitirmiştir. 1990'lar küresel sağlık politikasında Dünya Bankası'nın etkisini arttırmasına ve DSÖ tarafından gelen karışık mesajlara şahitlik etmiştir. Ancak bu dönem boyunca SSB'yi anlamaya yönelik önemli bilimsel gelişmeler ortaya çıkmıştır ve 1990'ların sonunda başta Avrupa olmak üzere birkaç ülke, SSB'ye yönelik eylemler yoluyla sağlık düzeyini yükseltmek ve sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak için yenilikçi sağlık politikaları hazırlamaya ve uygulamaya başlamıştır. Bu politikalar farklı girdi noktalarını hedef almıştır. Hırslı politikalar, toplumda gelirin yeniden dağıtılmasını öngören kapsamlı mekanizmalar aracılığıyla toplumdaki eşitsizlik modelini değiştirmeyi amaçlamıştır. Daha iddiasız ve hafif programlar ise dezavantajlı grupları düşük sosyoekonomik statüyle bağlantılı sağlık risklerinden korumayı istemiştir.

2000'ler küresel sağlık politikalarında değişime şahitlik etmektedir. Sağlık, uluslararası kalkınma gündeminde daha öncelikli bir konumdadır ve paydaşlar hastalıkların ve sağlığın toplumsal kökenine inemeyen sağlık stratejilerinin işe yaramadığını giderek daha fazla kabul etmektedir. Sağlığın sosyal boyutlarına yönelik eylem hız kazanmaktadır. 2000 yılında gerçekleşen Birleşmiş Milletler Binyıl Zirvesi'nde 189 ülke Binyıl Kalkınma Hedeflerini kabul etmiştir. Bunlar, yoksulluk ve açlıkla mücadele, eğitim, kadının güçlendirilmesi, çocuk sağlığı, anne sağlığı, salgın hastalıkların kontrolü, çevrenin korunması ve adil bir küresel ticaret sisteminin geliştirilmesi konularında 2015 yılına kadar gerçekleştirilmesi beklenen iddialı hedefler ortaya koymaktadır. BKH'ler çok sektörlü eylem için elverişli bir iklim yaratmanın yanı sıra sağlık ve sosyal faktörler arasındaki bağlantılara dikkat çekmektedir. SSB politikalarını hayata geçiren ülkelerin sayısı artmaya devam etmektedir. Ancak bu ivmenin gelişmekte olan ülkelere de ulaşması acil bir ihtiyaçtır. Çünkü, SSB'nin insan refahına en fazla zarar verdiği yerler gelişmekte olan ülkelerdir. SSBK çalışmalarını işte bu şartlar altında başlatacaktır.

Tarihsel incelemeye dayanarak ortaya çıkarılmış dört ana konu vardır ve SSBK üyeleri sürecin erken aşamasında bu konularla ilgili stratejik kararlar almak zorundadır.

1. Bunlardan ilki, Komisyon'un desteklemeye çalışacağı değişimin kapsamı ve uygun politika girdi noktaları ile alakalıdır. Yani, 1980'lerde halk sağlığı liderlerinin karşı karşıya kaldığı kapsamlı ve selektif birinci basamak sağlık hizmetleri çekişmesinin bir benzerini SSBK de yaşayacaktır. **SSBK, farklı ülkeler/yerel birimler için uygun politika girdi noktalarını belirlerken bazı değerlendirme kriterlerine ihtiyaç duyacaktır.**
2. Bazı destek gruplarının/nüfuz sahibi seçmenlerin SSBK mesajlarına direnç gösterebileceği öngörülmektedir. Komisyon, direnç ortaya çıkmadan bu destek gruplarıyla/seçmenlerle yakın ilişki içinde olmalıdır. **Komisyon hem kendisi hem de SSB gündemiyle meşgul olacak ulusal düzeyde politik liderler için bir takım potansiyel "hızlı kazanımlar" belirlemelidir.** Komisyon Üyeleri, Dünya Bankası başta olmak üzere uluslararası finans kurumlarıyla diyaloga geçmek için bir strateji geliştirebilir.
3. SSBK aynı zamanda sıra dışı politik fırsatlardan faydalanacaktır. Kendisini BKH'lerle ilgili küresel ve ulusal süreçlerde etkili bir şekilde konumlandıracaktır. **Gerek iş dünyası (özel sektör) gerekse sivil toplum örgütleri (dernekler) ile ittifak kurmak mümkündür. Ancak çatışan çıkarların yönetilmesi gerekecektir.** SSB politikalarına yönelik ekonomi temelli argümanların (savların) fırsatları ve sınırları hala netleştirilmeyi beklemektedir ve söz konusu argümanlar daha derin etik meseleleri gündeme getirmektedir.
4. Sağlam bilimsel kanıtların/bulguların yanı sıra **Komisyon'un sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilgili herkes tarafından sahiplenilen inandırıcı bir "hikâyeye" ihtiyacı vardır.** Kanıtlar işte bu hikâyeye içinde karşı tarafa aktarılabilmelidir. SSBK'nin sosyal koşullar ve insan sağlığı hakkında anlatmak istediği hikâyeye nedir?

Bu sorulara yerinde verilecek cevaplarla Komisyon, hastalıkları ve mağduriyetleri kaynağında çözerek risk altındaki aileleri korumaya ve gelecek kuşakların sağlığını güvence altına almaya yönelik küresel bir çabaya öncülük edecektir.

1 Giriş

Günümüzde sağlık, uluslararası kalkınma gündeminde hiç olmadığı kadar önemli bir yer tutmaktadır ve ülkelerin birbirleri arasında ve kendi içlerinde var olan sağlık eşitsizlikleri artık küresel toplumun ilgi odağındadır^{1,2,3,4}. Eğer sağlık problemlerinin gerçek nedenlerini ele alan yaklaşımlar seçilebilirse, dünyanın bazı en yoksul ve savunmasız topluluklarında sağlık düzeyini yükseltmek daha önce hiç olmadığı kadar mümkündür. Bu nedenlerden en güçlüsü, insanların içinde yaşadığı ve çalıştığı sosyal koşullardır. Bunlar, sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB) olarak adlandırılır. Sosyal belirleyiciler bireylerin sosyal statü, güç ve kaynaklar “basamağındaki” farklı pozisyonlarını yansıtır. Kanıtlar göstermektedir ki; küresel sağlık yükü ve sağlıktaki eşitsizlikler büyük ölçüde sosyal belirleyicilerden kaynaklanmaktadır^{5,6}.

Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) sağlık ve sosyal koşullar arasındaki bağımlılığı kabul etmiştir. BKH çerçevesine göre yoksulluğun azaltılması, gıda güvenliği, eğitim, kadınların güçlendirilmesi ve gecekonduvarındaki yaşam şartlarının iyileştirilmesi konularında belirgin kazanımlar elde edilmediği sürece çoğu ülke sağlık hedeflerini gerçekleştiremeyecektir^{7,8}. Dahası, sağlıkta ilerleme olmadan diğer BKH hedeflerine de ulaşamayacaktır. Günümüzde BKH’nin şekillendirdiği bir uluslararası kalkınma gündemi, bireylerin maruz kaldığı adil olmayan fakat önlenabilir çilelerin sosyal sebepleriyle mücadeleye yönelik sağlık politikalarını yaygınlaştırılması için hayati bir fırsat sunmaktadır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK) bu sürece önderlik etmeye hazırdır. Bununla birlikte, hedeflerini gerçekleştirmek için SSBK’nin geçmişten dersler çıkarması şarttır. 1970 ve 1980’lerde, küresel Health for All (Herkes için Sağlık) stratejisi sosyal belirleyicilerin üzerine eğilme ihtiyacına vurgu yapmış olmasına rağmen bu tavsiyelerden pek azı etkili politikalara dönüştürülebilmiştir. 1990’ların ortalarında SSB hakkında güçlü mesajlar yeniden boy göstermiştir. Ancak, ihtiyacın en fazla olduğu gelişmekte olan ülkelerde politika uygulama konusunda yine çok az yol alınabilmektedir. SSBK’nin etkili bir strateji

planlamak için yaşanan bu hüsrانların arkasındaki nedenleri anlayabilmesi çok önemlidir.

Bu çalışma, strateji sürecine katkıda bulunmak amacıyla üç soruya ışık tutmak arayışındadır:

1. Sosyal belirleyicilere yönelik sağlık politikalarını yaygınlaştırma çabaları geçmişte neden başarılı olamamıştır?
2. SSBK’nin daha iyi işlere imza atacağını düşünmemizin sebebi nedir?
3. Komisyon, başarı şansını arttırmak için önceki deneyimlerden olumlu/olumsuz neler çıkarabilir?

Bu çalışmanın ilk bölümünde, sosyal belirleyicilere yönelik önceki büyük uğraşlar söz konusu uğraşların politik bağlamları dikkate alınarak incelenmektedir. İkinci bölümde ise tarihi kayıtlara dayanarak ortaya çıkarılmış kilit strateji meselelerine ve SSBK’nin etkili bir hareket başlatmasını sağlayacak faktörlere yer verilmektedir.

Devam etmeden önce netleştirilmesi gereken bir terim bulunuyor. Komisyonun ana mesajlarından biri gereği geleneksel sağlık sektörünün ötesindeki politikalar ve girişimler sağlam bir sağlık politikasının parçası olarak anlaşılmalıdır. “Sağlık politikası”, “sağlık bakımı politikası” ile aynı şey değildir. İlerleyen sayfalarda “SSB politikaları” ve “SSB yaklaşımları” gibi terimler zamandan tasarruf etmek amacıyla kısaltma olarak kullanılmıştır. Bu terimler *sağlığın sosyal belirleyicilerini ele alan sağlık politikaları* anlamına gelmektedir.

2 Tarihsel bakış

2.1 Sağlıkta sosyal yaklaşımın kökeni

Sosyal ve çevresel faktörlerin insanların sağlığını kesin suretle etkilediğinin kabulü eskiye dayanmaktadır. 19. yüzyılın sağlık kampanyaları ve modern kamu sağlığının fikir babalarına ait çalışmaların çoğu, bireylerin sosyal konumu, yaşam koşulları ve sağlık sonuçları arasındaki güçlü ilişkinin bilindiğini göstermiştir. Yakın zamanda yapılan epidemiyolojik bir araştırma, sosyal ve çevresel etmenlerin 19. yy'ın erken dönemlerinden başlayarak sanayileşmiş ülkelerin toplum sağlığında kaydedilen önemli iyileşmelerde merkezi bir rol oynadığını ortaya koymuştur. McKeown'un incelemeleri, çağımızda tüberküloz gibi enfeksiyöz hastalıklardan kaynaklanan ölümlerdeki önemli azalışın büyük oranda etkili medikal tedaviler geliştirilmeden önce gerçekleşmiş olduğunu göstermiştir. Hatta mortalitedeki düşüşün arkasında yatan temel etmenler daha çok gıda tedarikiindeki ve yaşam koşullarındaki değişimlerdir¹⁰.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946'da hazırlanan Tüzüğü göstermektedir ki; Örgütün kurucuları DSÖ'nün sağlık sorunlarının sosyal nedenlerini ve bunun yanı sıra etkili tıbbi tedavilerin sunulmasındaki güçlükleri ele almasını istemişlerdir. Tüzük herkesçe bilindiği şekliyle sağlığı "beden, ruh ve sosyal yönden tam iyilik hali" (vurgu eklenerek) olarak tanımlamakta ve Örgütün hedefini ise bu halin "tüm kişiler tarafından mümkün olan en üst seviyede gerçekleştirilmesi" olarak belirlemektedir¹¹.

"Halk arasındaki hastalıkların her defasında toplumdaki kusurlara dayandığını görmüyor muyuz?"

Rudolf Virchow (1821-1902)

Üye Devletlerle ve ilgili uzman kuruluşlarla birlikte çalışarak sağlık alanında ilerleme kaydetmek için gerekli olduğu üzere "beslenme, barınma, sanitasyon, rekreasyon, ekonomik şartların veya çalışma koşullarının ve çevresel hijyene ilişkin diğer konuların iyileştirilmesini ... teşvik etmek" Örgütün temel işlevleri arasındadır. DSÖ Tüzüğü bu sebeple sağlığa yönelik biyomedikal/teknolojik ve sosyal yaklaşımların birbirini destekleyecek şekilde entegrasyonunu öngörmektedir. Buna rağmen Örgütün devam eden tarihinde bu yaklaşımlar arasındaki bağ çoğu zaman kopuk seyretmiştir¹².

2.2 1950'ler: teknolojinin ve hastalık özelinde kampanyaların ön plana çıkması

DSÖ Tüzüğü, insan hakları taahhütleri kapsamında sosyal bir sağlık modeline yer ayırmıştır. Bununla birlikte, Soğuk Savaş siyasetinin ve dekolonizasyonun II. Dünya Savaşı sonrasında yarattığı ortam bu vizyonun hayata geçirilmesine engel olmuş ve daha çok "militarist" izler taşıyan kampanyalar yoluyla sunulan sağlık teknolojilerini temel alan bir yaklaşım benimsemiştir¹³. Birçok tarihsel faktör bu modeli teşvik etmiştir. Bunlardan biri de bu dönemde bir dizi yeni antibiyotik, aşı ve diğer ilaçların üretilmesiyle sonuçlanmış büyük ve başarılı ilaç araştırmalarıdır. Bu atılımlar sağlık çalışanlarında ve halkta teknolojinin dünyadaki sağlık sorunlarına yanıt bulduğu hissini uyandırmıştır. Bu gelişme modern ilaç endüstrisinin yükselişini de tetiklemiştir. Böylece ilaç endüstrisi yalnızca bilimsel faydaların çıkış noktası olarak değil, aynı zamanda lobicilik gücü sayesinde ulusal ve uluslararası sağlık politikalarını artan oranda etkileyecek bir politik kuvvet olarak yolunda ilerlemiştir. Siyasi bağlamdaki bir diğer kilit değişim, Sovyetler Birliği'nin ve diğer komünist ülkelerin 1949 yılında Birleşmiş Milletler'den ve BM kurumlarından geçici süreyle geri çekilmesi olmuştur.

Sovyet geri çekilişini takiben DSÖ de dahil olmak üzere BM kurumları çok daha güçlü bir şekilde Amerika'nın etkisi altına girmişlerdir. Amerika'nın DSÖ Tüzüğü'nü şekillendirmedeki kilit rolüne rağmen ABD yetkilileri, o yıllarda ideolojik arka planı Soğuk Savaş ortamında pek de iyi karşılanmayan sosyal bir sağlık modelini ön plana çıkarmak konusunda isteksizdi.

Bu dönem boyunca ve takip eden yıllarda gelişmekte olan dünyada sağlık bakımı modelleri sömürgecilik dinamiklerinin etkisinde kalmıştı. Avrupalı erkeklerin sömürgesindeki Afrika ve Asya bölgelerinde kurulan sağlık sistemleri neredeyse tek başına sömürgeci elitlere hitap etmiş ve bir avuç kent hastanesinde sunulan yüksek teknoloji temelli tedavilere odaklanmıştı. Kamu sağlığının daha geniş çapta yürütülmesi ile neredeyse hiç ilgilenilmiyordu ve gecekonduvarlarda veya kırsal alanlarda yaşayan insanlara yönelik hizmetler yok denecek kadar azdı. Önceden sömürge olanların pek çoğu 1950'li ve 1960'lı yıllarda bağımsızlığını kazanmış ve kendi ulusal sağlık sistemlerini kurmuştu. Maalesef bunlar çoğunlukla sömürge yönetiminde var olan modelleri örnek almıştı. Bağımsızlık sonrası sağlık stratejileri, kâğıt üzerinde sıklıkla hizmetlerin kırsal ve dezavantajlı popülasyonları kapsamaları gerekliliğinden bahsetmiş olsa da uygulamada hem yurtiçi hem de yurtdışı sağlık fonlarının büyük bir kısmı kentlerde sunulan tedavi hizmetlerini finanse etmeye devam etmişti. Bu dönem boyunca bağımsızlığını yeni kazanmış düşük gelirli bazı ülkeler ulusal sağlık bütçelerinin yarısından çoğunu bir ya da iki tane parıltılı "hastalık sarayını" ayakta tutmak uğruna harcamışlardı. Bunlar en yeni ekipmanlarla donatılmış, Batı'da eğitim almış doktorların çalıştığı ve kentlerde yaşayan elit tabakanın sağlık ihtiyaçlarına hizmet eden yüksek teknoloji hastanelerdi¹⁴.

Bu dönem boyunca uluslararası kamu sağlığının en büyük özelliği "dikey" programların çoğalmasındır. Bunlar, sıtma, çiçek hastalığı, tüberküloz ve yaws hastalığı gibi spesifik hastalıkları hedef alan dar odaklı ve teknoloji temelli kampanyalardı. Söz konusu programlar çok etkili görülmekte ve bazı durumlarda hedeflerin kolay ölçülebilmesi (yapılan aşı sayısı gibi) avantajını sunmaktaydı. Ancak bu programlar doğaları gereği sosyal bağlamı ve onun sağlık veya hastalık üretmedeki rolünü göz ardı etmeye meyilliydi. Tıpkı hastane odaklı sağlık hizmetlerinde olduğu gibi başta kırsalda yaşayan yoksul kesim olmak üzere toplumun büyük kesimini ilgilendiren en ciddi sağlık sıkıntılarını çözümsüz bırakmaktaydı. Bu dönemde başlatılan dikey kampanyalar fark

edilir birkaç başarıya imza atmıştır. Bunlardan en yaygın olarak bilineni çiçek hastalığının eradikasyonudur. Bununla birlikte sıtmanın dünya çapında ortadan kaldırılması için DSÖ-UNICEF ortaklığıyla yürütülen kampanyadaki gibi başarısızlıklar bu yaklaşımın kısıtlılıklarını açığa çıkarmıştır. 1950'lerin ortalarında başlatılan sıtma kampanyası bir kez daha teknolojiye bel bağlamıştır -- bu örnekte sivrisinek vektörlerini öldürmek için geniş çapta DDT ilaçlaması yapılmıştır. Bu kitlesel program pahalıya patlayan bir başarısızlık olarak kayda geçmiştir¹⁵.

2.3 1960'lar ve 1970'lerin başı: toplum temelli yaklaşımların yükselişi

1960'ların ortalarına kadar dünyanın pek çok yerinde baskın tıp ve kamu sağlığı modellerinin yoksul ve dezavantajlı kesimlerin (gelişmekte olan ülkelerde nüfusun büyük bir bölümünü teşkil etmekteydi) en acil ihtiyaçlarına cevap vermediği gerçeği netlik kazanmıştı. İhtiyaç sebebiyle yerel topluluklar ve sağlık çalışanları dikey hastalık kampanyalarına ve kent odaklı tedavi hizmetlerine alternatif çözümler aramaya başladılar. Böylece sağlıkta sosyal, ekonomik ve politik boyutların bir arada olduğu yenilenmiş bir ilgi alanı doğmuş oldu.

1960'larda ve 1970'lerin başlarında, birçok ülkede sağlık çalışanları ve topluluk örgütleri güçlerini birleştirerek toplum temelli sağlık programları (TTSP) olarak bilinen sürece öncülük ettiler¹⁴. Bu girişimler sağlıkla ilgili karar süreçlerinde halkın katılımını ve toplumun güçlendirilmesini ön plana çıkarmış ve bu yöndeki çabaları sıklıkla sağlığı daha kapsamlı ekonomik, sosyal, politik ve çevresel taleplerle ilişkilendiren bir insan hakları çerçevesine oturtmuştur. İleri tıp teknolojisi önemini yitirmiş ve yüksek öğrenim görmüş sağlık profesyonellerine olan bağımlılık en aza inmiştir. Aksine kısıtlı eğitim görmüş olsa da yerelden istihdam edilen toplum sağlığı çalışanlarının yaygın sağlık problemlerinin birçoğu ile mücadelede komşularına yardımcı olabilecekleri düşünülmüştür. Sağlık eğitimi ve hastalıktan korunma ve stratejilerin odak noktası olmuştur.

Çin'in kırsal sağlık çalışanları (mecazen "çıplak ayaklı doktorlar" olarak bilinirler) bunun en bilinen örneğiydi. Bunlar, "hizmet ettikleri topluluklarda yaşayan, kentsel sağlık hizmetlerinden çok kırsalı, küratif hizmetlerden çok koruyucu sağlık uygulamalarını ve batı tıbbi ile geleneksel tıbbın birlikteliğini vurgulayan çok çeşitli köylü sağlık çalışanlarıydı"¹⁶. Toplum temelli girişimler Bangladeş, Kosta Rika, Guatemala, Hindistan, Meksika, Nikaragua, Filipinler, Güney Afrika ve diğer ülkelerde de gelişmiştir. Bazı örneklerde bu girişimler doğrudan sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicileri ile meşgul olmakla yetinmemiş, aynı zamanda geri plandaki siyasi-ekonomik yapılar ve iktidar ilişkileri ile de ilgilenmiştir. Latin Amerika'nın bazı kesimlerinde Brezilyalı eğitimci Paulo Freire'nin farkındalık artırma metodları sağlık eğitime ve tanıtımına uyarlanmıştır. Filipinler'de bazı gruplar toplum temelli "yapısal analizi" uygulayarak, topluluk üyelerinin kendi sağlık problemlerinin sosyal ve politik köklerine inmesini sağlamışlardır. "Güçlendirmeye yönelik bu metodolojiler, dezavantajlı insan gruplarının inovatif yollarla kendi sağlık problemlerinin 'toplumsal teşhisini' yapmalarına, nedenlerin çeşitliliğini analiz etmelerine ve stratejik düzeltici eylemler planlamalarına yardımcı olan araçlar haline dönüşmüştür"¹⁴. Orta Amerika, Güney Afrika ve Filipinler'de toplum temelli sağlık programlarının arasındaki gevşek bağlar zamanla sağlığı, sosyal adaleti ve insan hakları gündemlerini birleştiren sosyal akımlara dönüşmüştür. Werner ve Sanders, çeşitli örneklerde (Nikaragua'da Somoza diktatörlüğünün son bulması, Güney Afrika'daki ırkçı rejime karşı direniş ve Filipinler'de Ferdinand Marcos'un otoriter yönetiminin güç kaybederek devrilmesi gibi) toplum temelli sağlık hareketleri sayesinde politik değişimin ve nihayetinde despot rejimlerin ortadan kalkmasının zemininin hazırlandığını öne sürmektedirler¹⁴. Benzer şekilde, Cueto da gelişmekte olan ülkelerin birçoğundaki emperyalizm karşıtı hareketlerin ve Vietnam'daki başarısızlıkların sonucunda sarsılan ABD prestiji nedeniyle 1960'ların sonları boyunca söz konusu alternatif sağlık modellerinin tüm dünyada benimsenmesi için uygun koşulların oluştuğunu belirtmektedir¹⁶.

Bağımsız, yerel veya ulusal olarak başlayan TTSP denemeleri 1970'lerin başlarında giderek artan uluslararası bir profil ve kümülatif bir otorite kazanmıştır. Bazı STK'lar ve başta Hristiyan Tıp Komisyonu olmak üzere uluslararası misyoner örgütler, toplum temelli modellerin tabanda yayılmasında ve bunların başarısından söz edilmesinde önemli bir rol

oynamıştır¹⁷. 1970'lerin başlarına gelindiğinde sağlık hizmetlerinde teknoloji odaklı yaklaşımların birçok gelişmekte olan ülkede nüfus sağlığını belirgin şekilde iyileştirmekte başarısız olduğu ve buna rağmen bazı çok yoksul çevrelerde toplum temelli programlar aracılığıyla sonuç alınabildiği giderek fark edilmiştir. Bazı ileri gelen alimler, uluslararası halk sağlığı planlayıcıları ve kalkınma uzmanları, dayanağını TTSP uygulamalarından ve önceliklerinden alan bir sağlık yaklaşımının geniş çapta benimsenmesini savunmuşlardır. DSÖ'deki liderler de bunu savunular arasında olmuştur. 1975 yılında DSÖ'nün Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi Bölüm Başkanı Kenneth Newell, Afrika, Asya ve Latin Amerika'da hayata geçirilen toplum temelli sağlık uygulamalarından başarı hikayelerini kaleme aldığı *Health by the People* kitabını yayınlamıştır. Kitap, sağlığın sosyal boyutlarıyla sıkı bağlantılar kurulmasını savunmuş ve şunu öne sürmüştür:

"yaygın sağlık problemlerinin 'nedenlerinden' birçoğunun toplumun kendisini oluşturan kesimlerden kaynaklandığını ve katı bir sağlık sektörü yaklaşımının etkili olmadığını, sağlık alanı dışından başka uygulamaların salt sağlık odaklı müdahalelerden daha önemli sağlık etkileri olabileceğini gösteren çalışmalarımız var"¹⁸.

Newell (1975)

Aynı yıl DSÖ ve UNICEF, gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik alternatif yaklaşımları inceleyen ortak bir rapor yayınlamıştır. Rapor, teknolojik çözümlere bağımlı kalan ve toplumsal sahiplenmeyi göz ardı eden dikey hastalık programlarının eksikliklerinin altını çizmiştir. Raporda yoksulluk, elverişsiz barınma ve eğitim eksikliği gibi sosyal faktörlerin gelişmekte olan ülkelerde morbiditenin yakın nedenlerinin altında yatan asıl kök sebepler olduğu vurgulanmıştır¹⁹.

Ortaya çıkan bu sağlık hizmeti modeli 1973'te DSÖ Genel Direktörü olan Danimarkalı hekim ve halk sağlığı emektarı Halfdan Mahler ile güçlü bir şampiyonluğa imza attı. Mahler derin ahlaki inançlara sahip karizmatik bir liderdi. Onun için "sosyal adalet kutsal bir sözcüktü"²⁰.

Sağlıkta küresel eşitsizlikler ve milyonlarca yoksul ve kenara itilmiş kişinin çektiği önlenebilir çile onu kızdırmaktaydı. Latin Amerika ve Asya'da dikey hastalık programlarına katılmış olan Mahler, bu tür yaklaşımların en önemli sağlık problemlerini çözmede yetersiz kaldığı ve ileri küratif teknolojilere aşırı yoğunlaşmış olmanın gelişmekte olan ülkelerin çoğunun sağlık sistemini bozduğu konusuna ikna olmuştu. Temel sağlık hizmetlerinin dezavantajlı topluluklara kadar uzanmasıyla birlikte Mahler'in 1976'da Dünya Sağlık Asamblesi'nde (DSA) de önerdiği üzere sağlıkta eşitsizliklerin üstesinden gelmek ve "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" hedefini gerçekleştirmek için tıp dışı belirleyicileri dikkate almak üzere harekete geçilmeliydi. Ona göre, "Herkes İçin Sağlık, salt sağlık problemlerine yönelik çözümleri ifade ettiği kadar sağlığın önünde duran engellerin ortadan kaldırılmasının yani yetersiz beslenmenin, cehaletin, kontamine içme suyunun ve hijyenik olmayan barınma şartlarının giderilmesini ifade etmekteydi"²¹.

2.4 Bir akımın netlik kazanması: Alma-Ata ve birinci basamak sağlık hizmetleri

Bu yeni gündem, Eylül 1978'de Kazakistan'ın Alma-Ata kentinde DSÖ ve UNICEF sponsorluğunda düzenlenen Uluslararası Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda ilgi odağı oldu. Modern halk sağlığı yolunda bir kilometre taşı haline gelen Alma-Ata konferansına 134 devlet ve 67 uluslararası örgütten 3.000 delege katıldı. Konferans bildirgesi Mahler'in "2000 Yılına Kadar Herkes İçin Sağlık" hedefinin birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH) aracılığıyla gerçekleştirilmesi fikrini sahiplendi. HİS/BBSH stratejisinin kabulü sosyal belirleyicilerin önemli bir halk sağlığı meselesi olarak güçlü bir şekilde yeniden doğuşuna damga vurdu. Alma-Ata'da dile getirilen BBSH modeli "sağlık hizmetleri sunmakla kalmayıp bunun yanı sıra *sağlık sorunlarının altında yatan sosyal, ekonomik ve politik nedenleri* de dikkate alan kapsamlı bir sağlık stratejisinin gerekliliğini açıkça ortaya koymuştur" (ilk haliyle vurgulandığı gibi)¹⁴.

Çinli "çıplak ayaklı doktorlar" modeli ile son on yılda edinilmiş diğer toplum temelli sağlık tecrübeleri, BBSH yaklaşımını büyük ölçüde şekillendirmiştir. Alma-Ata bildirgesi BBSH yaklaşımının iki önemli yönünü vurgulamıştır. Bir taraftan çoğunluğun esas sağlık ihtiyaçlarını vurgulamak üzere yeniden yapılandırılmış bir sağlık sistemi içerisinde temel sağlık hizmeti

seviyesi olarak BBSH "bireylerin, ailenin ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilk temas noktasıdır"²². Fakat BBSH aynı zamanda "toplumun tümüyle sosyal ve ekonomik kalkınmasının" bir parçası olarak bir sağlık vazifesi *felsefesidir*²². Cueto, BBSH felsefesinin üç çarpıcı ilkesini belirlemiştir. İlki "uygun teknolojidir". Yani, sağlık kaynaklarının kent hastanelerinden kırsal ve dezavantajlı popülasyonun temel ihtiyaçlarını karşılamaya kaydırılması için taahhütte bulunmaktadır. İkincisi, ileri seviyede ihtisaslaşmış doktorlara ve hemşirelere olan bağımlılığın azalması ve topluluk üyelerinin sağlık çalışmasında sorumluluk almak üzere seferber edilmesi anlamına gelen "medikal elitizm eleştirisidir". BBSH'nin üçüncü ana ögesi sağlık ve sosyal kalkınma arasındaki net bağlantıdır. "Sağlık vazifesi izole ve kısa ömürlü bir uygulama olarak değil; yaşam koşullarını iyileştirme sürecinin bir parçası olarak düşünülmüştür"¹⁶. Bu sebepten sosyal ve çevresel belirleyicilerin üzerine eğilmeyi amaçlayan sektörler arası hareket, BBSH'nin destek ayaklarından biriydi. Alma-Ata bildirgesi BBSH'nin "sağlık sektörüne ek olarak başta tarım, hayvancılık, gıda, sanayi, eğitim, iskan, bayındırlık, iletişim vb. olmak üzere ulusal ve toplumsal kalkınma ile ilişkili tüm sektör ve görüşleri kapsadığını ve bu sektörlerin hepsinin koordineli çabalarına ihtiyaç duyduğunu ortaya koymuştur".

Mahler'in önderliğinde DSÖ kendi kurumsal profilini ve programlarının önemli bir kısmını BBSH yoluyla Herkes İçin Sağlık anlayışı etrafında yeniden düzenlemiştir. Buna göre HİS başlığı altında yürütülen sağlık çalışması sosyal ve çevresel belirleyicilerin ele alınması için en azından kağıt üzerinde sektörler arası hareketi bir araya getirmiştir. 1980'ler boyunca HİS'e yönelik gayretler yayıldıkça sektörler arası sağlık hareketi (SSH) giderek ön plana çıkmış ve bu temayı ele almak için DSÖ'de özel bir birim kurulmuştur. 1986'da DSÖ ve Rockefeller Vakfı, vakfa ait Bellagio konferans merkezinde SSH üzerine önemli bir istişare toplantısına sponsor olmuşlar²³ ve 39. Dünya Sağlık Asamblesi'nde SSH konulu teknik tartışmalar yapılmıştır. DSA, sağlıkta eşitsizliklerin, tarım-gıda-beslenme, eğitim-kültür-bilgi-yaşam tarzları ve su ve sanitasyon dahil olmak üzere çevre, habitat ve sanayi başlıklarını tartışan çalışma gruplarını ağırlamıştır²⁴.

1980'lerin ortalarından itibaren SSB, ortaya çıkan sağlık geliştirme hareketinde de ön plana çıkmıştır. Birinci Uluslararası Sağlık Geliştirme Konferansı, Kanada Halk Sağlığı Birliği, Kanada Sağlık ve Refah Bakanlığı ve DSÖ'nün sponsorluğunda Kasım 1986'da Ottawada gerçekleştirilmiştir. Konferansta başlıca sekiz sağlık belirleyicisinin ("ön koşullar") tespit edildiği Ottawa Sağlık Geliştirme Anlaşması kabul edilmiştir: barış, barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir ekosistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve eşitlik. Bunların sağlık sektörünün tek başına ele alabileceği değil; farklı devlet kurumlarının yanı sıra gönüllü sivil toplum örgütlerinin, özel sektörün ve medyanın eşgüdüm içerisinde hareket etmesini gerektirecek geniş kapsamlı ve fırsat dolu faktörler olduğu anlaşılmıştır²⁵. Ottawa'yı takiben, bir dizi uluslararası sağlık geliştirme konferansı anlaşmada yer alan mesajları ileriye taşımış ve uzun dönemli bir akım yaratma arayışında olmuştur²⁶.

2.5 Alma-Ata'nın ardından: "Düşük maliyetli iyi sağlık"

Alma-Ata konferansını takip eden yıllar, birazdan anlatılacak nedenlerden ötürü yoksul ve marjinalleşmiş topluluklar arasında sağlık atılımı açısından pek de lütufkar yıllar değildi. Buna rağmen gelişmekte olan ülkelerin birçoğu bu dönemde iyi uygulama örnekleri olarak boy gösterdiler. Bu ülkeler, sağlık belirleyicilerine ilişkin sektörler arası hareketin önemli bir rol oynadığı programlar aracılığıyla sağlık göstergelerini iyileştirebilmiş ve eşitliği güçlendirebilmiştir. Nisan-Mayıs 1985'te Rockefeller Vakfı'nın sponsorluğunda gerçekleşen konferansın başlığı, "Düşük maliyetle iyi sağlık" (DMİS) olmuştur. Konferansın yayınlanan tutanakları, gelişmekte olan ülkelerde sürdürülebilir sağlık atılımlarının nasıl teşvik edileceğiyle ilgili tartışmalar için önemli bir başvuru kaynağı olmuştur²⁷. Konferans, yüksek gelirli ülkelere kıyasla GSYH'si düşük ve kişi başı sağlık harcamaları mütevazı olmasına rağmen alışılmışın ötesinde iyi sağlık sonuçları (ortalama yaşam süresi ve çocuk ölümleri üzerinden ölçülmüştür) elde edebilmiş üç ülkeyi (Çin, Kosta Rika ve Sri Lanka) ve bir Hindistan eyaletini (Kerala) yakından incelemiştir.

Kosta Rika

1988 yılında Pan-Amerikan Sağlık Örgütü, "gelişmekte olan ve sanayileşmemiş bir ülke olmasına rağmen Kosta Rika'yı gelişmiş sanayi toplumlarından bazılarının birkaç yıl önce kaydettiğine benzer sağlık göstergelerine sahip bir ülke" olarak tanımlamıştır²⁸. 1970 ve 1983 yılları arasında ülkedeki genel mortalite (ölüm oranı) %40; bebek mortalitesi ise %70 azalmıştır²⁹.

Sağlık hizmetlerinin ve başlıca temel sosyal hizmetlerin ülke çapında sigorta kapsamına alınması taahhüdü bu gidişata önemli ölçüde katkı sağlamıştır. 1971 tarihli bir kanunla tıbbi bakım hizmetlerinin ve hastanede yatışın tüm halk için sosyal sigorta kapsamına alınması temin edilmiştir. Maaş düzeyine bakılmaksızın tüm işçiler, devlet kaynakları ve işçilerden toplanan zorunlu katkı payları ile finanse edilen *Caja Costarricense del Seguro Social* (CCSS kısaltmasıyla Kosta Rika Sosyal Sigorta Fonu) aracılığıyla sosyal sigorta yardımlarından faydalanabilmıştır. CCSS, milli dayanışma ve yoksulluk yardımı ilkelerini temel alan politika araçlarından bir tanesi olmuştur. CCSS bazı geniş çaplı sağlık girişimleri yürütmüştür. Örneğin, kızamık ve difteri gibi hastalıklarla mücadele için aşı kampanyaları yoğunlaştırılmış, başta kırsal kesimlerde olmak üzere içme suyu temini ve kanalizasyon imkânları sunulmuştur. 1970'lerde bebek ölümlerindeki üçte ikilik düşüş, Kosta Rika'nın tıbbi, altyapısal ve toplumsal faktörleri eş zamanlı olarak barındıran çok yönlü mücadelesinin bir eseridir³⁰.

1973'te başlatılan Kırsal Sağlık Programı (KSP) ile 1976'daki kentsel Toplum Sağlığı Programı sağlam ve çok boyutlu bir birinci basamak sağlık hizmeti sunmuştur. Birlikte bakıldığında bu iki program, 1980 yılına kadar tıbbi hizmetlerin kentsel ve kırsal nüfusun yaklaşık %60'ına ulaştırılmasını sağlamıştır³⁰. CCSS'in başladığı yıllarda kırsal nüfusun %20'sinden daha azı asgari sağlık hizmetlerinden faydalanabiliyordu³¹. KSP kapsamında ise önce bu hizmetlere en çok ihtiyaç duyan bölgeler belirlendi. Daha sonra sağlık uygulamalarının, sanitasyonun ve çocuklarda aşılamanın iyileştirilmesi amacıyla kendi görev bölgelerindeki evleri ziyaret edecek toplum sağlığı çalışanları eğitildi. Programın özünde, bireylere geniş kapsamlı hizmetlerin (aşı, beslenme, aile planlaması ve diş sağlığı gibi) yanı sıra çevre sağlığı uygulamaları (içme suyu, kırsal konut şartlarının iyileştirilmesi, vücut dışıklarının uzaklaştırılması gibi) ve tamamlayıcı destek hizmetleri (sağlık eğitimi, veri toplama ve toplumsal örgütlenmenin teşviki gibi) de sunan bir birinci basamak sağlık yaklaşımı bulunmaktaydı²⁹. 1970'lerin sonuna gelindiğinde KSP, bu hizmetleri önemli ölçüde yaygınlaştırdı. Sağlık hizmetleri kırsal nüfusun %60'ından fazlasına ulaşabilmiş ve ülke genelinde tüm sağlık çıktılarında belirgin bir iyileşme kaydedilmişti^{29,31}. KSP modelini takip eden Kentsel Toplum Sağlığı Programı, gecekondü sakinlerinin yaşam koşullarını iyileştirmeyi amaçlamıştır. 1976'da başlatılan program üç yıl içinde kent nüfusunun %57'sine ulaşmıştır. 1970'lerin sonuna gelindiğinde bu girişim sayesinde aşı uygulaması kent nüfusunun %85-90'ına kadar ulaşmış, kentsel alanlardaki dışkı bertarafı %60'tan %96'ya yükselmiş ve kent nüfusunun %100'ü içme suyuna erişebilmiştir²⁹.

Ülkenin başarısını analiz eden uzmanlar, Kosta Rika'nın sağlık ve eğitim arasında kurduğu güçlü politikaya vurgu yapmışlardır. Sağlıkta bilgi birikimi tüm seviyelerde eğitimin önemli bir parçası olarak değerlendirilir ve eğitim sistemi, bilinçli olarak sağlıklı olmanın teşvik edilmesinde bir araç olarak kullanılır. 1869'dan beri uygulanmakta olan ücretsiz zorunlu ilköğretim sistemi, 1949 yılında ücretsiz ortaöğretimi ve güçlendirilmiş bir üniversite sistemini de içerecek şekilde genişletilmiştir. 1940'larda ve 1950'lerde anaokullarının yaygınlaşmasıyla birlikte kadınlarda ilkökul mezuniyet oranı 1960'ta %17 iken 1980'de %65'e yükselmiştir. Görünüşe göre, bu trend 1970'lerde bebek ölümlerindeki hatırı sayılır düşüşe öncülük etmiştir³⁰.

Uzmanlar gelişmekte olan ölkelerdeki sağlık gelişimine ait örnekler vermek ve özellikle de sağlık dışı sektörlerdeki politikanın sağlık düzeyini nasıl iyileştirdiğini göstermek istediğinde hala sıklıkla DMİS olaylarına atıfta bulunurlar. Bu coğrafyaların başarısına en fazla katkıda bulunan faktörlerin hangileri olduğu sorusu ve neticede benzer gelir düzeyine sahip diğer ölkelerin aynı başarıları imza atmakta neden bu kadar zorlandıkları sorusu uzmanlar için merak konusu olmaya devam etmiştir. *Düşük maliyetle iyi sağlık* çerçevesinde tartışılan konular, bir nesil sonra bile güncelliğini yitirmediği gibi DMİS ölkelerinin takip ettiği ve iyi uygulama modelleri olarak sağlık

düzeylerinin iyileşmesine katkı sunmuş olan stratejilerden bazıları daha detaylı bir incelemeyi hak etmektedir. Takip eden bölümde, iki DMİS uygulaması ile birlikte çalışmaya dahil edilmemiş olmasına rağmen benzer halk sağlığı politikalarını yürütmüş olan üçüncü bir öлке – Küba – incelenmektedir. Başlıca amacımız, bu ölkelerin halk sağlığı göstergelerini iyileştirmek ve özellikle de savunmasız grupların ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık belirleyicilerini ele alan sektörler arası politikaları nasıl kullandıklarını anlamaktır.

Sri Lanka

Sri Lanka, ekonomide sürdürülebilir büyüme yaratamamış olsa da 1948’de bağımsızlığını ilan etmesinin ardından sağlık göstergelerinde güçlü ilerlemelere imza atmıştır³². Tüm toplumun ücretsiz olarak faydalanabildiği yaygın birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi, toplum sağlığı kazanımlarına önemli ölçüde katkıda bulunmuřtur³³. Aynı zamanda bazı sosyal sektörlerdeki eşitlik yanlısı stratejiler sağlık sonuçlarının geliştirilmesinde büyük bir rol oynamıştır³².

Tarım sektörü için pirinç üretiminde ve diğer temel gıdalarda kendi kendine yetebilmek bağımsızlığını yeni kazanmış bir millet için öncelikli. “Göreve gelen hükümetlerin tarım stratejisi... küçük çiftçileri yüksek rekolteli ürünler yetiştirmeye yönlendirmiş, toplam üretim artmış ve çiftçilerin gelirleri yükselmiştir”. 1980’lerin başlarına gelindiğinde bu program, toplum genelinde “temel ihtiyaçların” karşılanmasına yönelik milli bir çaba kapsamında bölgesel ve sınıfsal farklılıkları azaltmış ve böylece pirinç yetiştiren köylülerin de aralarında bulunduğu bazı en yoksul kesimlere yardım etmişti. Birkaç on yıl boyunca devam eden gıda tayınlama programı sayesinde pirinç ve diğer birkaç temel gıda malzemesi bir kooperatifler ağı aracılığıyla hanelere sübvansiyonlu veya sabit fiyatlar üzerinden temin edilmmişti. Sonuç olarak 1956 ve 1963 yılları arasında toplam nüfusun ortalama kalori alımı %40 artmıştı³². Kırsal konut stokunun artırılmasına ve iyileştirilmesine yönelik eş zamanlı çalışmalar kırsaldaki konut yapısının, tasarımının ve kalitesinin iyileşmesini saęlamıştı³⁴. Tüm bunlar olurken 1950’lerde çıkarılan bir dizi iş kanunu ile başta kadın ve gençler olmak üzere işçilerin sağlığı ve refahı konuları ele alınmıştı. Bunlar, haftalık çalışma mesaisini 45 saatle sınırlandıran ve ücretli yıllık izin ve hastalık iznini zorunlu kılan hükümler içeren kanunlardı. Ucuz raylı ve karayolu toplu taşıma ağının genişletilmesi kırsalda yaşayan halkın temel sağlık hizmetlerine erişimini artırmıştı. 1978’de Sri Lanka’daki doğumların %70’i hastanelerde, kliniklerde ve doğumevlerinde gerçeklemiřti³².

Bağımsızlığın ilanından itibaren ilk, orta ve yüksek öğrenim kurumları ağı aracılığıyla ücretsiz yaygın eğitim sunulmaktadır. Sağlık bilgisi ve beden eğitimi 1980 yılına kadar müfredat kapsamında okullarda okutulmuştur. 1945 yılından itibaren bütün öğrencilere ücretsiz öğle yemeği verilmiştir. 1950’lerde ve 60’larda okul eğitiminin kadınlar arasında yaygınlaşmasıyla birlikte erkekler ve kadınlar arasındaki okur-yazarlık farkı neredeyse ortadan kalkmış, aile planlaması geniş çapta kabul görmüş ve 1960’ların başlarından itibaren doğum oranlarında bir düşüş kaydedilmiştir³².

Analistler, bütün bu sektörler arası eylemlerin ölkenin siyasi sistemi ve sivil toplum katılımı kültürü sayesinde gerçekteştiğini ortaya çıkarmıştır. Sri Lanka’daki rekabetçi politik ortam sayesinde yoksul kırsal çoğunluk gelir dağılımının yeniden düzenlenmesinden ve sosyal yardımlardan hatırı sayılır ölçüde faydalanabilmiştir. Kadınlar ulusal bağımsızlıktan da önce siyasi süreçte aktif hale gelmiş; siyasi eliti kendi davalarına kayıtsız kalmamaya zorlamıştır. 1930 ve 1940’larda anne ve çocuk sağlığına verilen yüksek öncelik bunun bir sonucudur. Siyasi liderlerin özellikle de bağımsızlıktan önceki yirmi yıl içinde elde ettiği popölarite, seçmenlere başta sağlık ve eğitim olmak üzere daha birçok kamu hizmetini temin etme kapasitelerine bağlıydı. Büyük ve faal bir sivil toplum sektörü siyasi, ekonomik ve sağlıkla ilgili kaygıları etkili bir şekilde bastırmıştı. Köy düzeyinde faaliyet gösteren kırsal kalkınma dernekleri ile kadın birliklerinin de aralarında olduğu gruplar tüberkülozla mücadele kampanyası gibi halk sağlığı kampanyalarını başlatmakta faaldi³⁴.

Küba

Devrim sonrası Küba 1985 konferansının gündemine girememiş olsa da “düşük maliyetli iyi sağlık” için önemli bir örnek teşkil etmiştir. Küba’nın toplum sağlığı profili, ABD ve Kanada gibi zengin ülkelere pek çok Latin Amerika ülkesinden daha fazla benzemektedir³⁵. Küba 1950’lerin sonuna kadar gelişmekte olan dünyada en istenen mortalite düzeylerinden birini yakalamış olsa da mortalitedeki belirgin düşüş 1959’daki sosyal devrimin ardından da devam etmiştir. Devrimle birlikte tıp ve toplum sağlığı kaynakları toplumun zaten ötekileştirilmiş olan kesimlerine kadar ulaştırılmıştır. Milli kaynakların temel ihtiyaçları karşılamak üzere yeniden yönlendirilmesiyle toplumun daha dezavantajlı olan kesimlerinin yaşam standardı ülkenin 1960’larda ve 1970’lerde kararsız seyreden ekonomisine rağmen iyileştirilmiştir. Devletin kırsal bölgelere daha fazla milli kaynak ayırması neticesinde sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından kırsal ve kentsel kesimler arasındaki farklılıklar azaltılmıştır³⁶. 1959’da ülkedeki bebek ölüm oranı binde 60 canlı doğum ve ortalama yaşam süresi 65.1 yıldır. 1980’lerin ortalarına gelindiğinde Küba’daki bebek ölüm oranı binde 15’e gerilemiş ve kadınlarda ortalama yaşam süresi 76 yıla ulaşmıştır³⁷.

Evrensellik, adil erişim ve devlet kontrolü ilkeleri Küba’nın devrim sonrası sağlık politikalarına yol göstermiştir. Bu politikalar, tıbbi tedavi, tanı testleri ve 13 önlenabilir hastalığın koruyucu aşıları da dahil olmak üzere ihtiyaç duyulan hizmetlerin ücretsiz sunulması yoluyla sosyal eşitliği sağlamaya odaklanmıştır. Küba’nın halk sağlığı politikası, sağlığın geliştirilmesine ve hastalıklardan korunmaya yönelik faaliyetlere, âdem-i merkeziyetçiliğe, sektörler arası harekete ve toplumun katılımına öncelik vermektedir ve uzmanlık gerektiren tedavi hizmetlerine yönelik organize bir konsültasyon ve sevk sistemi içinde var olan yerel bir birinci basamak sağlık yaklaşımını ön plana çıkarmaktadır. Yerel düzeyde hekimler ve hemşireler hizmet ettikleri toplumun içinde yaşarlar ve sadece klinik tanı ve tedavi sunmaz aynı zamanda genel sağlık hususları ve tıp dışı sağlık belirleyicileri konusunda toplumu eğitirler³⁵.

Küba aynı temel evrensellik, eşit erişim ve devlet kontrolü ilkelerini uygulayarak sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almada ilerleme kaydetmiştir. Eğitim ulusal bir öncelik olmuştur. Hükümet, devrimden kısa bir süre sonra kitlesel okur yazarlık kampanyaları başlatmış, tüm özel okulları kamulaştırarak eğitimi ücretsiz ve herkese açık hale getirmiştir. Bunun ardından her yetişkinin zorunlu altı yıllık eğitimi tamamlamasını sağlayan programlar hayata geçirilmiştir³⁶. Küba’nın mevcut okur yazarlık oranı %96,7’dir. Devrim öncesi dönemde Küba halkının dörtte birinin okuma yazma bilmediği ve kalan onda birinin yarı okur yazar olduğu düşünüldüğünde bu oran olağanüstüdür³⁵. Devrim sonrası dönem aynı zamanda su kanalları ağının genişletilmesiyle içme suyuna erişimin artırılarak kentsel alanlarda hijyen ve sanitasyonun iyileştirilmesine yönelik kampanyalara tanıklık etmiştir^{35,36}. Eskilerden beri Küba’nın devrim sonrası sağlık ve sosyal politikaları ile ilgili tartışmalar ideolojik ve polemik içeren izler taşımıştır. Küba sistemini eleştirenler, sosyalist rejimin etkisiyle kişi haklarının kısıtlanmış olmasına ve genele sirayet etmiş bir ekonomik durgunluğa dikkat çekmekteydiler. Yandaşlara göre ise Küba’nın sosyal eşitlik ve herkese açık birinci basamak sağlık hizmetleri taahhüdü ülkenin uzatmalı ekonomik ambargodan gördüğü sağlık zararlarını sınırlandırmasını sağlamıştır³⁸.

DMİS’in uygulandığı yerler ve Küba gibi ülkeler bir dizi farklı politika çerçevesi ve halk sağlığı stratejisi sergilemiş olsa da *Düşük maliyetli iyi sağlık*, sağlıkta sıra dışı ilerlemeler kaydetmiş gelişmekte olan ülkeler arasında ortak özellikler görülebileceğini ortaya koymuştur.

Görünüşe göre SSH alanında en önemli konular (1) sosyal açıdan en savunmasız gruplar da dahil olmak üzere herkes tarafından yeterli gıda alımının temin edilmesi ve (2) kadınların eğitilmesiydi. Sağlığın bir belirleyicisi olarak kadınların eğitimi/okur-yazarlığı sonradan birkaç gelişmekte olan ülkede sağlık geliştirme kampanyalarının mantıklı gerekçesi olmuştur⁴⁰.

“Düşük maliyetli iyi sağlık” mümkün kılan beş ortak sosyal ve siyasi faktör³⁹

- ➔ **Sağlığın sosyal bir hedef olarak belirlenip tarih boyunca taahhüt edilmesi**
- ➔ **Kalkınmada sosyal refah yönelimi**
- ➔ **Toplumun sağlıkla ilgili karar verme süreçlerine katılımı**
- ➔ **Sağlık hizmetlerinin tüm sosyal grupları kapsamı (eşitlik)**
- ➔ **Sağlık alanında sektörler arası bağlantılar.**

Ne gariptir ki *Düşük maliyetli iyi sağlık* yayınlanana kadar – Kosta Rika ve Sri Lanka dahil – incelenen coğrafyalardan birkaçı yayınlanan ciltte övgüyle bahsedilen toplum sağlığı başarılarını tehdit eden küresel ekonomik ve siyasi değişimlerden etkilenmekteydiler (bkz. aşağıda). Sonraki on yıllar, bu ülkeleri toplum sağlığının ve sağlıkta eşitliğin iyileştirilmesinde iyi örnekler haline getirmiş olan politikalarından bazılarının dış şoklara ve ülke içindeki siyasi dalgalanmalara karşı ne kadar zayıf olduğunu ortaya çıkarmıştır.

DMİS mesajı gelişmekte olan ülkelerde sağlık alanında çalışan politika yapımcılar için cesaret verici olduğu kadar son derece zorluydu⁴¹. Çalışma, bir taraftan görece düşük kişi başı GSYH’ye sahip ülkelerde etkileyici sağlık kazanımları elde edebilmenin mümkün olduğunu doğrulamıştı.

Ancak diğer taraftan DMİS ülkelerinin başarısını mümkün kıldığı düşünülen kolaylaştırıcı sosyal ve siyasi koşullar yukarıdaki listede de önerildiği üzere gelişmekte olan ülkelerin çoğunun yerine getiremediği ve belki de yerine getiremediği koşulların ta kendisiydi. Bu ülkelerin pek çoğunda sağlığın sosyal bir hedef olmasına yönelik eskiye dayanan bir taahhüt, demokratik toplumsal katılım ve adil bir sağlık hizmeti kapsamı (veya bu yönde çabalamaya yönelik ciddi siyasi irade) yoktu. Çok az ülkenin kalkınma politikası gerçekten sosyal refahın yaygın olarak paylaşılmasına odaklı olarak tarif edilmekteydi.

Bu nedenle Rosenfield tarafından DMİS ülkelerinde ortak olarak bulunan ve onların başarısını açıklayan beş sosyal ve siyasi faktörden sonuncusu görünüşe göre gelişmekte olan ülkelerdeki politika yapıcılar için en ulaşılabilir olanıydı: sağlık belirleyicileri hakkında harekete geçmeye yönelik sektörler arası bağlantılar. Dolayısıyla SSH'ye yönelik resmi taahhüt 1980'lerde birçok ülkenin resmi sağlık politikası çerçevesinde yer almıştır. Bununla birlikte SSH'nin ulus çapında uygulanmasına ilişkin fiili sonuçlar zayıftı. Aslında Alma-Ata Bildirgesi'nde, DSA'nın teknik oturumlarında, sağlığın geliştirilmesi hareketinde ve *Düşük maliyetli iyi sağlıkta* sektörler arası harekete atfedilen öneme rağmen SSH, genel olarak sosyal ve çevresel sağlık belirleyicilerini ele almada Herkes İçin Sağlık ile ilişkili stratejilerin uygulamadaki en zayıf halkası olmuştur⁴².

Peki neden? Kısmen de olsa nedeni tam olarak birçok ülkenin SSH'yi hayata geçirmeye çalışırken yukarıdaki listede belirtilen diğer bağlantılı sosyal ve siyasi faktörleri dışarıda tutmasıydı. Halbuki bunlar önemli ölçüde birbirine bağlı ve karşılıklı olarak birbirini destekleyen yardımcı faktörlerdir. Dolayısıyla SSH'deki başarı ihtimali diğer destek ayaklarının gücüne bağlıdır: kolektif bir sosyal ve siyasi hedef olarak sağlığın geniş çapta taahhüt edilmesi, iktisadi kalkınma politikalarının sosyal refahı teşvik edecek şekilde şekillendirilmesi, toplumun güçlendirilmesi ve katılımı ve sağlık hizmetlerinin herkesi eşit olarak kapsamı. Bu hedeflerin ciddi şekilde gözetilmediği her yerde SSH de güç kaybetmiştir.

Daha sonra araştırmacılar Alma-Ata ve DMİS yolunda bazı ülkelerde SSH'nin "yükselişe geçememesinin" nedenlerini belirlediler. Problemlerden biri kanıt ve ölçümle ilgiliydi. Diğer sektörlerdeki karar vericilerin şikayet ettiği konu sağlık uzmanlarının çoğu zaman barınma, ulaşım, eğitim, gıda politikası veya sanayi

politikası gibi sağlık dışı sektörlerle ait faaliyetlere atfedilebilecek somut sağlık etkileri hakkında kantitatif veri sunamamış olmasıydı⁴². Daha detaylı bakılacak olursa somut vakalara ilişkin veri sunamamanın ötesinde sosyal koşulların ve süreçlerin nasıl ölçüleceği bunların sağlık etkilerinin doğru bir şekilde nasıl değerlendirileceği hakkında büyük bir metodolojik belirsizlik hakimdi. Gerek söz konusu süreçlerin kendisinde var olan karmaşıklık gerekse sosyal politikaların uygulanmaya başlamasından toplum sağlığı üzerindeki etkilerini göstermesine kadar geçen sürenin uzaması bu sorunu daha da anlaşılması zor hale getirmiştir. Ölçme uzmanları, doğası gereği kontrollü klinik çalışmaların koşullarını tahmin etmenin mümkün olmadığı sosyal bağlamlarda değerlendirme ve yoruma ilişkin metodolojik zorluklar konusunda net bir çözüme ulaşmamıştır.

1980'ler boyunca SSH, hükümet yapılarına ve sektörler arası yaklaşımlara adapte edilememiş bütçe süreçlerine de göğüs germiştir. Bir çalışmada şu zorluklar tespit edilmiştir:

- ➔ Devlet sektörleri arasındaki dikey sınırlar
- ➔ Entegre programların sektöre özel bütçelere, sektörlerin bağışçılara doğrudan ulaşmasına ve sektörlerin fonksiyonel özerkliğine yönelik bir tehdit olarak görülmesi
- ➔ Pek çok hükümette sağlık ve çevre sektörlerinin zayıf konumu
- ➔ Sektörler arası harekete ve entegre girişimlere yönelik ekonomik teşviklerin yok denecek kadar az olması
- ➔ Hükümetin önceliklerinin çoğu kez akılcı analizlerden ziyade siyasi menfaatlerle belirlenmesi⁴³.

Ancak ispattaki belirsizlikler ve hükümetler arası dinamikler problemin yalnızca bir kısmıydı. Küresel sağlık ve kalkınma politikası alanında daha yaygın olan trendler sektörler arası sağlık politikalarını hayata geçirme çabalarının raydan çıkmasına hizmet etmiştir. Yardım kuruluşlarının, uluslararası sağlık otoritelerinin ve ana odak noktası sektörler arası SSB hareketi olan büyük Alma-Ata birinci basamak sağlık vizyonunu paylaşan ülkelerin çoğunun daha dar çerçeveli "selektif birinci basamak sağlık" modeline doğru hızla yön değiştirmesi belirleyici faktör olmuştur.

2.6 Selektif birinci basamak sağlık hizmetlerinin yükselişi

BBSH'nin tam anlamıyla uygulanmasının potansiyel maliyetleri ve siyasi yansımaları bazı siyasi destek grupları/seçmenler için eskiden beri alarm verici olmuştur. Bu nedenle Alma-Ata konferansının ardından vakit kaybetmeden selektif (kapsamı daraltılmış) birinci basamak sağlık hizmetleri fikri ortaya atılmıştır. Selektif BBSH daha pragmatik, finansal olarak makul ve siyasi anlamda tehditkâr olmayan bir alternatiftir^{14,44}.

Selektif BBSH'yi savunan taraflar, sağlık sistemlerini her yönüyle güçlendirmeye veya toplumsal ve politik güç ilişkilerini dönüştürmeye çalışmak yerine (takdiri hak edecek olsa da uzun vadeli bir hedef) en azından kısa vadede bir ülke veya bölgeye özgü mortalite ve morbidite sebepleriyle mücadele etmeye yönelik az sayıda maliyet etkin girişimlere yoğunlaşmayı önermişlerdir. Aslında selektif BBSH, ilk BBSH vizyonunun sosyal ve politik boyutlarını ortadan kaldırmıştır. Selektif BBSH kuramcıları bunu acilen hayata geçirilmesi gereken “geçici” bir strateji olarak sunmuş ve bu esnada ülkelerin daha kapsamlı bir BBSH için gerekli olan daha büyük kaynakları ve siyasi kararlılığı seferber etmek için çalışabileceğini savunmuştur⁴⁴. Ancak birçok yerde söz konusu geçici model uzun vadeli bir hedefe dönüşerek kapsamlı BBSH modelini ciddi şekilde engellemiştir.

Selektif BBSH en başta, birkaç basit girişimle hastalıkların ve prematüre ölümlerin belirgin biçimde azaltılabileceği alanlar olarak görülen anne ve çocuk sağlığına odaklanmıştır. Selektif BBT'nin en bilinen örneği çocuk ölümlerinin azaltılmasına yönelik “GOBI” (gelişimin izlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi, emzirme ve bağışıklama) stratejisidir. Bunu savunanlara göre, sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine yönelik ister istemez uzun zaman alan süreçlerin tamamlanmasını (veya daha ziyade yapısal sosyal değişimi) beklemeye gerek yoktu. GOBI'nin gelişmekte olan ülkelerde yaygınlaştırılmasıyla çocuk ölümlerinin azaltılmasında hızla ilerleme sağlanabilirdi. Dört GOBI girişiminin de “takibi ve değerlendirmesi kolay gibi görünüyordu. Dahası bunlar ölçülebilirdi ve net hedefleri vardı”. Bu modelin hızlı sonuç almak isteyen siyasi liderler kadar potansiyel finansörleri de cezbedeceği öngörülmüştü. Çünkü, “hem başarı göstergeleri hem de mali karşılıklar kapsamlı BBSH modelindeki karmaşık sosyal süreçlere kıyasla daha hızlı üretilebilirdi”¹⁶.

GOBI stratejisi, 1980'lerde UNICEF tarafından teşvik edilen “çocuk sağkalım devriminin” odağı haline gelmiştir⁴⁵. Eski Direktör Henry Tabouisse zamanında UNICEF Alma-Ata konferansına eş sponsor olmuş ve başlangıçtaki BBSH stratejisinin ön hazırlık çalışmalarının çoğunu desteklemiştir. 1979'da (Alma-Ata'yı takip eden yıl) Jim Grant'ın başkanlığa gelmesi UNICEF'in felsefesinde kökten bir değişime işaret etmiştir. Tıpkı Halfdan Mahler gibi Grant da karizmatik bir liderdi. Mahler'in uluslararası örgütlerin sosyal adalet adına ahlaki liderlik misyonu taşıdığına ikna olmuş olmasına karşın Grant, uluslararası kuruluşların Ütopik vizyonlara boyun eğmek yerine mevcut politik kısıtlar dahilinde çalışarak “sınırlı kaynak ve kısa ömürlü siyasi fırsatlarla elinden gelenin en iyisini yapmak zorunda olduğuna” inanmıştır. Bu, uygulanması mümkün ancak dar kapsamlı girişimler uğruna büyük sosyal dönüşüm hedefinden feragat etmek anlamına gelmekteydi¹⁶. Söz konusu dar odaklı pragmatik yaklaşım GOBI stratejini şekillendirmiştir.

GOBI pek çok ortamda çocuk mortalitesini azaltmada etkili olduğunu kanıtlamıştır. Bununla birlikte, özellikle de sosyal ve çevresel sağlık belirleyicilerine yönelik sektörler arası hareket anlamında en baştaki Alma-Ata vizyonundan belirgin bir geri adım teşkil etmiştir. İlk GOBI girişimlerine sonradan kâğıt üzerinde çok sektörlü karakteri daha çok yansıtan eklemeler (aile planlaması, kadınların eğitimi ve gıda takviyesi) yapılmış olsa da bu fikirler pek çok yerde göz ardı edilmiştir. Aslında fiili uygulamada GOBI stratejisi, kısaltmada ima edilenden daha da dar kapsamlıydı. Çünkü çoğu ülkede çocuk sağkalım kampanyaları ağızdan sıvı tedavisi ve bağışıklama ile sınırlandırılmıştı¹⁴. Girişimlerin başta doğurganlık yaşındaki kadınları ve 5 yaşından küçük çocukları hedefleyecek şekilde sınırlandırılarak seçilmesi “sağlık istatistiklerini iyileştirmek için yapılmış olsa da bu durum, Alma-Ata'nın sosyal eşitlik ve sağlık sistemlerinin geliştirilmesi yönündeki odağının terk edilmesine neden olmuştur”³⁸.

Herkes İçin Sağlık çabasının akıbeti ve kapsamlıdan selektif olan BBSH'ye geçişin getirdiği sonuçlar hatırı sayılır ve çoğu kez de tartışmalı bir literatür ortaya çıkarmıştır^{14,46,47,48,49}. Yakın zamanda Magnussen ve arkadaşları da dahil olmak üzere selektif BBSH'yi eleştirenlere göre; “selektif yaklaşım daha geniş çerçeveli kalkınma bağlamını ve ülkelerin adil olarak kalkınmasında yeri olan değerleri görmezden gelmektedir. Bu yaklaşım sağlığı hastalıktan arı olma durumundan daha öte olarak ele almadığı gibi haysiyeti de içine alan

bir iyilik hali ve toplumun işleyen bir bireyi olma ehliyetini kapsayan bir durum olarak da görmez. Kalkınma bağlamının eksikliğiyle bağlantılı olarak selektif model teknoloji temelli tıbbi girişimlerin alıcıları için sosyal eşitlik ve sosyal adalet rolünü kabul etmez³⁸. Cueto, eleştirileri şöyle özetler: SBBSH, sağlığın temelinde yatan sosyal belirleyicilerden uzaklaşmış, kalkınma bağlamını ve onun politik karmaşıklığını görmezden gelmiş ve dikey programları andıran “teknoloji merkezli olmaktan öteye gidememiş” bir stratejidir¹⁶.

Diğer taraftan selektif yaklaşımı savunanlara göre, kimsenin itiraz edemeyeceği manevi bir dille süslenmiş olsa da kapsamlı BBSH ve Alma-Ata vizyonu başından beri teknik açıdan belirsiz ve finansal olarak gerçek dışı olduğu için uygulanabilir değildir. “Birinci basamak sağlık” teriminin birden fazla anlama gelmesi onun gücüne gölge düşürmüştür. Cueto’nun gözlemine göre; “Daha radikal biçimiyle BBSH, sosyal bir devrimin tamamlayıcısıdır. Bazıları için bu olumsuzdur ve DSÖ’nün teknik bir örgütten siyasileştirilmiş bir örgüte dönüştürülmesinin suçlusu Mahler’dir”. Başkalarına göre, Mahler “gelişmekte olan ülkelerin muhafazakâr bürokrasilerinin değişmesini bekleyecek kadar naiftir” ve az sayıda aydın uzmanın ve tabandan tepeye toplum sağlığı projelerinin kalıcı sosyal değişim gerçekleştirebilme gücünü gözünde büyütüştür. Bu esnada derin politik marjinalleşme ve kırsaldaki yoksulun güçsüz oluşu BBSH savunucuları tarafından yeterince anlaşılmamıştır. Benzer şekilde Alma-Ata vizyonunu destekleyenler “toplulukları” teoride romantikleştirme ve idealleştirme eğilimindedir ve onların gerçekte nasıl bir işleve sahip olduklarıyla ilgilenmez¹⁶.

Bu tartışmaların - Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu da dahil olmak üzere - günümüzde geçerlilik sorularını akla getirecek şekilde 1980’lerin de ötesine ulaşan yansımaları vardır. Tartışmaya açık olmakla birlikte kapsamlı BBSH’nin hem büyük gücü hem de ölümcül zayıflığı, sağlık hizmetleri sunan bir modelden çok daha fazlası olmasından kaynaklanmıştır. Alma-Ata’da sunulduğu üzere BBSH ve Herkes İçin Sağlık, “sosyal adalet ruhunun geliştirilmesi” modeli altında dezavantajlı insanların ve toplumların güçlendirilmesi idealiyle yola çıkan, etki alanı geniş bir sosyal dönüşüm projesi teşkil etmiştir²². İşin ucunda bu değerler varken Herkes İçin Sağlığın anlam ve mirası üzerine coşkulu tartışmaların günümüzde de devam ediyor olması hayret verici değildir. SSBK’nin uğraşmak zorunda olduğu mesele, Mahler ve Grant’i sembolik figür haline getirmiş tartışmanın bir başka versiyonudur. Öyleyse

sosyal adalet gibi aşırı gerilimli kavramlara mı; yoksa eşitlik veya etkililik gibi daha naif (ve daha az tehditkar) kavramlara mı odaklanılmalıdır? Yapılacak seçim sadece dille ilgili değildir; aynı zamanda politik süreçlerle değişik seviyelerde alakadar olmayı ve oldukça farklı eylem önerilerini de gerektirmektedir.

Selektif BBSH’nin 1980’lerin başındaki Alma-Ata vizyonuna bir alternatif olarak doğuşu tesadüf değildi. Aksine, küresel düzeyde siyasi erk ilişkilerinde ve ekonomik doktrinlerde meydana gelen çok daha büyük bir değişimin makul bir yansımasıydı. Bu değişimin sağlık alanında ve özellikle de hükümetlerin sosyal belirleyicileri ele alan sağlık politikalarını şekillendirme gücünde fark edilir sonuçları oldu. Sektörler arası SSB hareketinin (ve bir bütün olarak Alma-Ata vizyonunun) neden başarılı olamadığını tam olarak anlamak için “BBSH ve SBBSH” arasındaki çekişmeyi daha geniş bir çerçeveye oturtmalıyız.

2.7 1980’lerde siyasi - ekonomik ortam: neoliberalizm

1980’ler “neoliberalizm” (“liberalleşme” veya piyasaların serbestleşmesi vurgusuyla) veya (asıl destekleyicileri olan ABD hükümetinin, Dünya Bankası’nın ve Uluslararası Para Fonu’nun Washington DC’de bulunuyor olması sebebiyle) “Washington konsensüsü” olarak bilinen ekonomik ve siyasi modelin hakimiyetine tanıklık etmiştir. Neoliberal modelin tarihsel geçmişi ve gelişimi başka bir bölümde ayrıntılı olarak anlatılmıştır^{50,51}. Neoliberal vizyonun esası hükümetlerin müdahalesinden arınmış olan piyasaların “üretim ve dağıtımda kaynakları en iyi ve en verimli şekilde tahsis ettikleri” ve dolayısıyla sağlık dahil olmak üzere kamu yararını ön plana çıkaracak en etkili mekanizmalar oldukları görüşüne dayanmaktaydı (bu görüş günümüzde de geçerlidir)⁵⁰. Devlet kaynaklı süreçler doğası gereği verimsiz, hantal ve inovasyona karşı olduğundan hükümet ekonomiye ve sosyal süreçlere asgari düzeyde dahil olmalıdır. “Neoliberal görüşe göre, refah devleti piyasanın ‘normal’ işleyişine müdahil olur ve dolayısıyla kaynakların boşa harcanması ve sonuçların memnuniyetsizlik yaratması kaçınılmazdır⁵⁰. Mantıksal olarak genel politika hedefi, devlet varlığının verimsizliklere yol açtığı ana alanlarda (buna sağlık da dahildir) devletin rolünü azaltmak olmalıdır. Bunun yerine, peşinde koştukları menfaatler sayesinde ekonomik büyümeyi ve refahı (ki bunlar iyilik halinin herkes için iyileştirilmesinin ana ön koşullarıdır) en hızlı şekilde yaratacak olan piyasa aktörlerine azami serbestlik verilmelidir.

Gelir dağılımının devlet idaresinde yeniden düzenlendiği modellerin hepsinden daha iyi olarak, ekonomik büyümenin getirilerinin toplumun tüm seviyelerinde paylaştırılması için piyasa süreçlerine itimat edilebilir. 1980'lerin ve 90'ların neoliberal ekonomi ortodoksisinin temel varsayımlarından birine göre; ekonomik büyüme hızlı kalkınmanın ve en nihayetinde herkes için daha iyi bir yaşamın püf noktası olduğundan ülkeler yakın zamandaki sosyal sonuçlara neredeyse hiç takılmadan hızlı ve titiz bir şekilde büyümeyi şart koşan politikaları hayata geçirmelidir. Kamu sosyal harcamaları kesintileri gibi büyümeyi arttırıcı politikalar dezavantajlı topluluklar için “kısa dönemli sancıya” yol açsa da bu durum, söz konusu politikaların uygun yatırım ortamı yaratarak ve ekonomik kalkınmayı hızlandırarak üreteceği “uzun vadeli getirilerle” fazlasıyla telafi edilebilir.

1980'ler boyunca neoliberal görüş ABD'de Ronald Reagan, Büyük Britanya'da Margaret Thatcher ve Almanya'da Helmut Kohl gibi liderler tarafından varlıklı ülkelerin içinde başarılı bir şekilde teşvik edilmişti. Uluslararası kalkınma alanında ise neoliberalizm donör hükümetler tarafından iki taraflı programlar aracılığıyla ama daha da önemlisi Dünya Bankası'nın ve Uluslararası Para Fonu'nun faaliyetleri üzerinden dayatılmıştı. 1980'lerin uzayan küresel ekonomik gerilemesi ve bunun gelişmekte olan dünyada yarattığı borç krizi düşük ve orta gelirli birçok ülkeyi ekonomik çöküşün eşiğine getirmişti. Bu olaylar güçlü kuzey devletlerinin ve uluslararası finans kurumlarının (UFK'ler) çok sayıda gelişmekte olan ülkenin ekonomisine doğrudan müdahale edebileceği ortamı sağlamış; bu ülkelerden borçlarını yeniden yapılandırabilmeleri ve yardım almaya devam edebilmeleri için ekonomilerini neoliberal kurallara göre yeniden şekillendirmeleri istenmişti⁵¹.

Neoliberal doktrinler sağlığı iki ana mekanizma üzerinden etkilemişti: (1) 1980'lerin başında birçok düşük ve orta gelirli ülke tarafından üstlenilen sağlık sektörü reformları ve (2) borçların yeniden yapılandırılmasının, yeni kalkınma kredilerine ve başka uluslararası yardım imkanlarına ulaşmanın bir koşulu olarak çok sayıda ülkeye dayatılan daha kapsamlı ekonomik yapısal uyum programları. Neoliberal paradigmanın yayılmasına yönelik bu araçlara özellikle de 1990'ların ortalarından itibaren önem kazanan bir üçüncüsü eklenmişti: 1995 yılında kurulan Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) gibi kuruluşlar tarafından oluşturulmuş uluslararası ticaret anlaşmaları ve kuralları.

1980'lerin ve 90'ların neoliberal sağlık sektörü reformları (SSR) sağlık sistemlerindeki yapısal problemleri ele almayı amaçlamıştı.

Bu problemlerden bazıları sağlık sektörü harcamalarına sınır getirme ve kaynakları daha verimli kullanma ihtiyacı, sistemlerin kötü yönetilmesi, BBSH söylemine rağmen yoksul halkın hizmetlere yeterince ulaşamaması ve birçok ülkede ve bölgede hizmet kalitesinin kötü olmasıydı^{52,53}. Maalesef birçok yerde yapılan reformlar bu problemleri çözmekte başarısız olmuştur. Hatta bazı yerlerde durumu daha da kötüleştirmiştir. Reform taraftarları bu reformların “koşullar gözetilerek” hazırlanması gerektiğini kabul etmiştir. Ancak uygulamada SSR her yerde geçerli olacağı varsayılan sınırlı bir tedbirler listesi ortaya koymuştur⁵³. Bu dönemin sağlık sektörü reformları,

- ➔ Özel sektörün sağlık hizmetlerini finanse etmesini ve sunmasını ve ihaleleri teşvik edecek türden stratejiler yoluyla sağlık sektöründe özel sektörün varlığını artırıyordu.
- ➔ finans, satın alma ve hizmet fonksiyonlarını birbirinden ayırıyordu.
- ➔ (genellikle sorumluluğun devredildiği yerel birimlerde yeterli düzenleyici ve idari mekanizmalar olmadan bile) adem-i merkeziyeti devreye sokuyordu.
- ➔ Ulusal sağlık otoriteleri için öncelikli performans kriteri olarak (eşitliği değil) verimliliği temel alıyordu, fakat uygulamada sağlık sektöründeki insan ve finans kaynaklarını idari verimi engelleyecek kadar azaltıyordu.

SSR tedbirlerinin etkililiği geniş çapta tartışılmışsa da birçok yerde göze çarpan olumsuz etkiler olmuştur. Pek çok ülkede reform sonucunda devletin sağlık alanındaki idari yetkileri zayıflamıştır. Yakın zamanda Latin Amerika'da SSR konulu bir incelemenin vardığı sonuca göre; reformlar en başta resmi olarak belirtilmiş olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması hedeflerini yerine getirememiş, aksine birçok SSR süreci “sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmaksızın eşitsizliğin artmasına, verimin düşmesine ve memnuniyetsizliğin yükselmesine yol açmıştır”⁵⁴. Diğer taraftan, reformlar resmiyette beyan edilmemiş ancak belki de daha önemli hedeflere de hizmet etmiştir. Adem-i merkeziyet sayesinde merkezi yönetimler sağlık sektörü maliyetlerini bölge, eyalet ve il düzeyindeki yerel yönetimlerin “üzerine yıkmış” ve bundan elde ettiği tasarrufları ulusal düzeyde dış borçları kapatmaya devam etmek için kullanmıştır. Özelleştirme Latin Amerika pazarlarına girmeye can atan ABD merkezli sağlık koruma organizasyonları (HMO'lar) ve özel sağlık sigortası şirketleri için karlı fırsatlar yaratmıştır.

Afrika ve Asya'daki süreçler farklı engellerle karşılaşmış olsa da genel olarak benzer memnuniyetsizliklerle sonuçlanmıştır. Gana, Hindistan, Sri Lanka ve Zimbabve'deki SSR süreçlerini detaylı şekilde inceleyen karşılaştırmalı bir çalışmada, reform paketlerinin "gelişmekte olan ülke bağamlarına uygun hazırlanmadığı" ve "[ülkelerin] sağlık sistemleriyle ilgili hakikatten ve daha da genelinde sosyo-politik ortamdan uzak olduğu" ve aynı zamanda "reformların politik uygulanabilirliğinin özellikle de Asya ülkelerinde fazlasıyla tartışmaya açık olduğu" sonucuna varılmıştır⁵⁵. Reform önerilerinin dayanağı pazar dinamiklerinin özünde var olan faydalı etkiler olmuştur. Ancak bu faydaya olan inanç, nispeten zayıf düzenleyici ve idari yetkilere sahip gelişmekte olan ülkelerde kaybedilmiştir.

Gerçekte "mevcut devlet eğer piyasanın parmakla gösterilen verimliliğinden kendinden öncekilerin yan etkilerinden – ki buna hakkaniyet üzerindeki olumsuz etkiler de dahildir – zarar görmeksizin istifade edecekse kendinden öncekilere göre daha güçlü ve yetenekli olmak zorundadır"⁵⁶.

SSR süreçlerini şekillendiren varsayımların aynısı, Afrika, Asya ve Latin Amerika'daki pek çok ülkenin UFK'ların rehberliğinde uyguladığı makroekonomik Yapısal Uyum Programlarında (YUP) "bariz şekilde" görülmüştür. YUP'lar tipik olarak ticaret politikalarının (ithalatla ilgili vergilerin ve diğer kısıtlamaların kaldırılması yoluyla) liberalleşmesini, kamu hizmetlerinin ve devlet teşebbüslerinin özelleştirilmesini, ulusal para biriminin devalüasyonunu ve gıda ve emtianın artık iç pazarda tüketilmek için değil ihraç edilmek için üretilmesini içermektedir^{14,51}.

SSB'nin üzerine gitmek maksadıyla neoliberal ekonomi modellerinin yansımalarını anlamak için Yapısal Uyum Programlarının birçok ülkede sosyal sektör harcamalarını nasıl etkilediğine bakmak gerekir. YUP'ların temel prensiplerinden biri kamu harcamalarının keskin şekilde azaltılmasıydı. Çoğu durumda bu, sosyal sektör bütçelerinde kökten kesintiler yapılması anlamına gelmekteydi. Bu kesintiler, sağlık sektöründeki doğrudan harcamaların yanı sıra eğitim, beslenme programları, su ve sanitasyon, ulaşım, konut ve çeşitli biçimlerdeki sosyal

koruma ve sigorta programları da dahil olmak üzere sağlığın belirleyicilerinde kilit öneme sahip alanları etkilemişti. Kamu sektörü bütçelerinin aniden düşmesiyle sağlığı etkileyen sosyal ve çevresel faktörleri ele alan yeni yatırımlar planlanmadığı gibi mevcut yardımlar da kesilmişti. Örneğin, temel tüketim malları üzerindeki fiyat kontrolleri kalktığında pek çok ülkede gıda sübvansiyonları kesilmiş oldu. Buna ek olarak, birçok YUP kamu sektörü maaşlarında yüksek ve ani kesintiler yapılmasını talep etti. Ani işten çıkarmalar çok sayıda kişiyi hiçbir güvence olmadan ve çoğu durumda da özel sektörde kayıtlı bir iş bulma ihtimali çok zayıf olarak işsizliğe itmişti. Bunun bireyler, aileler ve toplumların bütünü üzerindeki olumsuz sağlık yansımaları belgelenmiştir. Başta Güney Afrika olmak üzere bazı ülkelerde ortaya çıkan sosyal istikrarsızlık ve güvensizlik açığa, silahlı çatışmaların çoğalmasına ve HIV/AIDS'in hızla yayılmasına sebep olmuştu. Bundan en fazla zarar görenler ise yoksullar, kadınlar ve sosyal açıdan dezavantajlı gruplardı⁵⁷.

YUP'ların ve küresel ekonomik zayıflamanın sonucunda 1980'ler boyunca birçok ülkede sosyal sektör harcamaları hızla düşmüş ve bunun savunmasız toplulukların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkileri olmuştu. 1980'lerde dünyanın en yoksul 37 ülkesinde eğitimdeki kamu harcamaları %25; sağlıktaki kamu harcamaları ise %50 düşmüştü⁵⁸. YUP'lar insanların büyük çileler çekmesi pahasına hayata geçirildiğinden bunların resmiyette de var olma nedeni olan ekonomik büyümeyi sağlama konusunda etkileyici sonuçlar doğurmuş olması beklenirdi. Maalesef böyle değildi. Başta Afrika'da olmak üzere YUP'ları hayata geçiren düşük gelirli ülkelerin birçoğu uyumlaştırma sonrasında GSYH büyüme oranlarında veya diğer temel ekonomik göstergelerde ancak yok denecek kadar az bir iyileşme kaydetti. Dolayısıyla programların neden olduğu "kısa dönemli mağduriyet" uluslararası finans kuruluşlarının tahminlerinden çok daha büyükken taahhüt edilen "uzun dönemli getiriler" de çoğu örnekte gerçekleştirilemedi^{14,51}.

2.8 1990'lar ve sonrası: paradigmalar çekişmesi ve değişen güç ilişkileri

2.8.1 Kalkınma ve küreselleşme hakkındaki tartışmalar

Neoliberal ekonominin buyurdukları 1990'lar boyunca geniş çapta uygulanmaya devam etti. Ancak, 2000 yılına yaklaşırken bu modeller gelişmekte olan

ülkelerde ve küresel kuzey içinde sayıları giderek artan uluslararası kuruluşlar ve seçmen gruplar tarafından sorgulanmaya başlandı. YUP'larda var olan ekonomik ortodoksinin başarıları ve başarısızlıkları yoğun bir şekilde tartışıldı. UFK'ların ithamları bu on yıl boyunca çoğaldı^{59,60,61}. Eski Sovyet bloku ülkeleri söz konusu toplumları planlı ekonomiden piyasa sistemine hızla taşımak amacıyla hazırlanmış ekonomik "şok tedavi" programlarının sosyal ve sağlık etkilerini kayıt altına almaya başladığında eleştiriler daha da alevlendi^{62,63}. 1990'lar boyunca patlak veren çok sayıda yerel ve bölgesel ekonomik kriz, yeni ekonomik düzenin istikrarsızlığını ve yoksul ve dışlanmış halkın küresel aktörlerin engellemekte başarısız veya isteksiz olduğu ekonomik dalgalanmalara karşı savunmasızlığını ortaya koydu. Bunun neticesindeki eleştiriler giderek büyüyen sosyal ve politik protesto hareketini besledi. 1999 yılında ABD'nin Seattle şehrindeki Dünya Ticaret Örgütü toplantısının on binlerce gösterici tarafından kesilmesi uluslararası basında yankı buldu. Bu, kitlesel sokak protestolarının G-8 gibi forumların yanı sıra uluslararası finans ve ticaret kuruluşlarının önemli toplantılarının çoğuna eşlik ettiği bir dönemin de başlangıcı oldu.

Bu çekişmelerin merkezindeki kavram "küreselleşme" idi. Protestocular ve eleştirmenler ulusötesi şirketlerin ve dalgalı "sıcak para" akışının hâkim olduğu bir küresel ekonomik düzen tehdidini dile getirmeye başladılar. Sıcak para akışının kararsız seyri gerek ulusal ekonomiler gerekse yoksul ve savunmasız toplumların refahı üzerinde yıkıcı etkilere yol açabilirdi. Diğer yorumcular ise ilerleyen ekonomik ve teknolojik entegrasyonun faydalarını vurgulamakta ve liberalleşmiş küresel ekonominin yarattığı dinamizmin yüz milyonlarca insanı yoksulluğun, açlığın ve umutsuzluğun pençesinden kurtarmanın yolu olduğunu savunmaktaydı. Küreselleşmenin ne olduğu veya ne olması gerektiği ile ilgili rakip görüşler basında, bilimsel yayınlarda, uluslararası forumlarda ve politika yapımcıların tartışmalarında çarpıştı^{64,65,66}.

Birçok tartışmanın öncelikli hedefi olan uluslararası kuruluşlar da değişimin tam ortasındaydı. Eşi benzeri görülmemiş bir entelektüel eleştiri dalgasıyla ve halkın öfkesiyle sarsılan Bretton Woods kurumları ve G-8 gibi teşekküller kendi misyonlarını yeniden gözden geçirmeye veya en azından söylemlerini değiştirmeye başladılar. Çok sayıda gelişmekte olan ülkeyi vurmuş olan borç problemi ile daha

etkili mücadele etmek için Dünya Bankası ve IMF, 1996 yılında Ağır Borç Yükü Altındaki Yoksul Ülkeler (HIPC) girişimini başlattılar ve bunu "gelişmiş seviye" HIPC programı ile devam ettirdiler. HIPC programları (çoğu Afrika'da bulunan) 40'ın üzerinde en yoksul ülkeye titizlikle hazırlanmış borç yardımı seçenekleri sundu ve buradan elde edilen kazançların büyük bir kısmı sağlık ve eğitim gibi temel sosyal harcamalara yatırılabilirdi. Yoksulluğu azaltma çabalarını daha da ileri taşımak için Dünya Bankası ile IMF'nin 1999 yılının Aralık ayında çıkardığı Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Belgeleri (YASB), "düşük gelirli ülkelerde yoksulluğun azaltılmasıyla mücadelede ülkelerin kalkınma yardımı çerçevesine hizmet etmesi beklenen ve ülkelerin kendisine ait yoksulluk azaltma stratejilerini temel alan yeni bir yaklaşım" olmuştur⁶⁷. YASB modelinin değeri tartışılmaya devam etmektedir. Ancak mevcut bilgiler YASB'ların sağlıklı⁶⁸ ilgili kilit meseleleri ihmal etme eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. DSÖ'nün 2002 tarihli bir raporu da YASB sürecinin sağlıkta ve eğitimde harcama taahhütlerini belirgin bir biçimde arttırdığını gösteren bir kanıt ortaya koymamıştır⁶⁹. Yüksek borç yükü altındaki yoksul ülkelerin 23 tanesine ait geçici YASB'lerinin (gYASB) incelendiği 2003 tarihli bir çalışmada ise uygun sağlık politikalarının yoksulluğu azaltma stratejilerine entegre edilmesi için yapılması gereken çok şey olduğu sonucuna varılmıştır⁷⁰. İncelenen gYASB'ların çoğunda ülkelere özgü hastalık dağılımı verisinin bulunmaması, hastalık yükünün kompozisyonu, hakim süren sağlık sisteminin kısıtları ve sağlık sistemlerinin etkisi dikkat çekmiştir. Dahası dokümanite edilmiş gYASB'lardan sadece pek azı yoksulların çıkarlarının sağlık politikasında açıkça gözetilmesi için uğraşmıştır. Belgelerin çoğu esasında açıkça yoksul kesim yanlısı bir yaklaşım sergilememiştir. Halk sağlığı harcamalarındaki dağılımın yoksulların ihtiyaçlarına daha çok cevap verecek şekilde yapılmasına yönelik özen bile çok daha sınırlı kalmıştır.

2.8.2 DSÖ'den gelen karışık sinyaller

Seksenlerin sonunda ve doksanların başında DSÖ otoritesi zayıflamış; küresel sağlıktaki fiili liderlik DSÖ'den Dünya Bankası'na geçmişti. Bu, kısmen Dünya Bankası'nın çok daha büyük finans kaynaklarına sahip olmasının bir sonucuydu. 1990 yılına gelindiğinde Dünya Bankası'nın topluma ve sağlık sektörüne sunduğu kredinin miktarı DSÖ'nün toplam bütçesinin üzerindeydi⁷¹.

Bu geçiş aynı zamanda Dünya Bankası'nın özenle hazırladığı kapsamlı bir sağlık politikası çerçevesinin bir yansımasıydı. Söz konusu çerçeve muhalifler için bile uluslararası çaptaki tartışmaların şartlarını belirlemeye devam etmiştir. Pek çok açıdan eleştiriye açık olsa da 1993 tarihli Dünya Kalkınma Raporu *Sağlığa Yatırım* belgesinde sunulduğu haliyle Dünya Bankası'nın sağlık politikası modeli entelektüel açıdan güçlü olduğunu göstermiş ve hüküm süren ekonomik ve politik ortodoksi ile uyumlu olmuştur⁷².

Kaybettiğı nüfuza rağmen DSÖ'nün bu dönemde sürdürdüğü faaliyetler karmaşık bir tablo çizmektedir. DSÖ içindeki veya örgütle bağlantılı birçok grup önemli ve ileri görüşlü çalışmalar üstlenmiştir. Bazıları sosyal ve çevresel belirleyicilere önemli yer ayırmıştır. Örneğin, belirli bölgelerde ama en çok da Avrupada sağlıkta eşitlik mücadelesini ve sağlığı destekleyen sosyal unsurları ele alan çalışmalar Herkes İçin Sağlık idealinden kopmamış bir biçimde devam etmiştir. Temelleri Cenevre genel merkezinde atılmış olan DSÖ Hakkaniyet Girişimi (1995-98), sağlıkta hakkaniyetin en başta insanların toplum hiyerarşisindeki pozisyonlarıyla ve dolayısıyla sosyal, ekonomik ve politik gücün derecesiyle alakalı olduğu fikrini netleştirmişti^{73,74}. Girişimin ivmesi kaliteli entelektüel ürünlere rağmen kişilik çatışmaları ve siyasi kavgalar sebebiyle kırılmış ve girişim 1998 yılında askıya alınmıştı.

1994 – 1997 yılları arasında DSÖ, Brandford Tait başkanlığında ve halk sağlığı liderlerinin yanı sıra ileri gelen diğer politika yapımcıların da dahil olduğu Kalkınmada Sağlık Görev Gücü'ne sponsor olmuştur. Görev Gücü dünyadaki kalkınma politikalarını ve bunların sağlık üzerindeki yansımalarını inceleyerek sosyal koşulların sağlık üzerindeki etkisini vurgulamış ve savunmasız halklardaki sağlık etkisinin iktisadi kalkınmaya yönelik politika seçeneklerini şekillendirmede merkezi bir kriter olması gerektiğini savunmuştur. Kalkınmada Sağlık Görev Gücü, birçok dokümanın yanı sıra 1995 yılında Kopenhag'da gerçekleşen Dünya Sosyal Kalkınma Zirvesi için bir DSÖ Görüş Bildirisi hazırlamıştır. Bu doküman “ekonomik sistemin küreselleşmesinin” temel niteliğı olan “özelleştirmeye ve pazar ekonomilerine yönelik trendleri” sorgulamıştır. Ekonomik büyümeyi teşvik edecek gayretler “kalkınmanın getireceğı faydaların daha hakkaniyetli bir biçimde paylaşılması ile desteklenmelidir, çünkü eşitsizliklerin sağlık üzerinde ciddi sonuçları vardır”. Ayrıca yoksulluk, işsizlik, cinsiyet ayrımcılığı ve toplumsal dışlanma gibi etmenlerle mücadele edebilmek için sağlık

meselelerini “ele almada en etkili yolun sektörler arası işbirliğinden geçtiğı” vurgulanmıştır⁷⁵. Ne yazık ki, icraatta Görev Gücü savunduğı görüşlerin ortaya koyduğu ahlaki güç ile aynı oranda tesirli olamamıştır. Kıymetli tavsiyeler önermesine rağmen gruba bunları uygulayacak ve takip edecek mekanizmalar sunulmamıştır. Görev Gücü'nün ulusal politikalar oluşturma konusundaki tavsiyesini hayata geçirmek ve sonuçlarını ölçmek için pilot veya partner ülke bulmaya yönelik sistematik bir çaba yoktu. DSÖ'nün kendi içinde Görev Gücü'nün tespitlerini eyleme dökmeyi öngören hiçbir yapı yoktu ve bu dersler örgütün ne ülke düzeyindeki çalışmalarında ne de Üye Devletlerle olan diyalogunda ölçülebilir bir tesir yaratabildi.

DSÖ'nün 1990'ların ortalarında gösterdiği önemli çabalardan biri *21'inci Yüzyılda Herkes İçin Sağlık* bayrağı altında Herkes İçin Sağlık stratejisinin yeniden yorumlanması ve canlandırılmasıydı⁷⁶. HİS'i canlandırmak için sektörler arası hareketin halk sağlığı stratejisinde kilit bir bileşen olarak yaygınlaştırılması yeniden denenecekti. Böylece 1986'da dönüm noktası olarak kabul edilen DSA sektörler arası sağlık hareketi teknik istişaresinden on yıl sonra DSÖ yeni bir SSH girişim başlatmıştı. Bu girişim ulusal ve küresel çaptaki SSH deneyimleri hakkında hatırı sayılır bilimsel makaleler ve araştırmalar üretilmesini sağlamış ve 1997 yılında Kanada'nın Yeni İskoçya eyaletinin Halifax şehrinde gerçekleştirilen uluslararası bir konferansa kadar uzanmıştır. SSH girişiminin varlığı, sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerinin zaten unutulmamış olan önemini ve ülkelerin bunları ele alırken yaşamaya devam ettiği zorlukları ispat etmiştir⁷⁷.

Gro Harlem Brundtland'in 1998'de Genel Direktör olması DSÖ'nün kurum gündemini belirgin şekilde değiştirdi. Brundtland'in öncelikleri arasında yeni bir sıtma programı (Roll Back Malaria), küresel tütünle mücadele kampanyası ve sağlık sistemlerinin yeniden değerlendirilmesi vardı. Brundtland DSÖ'nün uluslararası kalkınma tartışmalarında lekenmiş itibarını büyük ölçüde temizlemiş olmasıyla bilinmektedir. Ancak bu yenilenmenin bir bedeli vardı ve yapılan fedakarlıklar örgütün SSB hareketini teşvik etme kapasitesi için önemli olan alanları etkilemişti. Örneğin, *21'inci Yüzyılda Herkes İçin Sağlık* emellerinde aniden küçülme oldu. Sağlık ve kalkınma alanında Brundtland'in altına imza attığı gelişme, Jeffrey Sachs'in başkanlık ettiği Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nun (MSK) yoksul halklardaki hastalıkların küresel ekonomiye bedelini rakamlara dökmesi politika yapımcıların dikkatini çekti.

Düşük ve orta gelirli ülkelerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ile yaratılabilecek ekonomik getiriye dolar üzerinden hesaplayan MSK, sağlığın bir kalkınma konusu olarak ön planda tutulmasını temin etmiştir. Maliyet etkinlik dilini benimsemesi ve sağlığa yatırım geri dönüşü penceresinden bakması MSK'nin önceki DSÖ programlarına – ki bunlar etik değerleri tartışmış ve “sağlık hizmetlerinde cesaretli olma” çağrısı yapmış programlardı – kıyasla daha ayakları yere basan, pragmatik ve gerçekçi algılanmasını sağlamış olabildi⁷⁸.

2.8.3 Ülkelerde SSB yaklaşımları

1990'lar boyunca ve 2000'lerin başında birçok ülke sağlığın sosyal belirleyicilerini ele almada önemli aşamalar kaydetmişti.

Sağlıkta sosyal belirleyicilere bakılarak kararlaştırılmış eşitsizliklerin tespitine ve ele alınmasına yönelik günümüze ait çalışmaların kökeni doğrudan Kanada'nın Lalonde Raporu'na⁷⁹ (1974) ve İngiltere'nin Black Raporu'na (1980) uzanmaktadır⁸⁰. Başbakan Margaret Thatcher'ın Muhafazakâr Partisinin iktidar olduğu o dönemde Black çalışmasının İngiltere'de anında yarattığı bir politik etki olmadı. Margaret Thatcher yönetimi Black Raporu'ndaki tavsiyeleri ütopyik bularak ciddiye almadı. Ancak bilim camiasında rapora yoğun bir ilgi vardı. Rapor Hollanda, İspanya ve İsveç gibi ülkelerde sağlık alanındaki eşitsizlikleri ulusal çapta karşılaştırmalı olarak inceleyen birçok çalışmaya ilham oldu. Pek çok ülkede halk sağlığı uzmanları ve siyasi liderler bu çalışmalarda su yüzüne çıkan sorunları ele alacak politika seçenekleri aramaya başladılar. Ancak bunların hayata geçirilmesi – örneğin İspanya'da – siyasi güç dengelerinin değişmesinden etkilendi. Bu esnada özellikle de Sör Michael Marmot'un yönettiği ve İngiltere'deki kamu çalışanlarının sağlık çıktılarını karşılaştırmalı olarak inceleyen Whitehall çalışmalarından elde edilen veri sayesinde toplumsal derecelerin/yokuşun sağlık üzerindeki yaygın etkisi daha da netleşti^{81,82}. Kanada'da doksanlı yılların başında Kanada İleri Araştırmalar Enstitüsü (CIAR) tarafından finanse edilen disiplinler arası bir araştırma, halk sağlığı ile fen ve sosyal bilimler alanından uzmanları “toplumların sağlığındaki belirleyicileri” birlikte keşfetmeleri için bir araya getirmiştir. Amaç yalnızca bilimsel birikimleri desteklemek değil; aynı zamanda “Demokratik ulusların sağlık düzeyi nasıl yükseltilebilir?” sorusuna yanıt veren etkili politika seçenekleri tespit etmektir. Grubun sunduğu başlıca bulgular ve tavsiyeler 1994 yılında *Neden bazı kişiler sağlıklıyken diğerleri değil?* başlığı ile yayınlandı ve Kanadave ötesindeki tartışmaları etkiledi⁸³.

Özel bir terim olarak “sağlığın sosyal belirleyicileri” 1990'ların ortalarından itibaren giderek yaygınlaştı. Tarlov (1996) bu terimi sistematik bir biçimde kullanan ilk kişilerden biriydi. Tarlov sağlığın belirleyicileri için dört kategori belirledi: genetik ve biyolojik faktörler, tıbbi bakım hizmetleri, sağlıkla ilgili bireysel davranışlar ve “yaşam alanının sosyal koşulları”. Tarlov bunlar arasında baskın olan kategorinin “sosyal koşullar” olduğunu savunmuştur⁶. Çok sayıda önemli yayın sayesinde bu terimin kullanımı yaygınlaştı⁸⁴. Araştırmacılar, bir taraftan sosyal koşulların ve süreçlerin bireysel hastalık deneyimlerine nasıl dönüştüğünü incelediler. Diğer taraftan ise toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerin tek başına toplumun tüm bireyleri adına sağlık düzeyini belirleyip belirleyemeyeceği hakkındaki tartışmalı durumu araştırdılar. Yani, herhangi bir milli gelir seviyesinde daha eşitlikçi olan toplumların tüm sosyoekonomik statüler dahilinde daha az eşitlikçi toplumlara göre daha sağlıklı olması beklenebilir miydi?^{85,86}. SSB hakkında beliren gerçeklerin kamu politikasında potansiyel ve geniş çapta yansımaları olacağına dair düşüncelerin ardı arkası kesilmeyince konuyla alakalı bilimsel bulguların siyasetlerin ve vatandaşların da faydalanabileceği bir dile çevrilmesi çalışmaları başladı⁸⁷.

İlerlemelerin en hızlısı birkaç Batı Avrupa ülkesinde oldu. Buralarda 1990'ların sonunda ve 2000'lerin başında sağlıktaki eşitsizliklerle mücadele etmek ve SSB'leri ele almak amacıyla sistematik politika hareketi hız kazandı⁸⁸. Bunun sonucunda İsveç başta olmak üzere bazı yerlerde halk sağlığı, yönünü kökten bir şekilde toplumsal yaklaşıma doğru çevirdi. Sağlıkta eşitlik konusuna duyarlı olan İşçi Partisi'nin 1997 yılında İngiltere'de iktidara gelmesiyle yaratılan araştırma ve politika inovasyonu dalgası ülkeyi SSB ve sağlıktaki eşitsizliklerle mücadele konusunda öne geçirdi. Avrupa dışında Avustralya, Kanada ve Yeni Zelanda sağlığın sosyal boyutları ile ilgili araştırma ve politika eylemine önderlik ettiler. Ancak, SSB yaklaşımı ile daha pazar temelli ve kişiselleştirilmiş sağlık ve sağlık hizmeti modellerinden beslenen stratejiler arasında gerilimler su yüzüne çıktı^{89,90}. Bu arada kamu politikası aracılığıyla SSB'yi başarılı bir şekilde ele alabilen çabalar yüksek gelirli ülkelerle sınırlı kalmadı. 1990'larda, gelişmekte olan ülkelerin birkaçında da hastalıkların sosyal kökenlerini ele almada gelecek vadeden politika ve programlar uygulanmaya başlandı.

Bu zincir üzerinde politikaların müdahale edebileceği dört ana nokta bulunur:

- ➔ **Toplumsal sınıfları azaltmaya çalışmak. Yani, “farklı sosyoekonomik statülere ait güç, prestij, gelir ve refah eşitsizliklerini azaltmak”⁹²**
- ➔ **Dezavantajlı konumdaki insanların hastalık yapıcı faktörlere maruz kalmasını azaltmaya çalışmak**
- ➔ **Dezavantajlı insanların karşı karşıya kaldığı hastalık yapıcı faktörlere karşı zafiyetini azaltmanın yollarını aramak**
- ➔ **Sağlık hizmetleri yoluyla hastalıkların eşit olmayan sonuçlarını azaltmak ve hastalıkların dezavantajlı insanların sosyoekonomik durumunu daha da kötüleştirmesini engellemek.**

Uygulanan yaklaşımlar, karşılaşılan engeller ve bunlara yönelik çözüm önerileri ve sosyal belirleyiciler etrafında büyümeye başlamış hareket hakkında fikir vermek adına sonraki bölümde 1990’lardan itibaren birkaç ülkede yaşanmış olan gelişmeleri ele alacağız.

Ulusal SSB programlarını ve politikalarını araştırmak ve karşılaştırmak için aralarındaki benzerlikleri ve farklılıkları ortaya çıkaracak şekilde bunları tutarlı bir şekilde gruplandırabilmeyi sağlayan bir tipolojiye gerek vardır. Birazdan sunulacak çerçeve bu amaçla geliştirilmiştir. Diderichsen, Evans ve Whitehead (2001)⁹¹, Mackenbach ve ark. (2002)⁹² ve diğerlerinin çalışmalarını temel alarak geliştirilmiş olan bu çerçeve SSB politikalarını girdi noktalarına göre (yani hastalığın/sağlığın sosyal üretim sürecinin hangi aşamasında müdahale edeceğine göre) sınıflandırır. Bu stratejiler arasındaki ilişkileri görselleştirmek için bağlantılı mekanizmalardan oluşan bir “sosyal üretim zinciri” görseli kullanmak faydalıdır. Öyle ki, bu mekanizmalar ağı aşağıda sosyal sınıflardan başlayıp yukarıya doğru sağlık sonuçlarının haksız dağılımını göstermeli ve tekrar düşük sağlık düzeyinden geriye doğru insanların sahip olduğu sosyoekonomik statü ve imkanları resmetmelidir.

İlk girdi noktası, gelirin toplumda yeniden dağıtılmasına yönelik tedbirler aracılığıyla sosyoekonomik hiyerarşiyi değiştirmeyi amaçlayan programlardır.

İkinci ve üçüncü girdi noktaları, dezavantajlı grupları kendi sosyal statülerinden kaynaklanan olumsuz sağlık çıktılarına karşı korumayı amaçlayan daha mütevazı ara stratejilerdir. Örneğin, çalışma koşullarının iyileştirilmesi veya düşük gelirli gruplarda tütün kullanımının azaltılması. Dördüncü girdi noktası ise somut ve amaca uygun tıbbi tedavi stratejilerine işaret etmektedir. Bu stratejiler toplumsal dayatmalar nedeniyle sağlığı bozulmuş savunmasız insanların iyileştirilmesini ve hastalıkların zaten yoksun durumdaki bu kişilerin sosyoekonomik durumlarını daha da kötüleştirmesini önlemeyi amaçlamaktadır. Politikalar ve müdahaleler bu dört girdi noktasına göre sınıflandırıldıktan sonra bir de kapsayacakları alan ile (yani geneli mi yoksa nüfusun belli bir kesimini mi kapsayacak?) örtüştürülmelidir.

Bu şekilde belirlenen tipolojiye dayanarak 1990’ların sonunda şekillenen bazı ulusal programlar özellikle örnek teşkil eder. Örnek gösterilebilecek pek çok program arasından mevcut analize uygun dört tanesini seçtik. Bunlar (1) yukarıda tanımlanan girdi noktalarını açıklamak üzere seçilmiştir, (2) çünkü dersler yalnızca politikaların esas içeriğinden değil; bu politikaların ortaya çıkmasındaki politik süreçlerden öğrenilebilir. Örneklerin seçiminde işte bu politik geçmiş hakkında mevcut ve ulaşılabilen kaynakların etkisi büyük olmuştur.

Kapsamlı bir ulusal halk sağlığı stratejisi: İsveç

1990'ların sonunda İsveç, sosyal belirleyiciler modelini temel alan yeni ve çığır açıcı bir halk sağlığı stratejisi başlatmıştır. Bu stratejinin etkileyici tarafı hedeflerini morbidite ve mortalite rakamlarıyla tanımlamamasıdır. Aksine ulusal sağlık hedefleri hastalığın sosyal ve çevresel belirleyicileri hedef alınarak belirlenir. Stratejinin genel amacı "sağlığı toplumun tamamına eşit şartlarda götürmeyi mümkün kılan toplumsal koşulların oluşturulmasıdır"⁹³. İşte bu sebepten ötürü sağlıkta eşitlik, İsveç halk sağlığı politikasının açık ve esas bir amacıdır. Strateji, sağlıkta eşitsizlik yaratan toplumsal sınıf modelini değiştirmeyi amaçlarken aynı zamanda dezavantajlı grupları sağlık konusunda zayıf ve savunmasız bırakan faktörleri ele almaya çalışır.

Politika, sağlığın en önemli belirleyicilerini yansıtan 11 hedefe dayanır:

1. Toplum içinde katılımcı ve etkili olmak
2. Ekonomik ve sosyal güvenlik
3. Çocukluk ve ergenlik döneminde güvenli ve uygun koşulları oluşturmak
4. İş yaşamını sağlıklı hale getirmek
5. Sağlıklı ve güvenli ortamlar ve ürünler
6. Sağlığı daha aktif bir şekilde teşvik eden sağlık ve tıbbi tedavi hizmetleri
7. Bulaşıcı hastalıklara karşı etkili koruma
8. Güvenli cinsel hayat ve üreme sağlığı
9. Fiziksel aktivitenin artırılması
10. Sağlıklı yeme alışkanlığı ve güvenli gıda
11. Tütün ve alkol tüketiminin azaltılması, yasa dışı maddelerin toplumdan uzaklaştırılması ve ölçsüz kumar alışkanlığının zararlı etkilerinin azaltılması

İlk altı hedef yapısal faktörlerle ilgilidir. Kalan beş tanesi ise "değiştirilmesi mümkün olan ama sosyal çevrenin çok etkili olduğu yaşam tarzı seçimleri ile alakalıdır. Bu hedeflerin yerine getirilmesi sorumluluğu toplumdaki çeşitli sektörler ve farklı kademeler arasında paylaştırılmıştır". Bunlar arasında merkezi hükümetin yanı sıra belediyeler, kent konseyleri ve gönüllü örgütler bulunmaktadır⁹⁰. Program, iskân ayrımcılığını ve sosyal izolasyonu azaltmaya, sağlıklı sosyal aktivitelere katılımı özendirmeye, ihtiyaç sahibi okullara ek kaynak götürmeye ve göçmenler arasında işsizliği azaltmaya ve istihdamda ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik stratejiler içermektedir. Esasında bu yaklaşım toplumun sağlığını iyileştiren ve dolayısıyla başta en savunmasız olanlar dahil olmak üzere bireyleri daha sağlıklı yapan koşulları güçlendirmeyi amaçlamaktadır.

Stratejinin temeli İsveç kültüründeki dayanışma geleneğine ve devletin kanıta dayalı karar verme modeline dayanmaktadır⁹⁴. İsveç eskiden beri kendi halkına ait yaşam istatistikleri ile ilgilenmiş ve 18. yy'dan bu yana doğum, ölüm ve ölüm nedenleri ile ilgili kayıtları tutmuştur. Böylece sağlıktaki trendleri ve neden-sonuç ilişkilerini açıklayan sağlam bir istatistik verisi elde edebilmiştir.

Yeni halk sağlığı politikası İsveç'in ileri gelen siyasi parti ve sivil toplum temsilcilerinin katıldığı bir siyasi istişare sürecinin ürünüdür. Araştırmacılar, politikacılar, kent konseyleri, belediyeler ve sağlık çalışanları sağlık çıktılarının sosyal nedenleri hakkında harekete geçme talebinde bulunarak kılavuz oluşturma ve ülke çapında hedefler belirleme çağrısında bulundular. Sendikalardan ve sivil toplum örgütlerinden de bu çağrıya destek geldi. Sağlıktaki eşitsizliklerin varlığını ve şeklini kanıtlayan güvenilir kaynaklara sahip olunması harekete geçmeyi tetikleyen en önemli faktörlerden biriydi.

Politika geliştirmeye destek veren sekretarya üyelerinden biri şöyle bildirmiştir: politika hazırlama aşamasında devlet birimlerine anketler gönderilerek sürdürdükleri faaliyetlerin halk sağlığını nasıl etkilediği öğrenilmeye çalışılmıştır. Hastalık yerine sosyal belirleyiciler penceresinden bakıldığında sağlık alanı dışındaki birimler için faaliyetlerinin sağlık üzerindeki sonuçlarını bulmaya çalışmak nispeten kolay olmuştur. Bu haliyle diğer birimler erken aşamada politika hazırlama sürecine yakından dahil olabilmıştır. Teklifleri içeren "yeşil raporların" hazırlığı, dağıtımı ve devamlılığı aşamalarında geri bildirimlerini komisyona sunabilmişlerdir. Sivil toplum gruplarının katılımı da teşvik edilmiştir. Kendilerine gönderilen yeşil raporlarla sivil toplum örgütlerinin yorumlarına başvurulmuş ve birçoğundan değerli fikirler edinilmiştir⁹⁴.

Ulusal ve yerel politikanın sağlıkta eşitsizliklerle mücadele etmeye yönelik olarak koordine edilmesi: İngiltere

Muhafazakâr hükümet döneminde (1979-1997) 1980 tarihli Black Raporu'ndaki tavsiyeler İngiltere üzerinde çok az etkili olmuştur. Bu dönem boyunca Black Raporu'nun belgediği sosyal sağlık uçurumu büyümüştür. 1990'ların sonlarına kadar İngiltere'de meslek sahibi ebeveynlerin dünyaya getirdiği çocukların ortalama yaşam süresi vasıfsız işlerde çalışan babaların çocuklarına kıyasla 10 yıl daha uzundu. Muhafazakâr hükümet döneminin son yıllarında "sağlıktaki farklılıkları" gidermek üzere atılan küçük adımların bu trendin değişmesinde pek bir etkisi olmadı. Muhafazakâr partinin iktidarda olduğu yıllarda İngiltere'deki gelir eşitsizliği belirgin bir şekilde büyüdü ve düşük gelirli ailelerin sayısında bir patlama oldu. 1998-99 yıllarına gelindiğinde 14,3 milyon kişi (nüfusun yaklaşık dörtte biri) ve 4,4 milyon çocuk (neredeyse her üç çocukta biri) ortalama milli gelirin yarısından daha azıyla geçinmeye çalışan bir hanede yaşıyordu⁹⁵.

1997'de İşçi Partisi ile iktidara gelen Başbakan Tony Blair sağlıktaki eşitsizlikleri ulusal politika gündeminin odağına taşıdı. Başbakan olduktan sonraki bir ay içinde Blair yoksulluk ve sağlık arasındaki ilişkiyi (bu, önceki hükümetlerin liderlerinin görmeyi reddettiği bir ilişkiydi) resmen kabul etti. İşçi Partisi hükümeti, Sör Donald Acheson'u sağlıktaki eşitsizliklerin araştırılacağı bağımsız bir anketin başına getirdi ve ondan "sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak amacıyla geliştirilecek bir politikanın öncelik alanlarını belirlemesini" istedi⁹⁶. 1998 yılında yayınlanan Acheson Raporu toplumsal koşullar ile sağlık arasında bağlantı olduğunu gösteren farklı pek çok alan hakkında kanıtı dayalı bilgiler sunmanın yanı sıra 39 tane tavsiye sıralamıştır. Anket Komitesi bunlardan üç tanesini özellikle önemli bulmuştur:

1. Sağlık üzerinde etki yaratma ihtimali olan tüm politikalar sağlıktaki eşitsizlikleri ne kadar etkileyebilecekleri bakımından değerlendirilmelidir.
2. Çocuklu ailelerin sağlık durumlarına yüksek öncelik verilmelidir
3. Gelir eşitsizliğinin azaltılması ve yoksul hane halklarının yaşam standartlarının iyileştirilmesi için de adımlar atılmalıdır.

Bağımsız Anket çalışması, sağlıktaki eşitsizlikleri kökten çözmek için toplumda gelir ve kaynak eşitsizliğini azaltmaya yönelik bir politika eyleminin ne kadar önemli olduğunu vurgulamıştır (birinci girdi noktası, bkz. yukarıda). Hükümet, politikalarını Acheson raporundaki tavsiyelere göre düzenlemek için harekete geçmiştir. 1999 yılında yayınlanan *Sağlıkta eşitsizliklerin azaltılması: bir eylem gündemi* başlıklı belgede hükümetin birçok alanda sergilediği çabalar özetlenmiştir. Bu çabalardan bazıları şunlardır:

- ➔ yaşam standartlarını yükseltmek ve düşük gelirle mücadele etmek için sosyal yardım seviyesinin artırılması ve asgari ücretin belirlenmesi
- ➔ örneğin dezavantajlı bölgelerde başlatılacak "Sure Start" okul öncesi hizmetler yardımıyla *eğitime ve erken dönem çocuk gelişimine odaklanması*
- ➔ öncelikli gruplar için oluşturulacak istihdamı teşvik programları ile *istihdamın* güçlendirilmesi
- ➔ Sağlık Eylem Bölgelerinin oluşturulması da dahil olmak üzere dezavantajlı bölgelerin canlandırılması *çalışmalarıyla sağlıklı toplumların inşa edilmesi*^{95,97}

2001 yılında Sağlık Bakanlığı, 2010 yılına kadar sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması amacıyla iki önemli ulusal hedef ilan etti. Bu hedeflerden biri mesleğe/sosyal sınıfa göre tanımlanmış hedef topluluklar bakımından; diğeri ise coğrafi olarak dezavantajlı bölgelere göre belirlenmiştir. (1) Birinci hedef, emek işçileri ve toplumun bütünü arasındaki mortalite farkını en az %10 azaltmaktır. (2) İkinci hedef, doğumda yaşam beklentisi en düşük olan bölgelerin beşte biri ile toplumun bütünü arasındaki farkı en az %10 azaltmaktır⁹⁸. Bu hedefleri yerine getirebilmek için geleneksel mesuliyet sınırlarını ortadan kaldırarak devletin bütün kademelerinin ve birimlerinin harekete geçmesi gerektiği anlaşılmıştır. Buna göre, 2001 yılının ortasından 2002 yılının ortasına kadar devlet birimlerinin ve programlarının bu hedefleri yerine getirmek üzere nasıl koordine edilebileceğini ve kamu harcamalarının sağlıktaki eşitsizlikleri en etkili biçimde azaltmak için nasıl yönlendirilebileceğini anlamak üzere Maliye Bakanlığı önderliğinde bir denetim (Sağlık Eşitsizlikler Ortak Çalışması) gerçekleştirilmiştir⁹⁹.

Hükümetin sosyal belirleyicilerden hareketle sağlık uçurumunu kapatmaya yönelik genel stratejisi farklı bir özelliğe sahiptir. Çünkü bu strateji aynı anda hem gelirin toplumda yeniden dağılımı için ulusal çapta koordine edilen çabalara hem de yerel düzeyde yürütülen bölgesel programlara vurgu yapmaktaydı. Gelirin toplumda yeniden dağılımına yönelik en kararlı ulusal programlardan biri, Nisan 1999'da İngiltere'nin ilk asgari ücretinin açıklanması olmuştur. Böylece 1,5 milyondan fazla düşük maaşlı işçi daha yüksek bir ödeme almaya hak kazanmıştır. Yeni İşçi Partisi hükümetinin ilk dört bütçe dönemi boyunca aldığı bu ve benzeri ulusal tedbirlerin gelir eşitsizliği üzerinde olumlu bir etkisi olmuştur. Gelir dağılımının en alt basamağındaki aileler 1997 ve 2000 yılları arasında gelirlerinin arttığını (en düşük gelire sahip onda birlik grupta yaklaşık %9 artmıştır) görürken en yüksek gelire sahip onda birlik grubun gelirlerinde mütevazı bir düşüş olmuştur⁹⁵.

Aynı anda, yaşam şartlarını iyileştirerek ve sosyal dışlanma ile mücadele ederek dezavantajlı/yoksun topluluklarda sağlık düzeyinin güçlendirilmesine yönelik kilit bir mekanizma olarak yerelde bölge bazlı programlar da teşvik edilmiştir. Bölge bazlı programlar arasında en fazla ses getirenlerden biri Sağlık Eylem Bölgeleri (Health Action Zones) olmuştur. Sağlık Eylem Bölgeleri (SEB) programı 1997 yılında ülke çapında 26 tane dezavantajlı semtte başlatılmıştır. SEB'ler, sağlıktaki eşitsizlikleri azaltacak yenilikçi yollar geliştirmek üzere birlikte çalışan yerel resmî kurumlar, sağlık otoriteleri ve gönüllü gruplar arasında ortaklıklar kurulmasını öngörür. Başlangıçta 7 yıllık pilot projeler şeklinde tasarlanan SEB'lerin amacı, "eşitsizliklere karşı mücadele etmek ve daha iyi hizmet sunabilmek için mevcuttaki kurumsal sınırları yıkmaya yönelik mekanizmalar keşfetmek"¹⁰⁰. Yürütülen faaliyetlerin kapsadığı sosyal belirleyicilerin sayısı oldukça fazlaydı. Bu faaliyetler, staj ve iş fırsatlarının yerel halkı kapsayacak şekilde genişletilmesini, dezavantajlı/yoksun grupların eğitimlerine devam etmelerinin özendirilmesini, çeşitli toplum destek stratejileri yoluyla sosyal dayanışmanın inşa edilmesini ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasını içermektedir. SEB'deki ilerleme başlangıçta dengeli olmadı. Merkezdeki yetkililerin bütün SEB'lerden kalp-damar hastalıkları, kanser ve zihinsel hastalıklardaki ulusal önceliklere yönelik katkılarını sergilemelerini talep etme kararının gecikmiş olması bazı yerel aktörleri sinirlendirmişti. Bu yerel otonomiye tehlikeye sokan bir hamle gibi görünmüştü. Bu zorluklara rağmen SEB ve diğer yerel girişimler, bazı kilit SSB'lerin ele alınmasında gelecek vadeden yeniliklere katkı sunmuştur. Bazı yerlerde toplumun genelinde bir sağlık farkındalığı oluşturulabilmiş ve SSB'lerin ne kadar etkili olduğu anlaşılabilmıştır ve yerel paydaşlar sürece canla başla katılmışlardır¹⁰⁰.

SSB girdi noktaları ve refah devletinin geleceği: Kanada

Kanada uzun süredir uluslararası halk sağlığı alanında ve özellikle de sağlığın genel belirleyicilerinin ele alınmasında ve toplumun halk sağlığı süreçlerine katılımının güçlendirilmesinde lider bir ülke olarak kabul edilir¹⁰¹. 1974 Lalonde raporu sağlık belirleyicilerinin (örn, yaşam biçimi, sosyal ve fiziksel çevre) anlaşılmasında kapsamlı bir çerçeve öneren ve sağlığın iyileştirilmesinde sağlık hizmetlerinin sınırlı bir rolü olduğunu kabul eden ilk çalışmalardan biridir. Kanada'da kayda değer halk sağlığı girişimlerinden bir diğeri 1980'lerdeki sağlıklı toplumlar hareketi ve 1986 tarihli Ottawa Sağlık Geliştirme Sözleşmesi'dir. Tıp, halk sağlığı ve sosyal bilimlerdeki araştırma geleneği sayesinde Kanada, tüm dünyada SSB hakkındaki bilimsel bilgi birikimine önemli katkılar sunmuş ve ülke içindeki güçlü politika tartışmalarının önünü açmıştır.

Kanada'nın federalist siyasi sistemi, karar verme sürecini merkezden yönetmek yerine sağlık politikası ve sosyal politika ile ilgili öncelikli sorumluluğu şehirlere ve bölgelere verir. 1990'larda federal, yerel ve bölgesel hükümetler çapında SSB yaklaşımlarına duyarlı bir siyasi ortam yaratma konusunda önemli gelişmeler yaşanmıştır. 1994'te ülkenin Sağlık Bakanları, sektörler arası sağlık hareketini Kanada halkının sağlık düzeyinin yükseltilmesinin başlıca yollarından biri olarak kabul etmişlerdir¹⁰². Kanada Sağlık Bakanlığı'nın (Health Canada) 1998 tarihli görüş belgesi, politika eyleminin potansiyel hedefleri olarak bir dizi sağlık belirleyicisi (örn, gelir düzeyi ve sosyal statü, sosyal yardım ağları, eğitim, istihdam, çalışma koşulları, sağlıklı çocuk gelişimi, sağlık hizmetleri, toplumsal cinsiyet ve kültür vb.) tespit etmiştir¹⁰³. 1999'da tüm yönetim kademeleri sağlık sonuçlarının kök sebeplerine odaklanan bir toplum sağlığı yaklaşımını kabul etmişlerdir. Toplum sağlığı modeli yaşam seyri boyunca insanların sağlığını etkileyen ve birbirine bağlı koşulları ve faktörleri ele almayı amaçlar. Bu faktörlerin toplumsal dağılımındaki sistematik farklılıkları tespit eder ve bunun sonucunda elde edilen bilgiyi politika ve eylem geliştirmek ve uygulamak için kullanır. Toplumsal gruplar arasındaki eşitsizliklerin azaltılması genel hedefdir; sektörler arası eylem ise ön plandaki stratejidir¹⁰⁴.

Kanada'nın federal yapısı kamu sağlığı ve özellikle de SSB'yi ilgilendiren çalışmalar üzerinde hem yapıcı hem de karmaşık bir etkiye sahiptir. Yerel düzeyde sektörler arası sağlık hareketinin pek çok başarılı örneği vardır ve bazı şehirler seçilmiş sosyal belirleyicilere ilişkin politikalarda çarpıcı gelişmelere imza atmıştır. Buna rağmen bütünüyle bir ulusal koordinasyon zordur. Bazı eleştirmenler prensipte halk sağlığı politikasını odak alan taahhütleri somut eylemlere dönüştürülemeyecek kadar yavaş olmakla suçlamışlardır^{101,105}. Sutcliffe ve arkadaşlarının 1997'de kaleme aldığı bir makalede "pek çok şehirde daha genel sağlık belirleyicilerini ele almış veya birden çok strateji kullanmış programların tayin edildiğine dair bir işaret olmadığı" bildirilmiştir¹⁰¹. 2000'lerin başında tıbbi tedavi sistemi sağlık sektörü kaynaklarının büyük bir kısmını tüketmeye devam etmiş; sağlığın geliştirilmesine ve korunmasına ayrılan pay sağlık harcamalarının %3'ünü geçmemiştir^{105,106}.

Sağlık ve sağlık hizmetleri politikası hakkındaki ulusal tartışmalar 1990'ların sonunda yoğunlaşmış; refah devletinin geleceği ve neoliberalizmin Kanada'daki ekonomi ve kamu hayatı üzerinde giderek artan etkisi hakkında yapılan tartışmalarla iç içe geçmiştir. Doksanlar bir refah dönemi olarak algılansa da bu on yıl boyunca ülkenin zenginleri ve yoksulları arasındaki ekonomik uçurum belirgin şekilde büyümüştür¹⁰⁷. Teeple (2000), II. Dünya Savaşı'ndan sonra Kanada'nın bir refah devleti olarak ortaya çıkmasını sağlayan siyasi ve ekonomik koşulları güçlü bir milli kimlik ve sınıf çatışmasının azaltılması ihtiyacı ile açıklamıştır¹⁰⁸. Bu koşulların ekonomik küreselleşme ve politika ortamını etkileyen neoliberal modellere geçiş ile birlikte 1970'lerden itibaren nasıl değiştiğini göstermiştir. Bu analizlerden yola çıkan Kanadalı bazı halk sağlığı uzmanları, liberalleşme ve özelleştirme yönündeki trendleri eleştirmişler ve bu trendlerin sosyal ve ekonomik eşitsizlikler yerine bireysel risk faktörlerine odaklanan bir halk sağlığı anlayışıyla birleştiğini görmüşlerdir. Kanada'daki halk sağlığı ve SSB politikası tartışmaları, toplumsal sınıfları azaltmak üzere (birinci girdi noktası) gelirin toplum içinde yeniden dağılmasını sağlayacak güçlü tedbirleri savunmaları ve dezavantajlı grupların risk ve zafiyetlerini azaltmaya (ikinci ve üçüncü girdi noktaları) dayalı daha iddiasız bir yaklaşımın taraftarlarını karşı karşıya getirmeye devam etmektedir¹⁰⁹.

Dezavantajlı aileler için çok yönlü bir program: Meksika Oportunidades Programı

Meksika'da başarılı olan Oportunidades programı gelişmekte olan ülkelerde SSB ile ilgili yenilikçi politika eyleminin gerçekleştirilebileceğini göstermektedir. Oportunidades (2002 yılına kadar PROGRESA programı ile ilenmiştir) bir yoksullukla mücadele programıdır. Bu programda kırsal bölgelerdeki yoksul ebeveynlerin çocuklarını okula göndermelerini teşvik etmek, koruyucu sağlık ve diğer tıbbi tedavi hizmetlerinin kullanımını arttırmak ve beslenmeyi iyileştirmek amacıyla şartlı nakit transferi kullanılmıştır. İlk kez 1997 yılında ülke çapında başlatılan program sağlık ve eğitim çıktılarının iyileştirilmesinde olumlu sonuçlar verince hükümet programın kapsamını kentlerdeki yoksul aileleri de içine alacak şekilde genişletmiştir. Oportunidades eğitim, sağlık ve beslenme alanlarındaki iyileştirmelerin birbirini karşılıklı olarak tetiklediği fikrini esas alır. Sosyal sektör bakanlıklarının "silo" zihniyetini yenmeyi başarmıştır¹¹⁰. Program tanımı gereği geneli değil özeli hedef almaktadır. Programın amacı, yoksul aileleri birtakım risklerden ve zararlardan korumanın yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılmasıdır (ikinci, üçüncü ve dördüncü girdi noktaları).

Oportunidades programının esas amacı Meksika'daki aşırı yoksul kişilerin durumlarını iyileştirmektir. Bu kişiler çok katlı bir hedefleme stratejisi ile tespit edilmişlerdir¹¹¹. Program alışımlışın dışında bir modele sahiptir. Öyle ki, aile gelirinde %25 artışa tekabül eden bir maddi teşvik sunmaktadır. Nihai amaç ebeveynleri kendi çocuklarının sağlık ve eğitim koşullarını iyileştirecek kararlar alabilmeleri konusunda teşvik etmektir. Nakit yardımı anneye yapılır. Bu, kasıtlı bir stratejidir ve amacı paranın hane içinde çocukların eğitime ve beslenmesine yönlendirilmesidir¹¹². Ayrıca, Progres'a'nın daha en başından sağlam ve bağımsız izleme ve değerlendirme planları ile donatılmış olması programdaki üç hedef alandan her birine ilişkin nicel verinin toplanmasına ve dolayısıyla programın bilimsel ve politik güvenilirliğinin artmasına olanak sağlamıştır.

Sağlık alanında ise Progres'a programı (ve bunu takiben Oportunidades programı) nakit yardımı sunarken aile üyelerinin hepsinin Meksika Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlı kuruluşlardan koruyucu sağlık hizmeti almayı kabul etmelerini şart koşmuştur¹¹³. Sağlık paketi sanitasyon, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı, solunum enfeksiyonlarından korunma ve tedavi, kazaların önlenmesi ve ilk yardım gibi en önemli koruma tedbirlerinin yanı sıra en yaygın karşılaşılan sağlık sorunlarını da kapsamaktadır¹¹⁴. Ayrıca program, özellikle de ilaçların kesintisiz şekilde tedarik edilmesini, doktor ve hemşire sayısının artırılmasını ve sağlık çalışanlarının maaşlarına zam yapılmasını temin ederek kamu kurumları aracılığıyla sunulan hizmetlerin kalitesini arttırmayı amaçlamaktadır¹¹⁰. 2001 yılında Dünya Bankası'nın finanse ettiği bir araştırmanın sonuçlarına göre, koruyucu sağlık kapsamında halk sağlığı merkezlerine başvuranların sayısı artmış, hastaneye yatışlarda azalma yaşanmış ve programa dahil olan çocuk ve yetişkinlerin sağlık düzeylerinde belirgin bir iyileşme kaydedilmiştir. Program dışında kalan çocuklarla kıyaslamak gerekirse Progres'a çocuklarında hastalıklar %23 azalmış, çocukların boyları %1-4 uzamış ve anemide %18 düşüş kaydedilmiştir¹¹². Yetişkinlerde ise yorulmadan yürünen mesafelerde belirgin bir artış kaydedilmesinin yanı sıra hastalık sebebiyle günlük yaşam aktivitelerinin sınırlandığı gün sayısı ile yine hastalık sebebiyle yatakta geçen gün sayısında bir azalma olduğu rapor edilmiştir.

Eğitim alanında okulu bırakma riskinin en fazla olduğu dönemde (ilk okul üçüncü sınıf ve orta okul üçüncü sınıf) okula kayıtlı 18 yaş altındaki her çocuğa hibe desteği verilmektedir. Yokluk dönemlerinde genellikle çocuklardan aile gelirine katkı sağlamaları beklendiğinden hibe miktarı okula devam eden çocuğun bu sebeple eve getiremediği ek geliri kısmen de olsa karşılayacak şekilde ayarlanmıştır. Dahası, okuldan ayrılma olasılığının erkeklere göre daha fazla olduğu bilinen kız çocuklarına verilen hibenin miktarı biraz daha yüksektir. Program sonucunda orta öğretimdeki okullaşma oranı kız çocuklarında yüzdesel bazda 11 ila 14 puan arasında; erkek çocuklarında ise 5 ila 8 puan arasında artmıştır. Ortaokula geçiş yaklaşık %20 artmış ve çocuk işçilerin sayısı düşmüştür¹¹⁵.

Beslenmenin iyileştirilmesi için beş ve daha küçük yaşta çocukların ve emziren annelerin büyümenin ölçüldüğü beslenme izleme kliniklerine devam etmesi ve gebe kadınların anne-çocuk sağlığı, besin takviyeleri ve sağlık bilgilendirmesi için klinikleri ziyaret etmiş olması şartıyla nakit para yardımı yapılmaktadır. Buna ek olarak daha iyi gıdalar tüketmeleri için aylık 11 dolar sabit para yardımı yapılmaktadır. Çocuklara ve emziren annelere kalori alımının %20'sini ve mikro besin gereksinimlerinin %100'ünü karşılayan ek besinler de sunulmuştur. 2000 yılında yapılan değerlendirmede çocuk sağlığı konusunda yardım almak zorunda kalmış ve beslenme desteği almış beş yaşından küçük çocuklarda hastalık insidansı programa dahil olmayan çocuklara kıyasla %12 daha düşük bulunmuştur¹¹⁶. Beslenme düzeyinin programa katılan çocuklarda daha iyi olması sebebiyle 12 ila 36 aylık çocuklarda büyüme geriliği olasılığı azaltmıştır¹¹⁷. Programdan faydalanan kişiler hem kalori alımlarının arttığını hem de beslenme düzenlerinin daha fazla meyve, sebze ve et içerecek şekilde zenginleştiğini bildirmişlerdir. Demir eksikliği de %18 azalmıştır¹¹⁸.

Meksika hükümeti, programı başladığı yıl olan 1997 itibarıyla yaygınlaştırmayı taahhüt etmiştir. 2000 yılına gelindiğinde program 50 bin köyde hayata geçirilmiş olup yaklaşık 2,6 milyon aileye (Meksika'nın kırsalda yaşayan ailelerinin üçte biri) ulaşmıştır¹¹⁹. Amerika Ülkeleri Kalkınma Bankası, Progres'a'nın kentlerde de hayata geçirilmesi ve programın orta ve uzun vadede sürdürülebilmesi için 2002 yılında 1 milyon ABD Doları miktarındaki hibeyi onaylamıştır. Bu, bankanın tarihte Meksika'ya verdiği en büyük miktardır. Progres'a/Oportunidades programının başarısı buna benzer çok sektörlü yaklaşımların Arjantin, Brezilya, Kolombiya, Honduras ve Nikaragua dahil olmak üzere Latin Amerika'nın diğer kısımlarında da yayılmasının yolunu açmıştır.

Projenin dışarıdan bir gözle enine boyuna değerlendirilmesi politik meşruluğu korumada önemli bir rol oynamıştır. Sonuç olarak program devlet başkanlığı seviyesinde ve federal Eğitim, Sağlık ve Sosyal Kalkınma Bakanlıkları tarafından güçlü bir şekilde desteklenmiştir. 2000 yılındaki siyasi geçiş dönemi boyunca, sağlam değerlendirme sonuçları ve yoksullukla mücadelede devam eden siyasi kararlılık sayesinde program sadece hayatta kalmamış, aynı zamanda genişlemiştir¹²⁰.

Önceki sayfalarda verilen örnekler, 1990'larda ortaya çıkan ve sonrasında devam ederek birçok yere yayılan ulus çapında SSB politika eylemlerinden sadece bir kaçıdır. Bu örnekler gerek SSB'nin yarattığı itici gücü gerekse tartışmaları ateşlemeye devam eden önemli bilimsel ve politik meselelerden bazılarını vurgular.

2.9 2000'ler: büyüyen itici güç ve yeni fırsatlar

2000'lerde SSB ile ilgili politika hareketi birçok ülkede ilerlemeye devam etmiştir^{88,90}. Bu esnada geline noktaı daha da öteye taşımak amacıyla stratejik açılımlar sağlayacak şekilde daha büyük bir küresel sağlık ve kalkınma bağlamı ortaya çıkmıştır.

Günümüzde, Eylül 2000'de Birleşmiş Milletler'in Binyıl Zirvesi'ni takiben 189 ülke tarafından kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) küresel kalkınma ajandasını giderek daha fazla şekillendirmektedir. Sekiz maddeden oluşan BKH'ler ile yoksulluk ve açlıkla mücadele, eğitim, kadınların güçlendirilmesi, çocuk sağlığı, anne sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, çevrenin korunması ve adil bir küresel ticaret sisteminin geliştirilmesi konularında rakamsal hedefler ve göstergeler belirlenmiştir. Önemli bir nokta olarak BKH'ler çok sektörlü bir hareketin koordine edilmesi ihtiyacına yeniden dikkat çekmiştir. BKH çerçevesi, gelişmekte olan ülkelere ait aciliyet gerektiren sosyal ve kalkınma ile ilgili problemlerin belirli sektörlerde "silo" mantığına dayalı politika yaklaşımları yoluyla birbirinden kopuk bir şekilde ele alınabileceği fikrinin üstesinden gelmektedir. Örneğin, yoksullukla mücadele etmeden, gıda güvenliğini arttırmadan, eğitim imkanlarını iyileştirmeden, kadınların güçlendirilmesine destek vermeden ve gecekondu mahallelerindeki yaşam koşullarını iyileştirmeden BKH'lerin sağlıkla ilgili maddeleri birçok düşük ve orta gelirli ülkede gerçekleşmeyecektir. Ayrıca, ülkeler sağlık alanında ilerleme kaydetmeksizin diğer alanlardaki BKH hedeflerini de yerine getiremezler.

Sekiz maddeden oluşan BKH'lerin üçü doğrudan sağlıkla ilgilidir. Kalan hedeflerin bazıları da önemli sağlık unsurları içermektedir. Bu, 2000'lerde genel olarak sağlığın uluslararası kalkınma gündeminde hiç olmadığı kadar önemli hale geldiğini doğrulamaktadır¹²¹. Ön plana çıkan bu yeni gündem, tıpkı DSÖ'nün Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nda olduğu gibi üst düzey çalışmalar sayesinde ve bir insan hakkı olarak sağlıkla ilgili taleplerini dile getirmek üzere seferber olan toplumların ve sivil toplum gruplarının kesintisiz çabalarıyla beslenerek büyümüştür. Sağlığın bir kalkınma meselesi olarak kazandığı önem, ülkelerin birbiriyle arasında ve kendi içinde var olan sağlık eşitsizlikleriyle ilgili büyüyen farkındalık ve endişeyle içe içe geçmiştir. Sağlıktaki eşitsizliklere ilişkin kaygılar SSB ile ilgili çalışmaları güçlendirmek için yeni fırsatlar yaratmıştır. Çünkü sağlıktaki farklılıkların birçoğu sosyal faktörlerden kaynaklanmaktadır.

Bu esnada BKH sayesinde toplanan geniş destek, 1990'lardaki bazı kutuplaşmaların ötesine geçerek ve farklı paydaşlar arasında daha işbirlikçi bir ortaklığa zemin hazırlayarak uluslararası sağlık ve kalkınma çalışmalarında yeni ve görece daha uzlaşmacı bir iklime yeşil ışık yakmıştır. 1990'lar küreselleşme ile ilgili ideolojik çekişmelere sahne olmuştur. O yıllarda küreselleşme genellikle ya "bütünıyla iyi" ya da "bütünıyla kötü" şeklinde etiketlenmekteydi. Birbirine zıt bu iki görüş pek çok çevre tarafından daha incelikli analizler yapılmasının önünü açtı. Küresel politik-ekonomik süreçleri açarak gözler önüne sermenin ne kadar karmaşık ve muğlak olduğunu bilen çoğu paydaş daha pragmatik bir iş birliği duruşu sergilemeye karar vermişti.

Küresel süreçlerin özellikle de savunmasız gruplara verebileceği zararı unutmadan bu süreçlerin gerçek faydalarını en üst seviyeye taşımak ve ortaya çıkabilecek zararları sınırlandırmak ve faydaların/maliyetlerin daha eşit dağıtılmasını sağlamak üzere politikalar oluşturmak konusunda ortak bir çıkar doğmuştur^{122,123}.

Silahlı çatışmalar, çevrenin bozulması ve küresel güvenlik kaygıları tehdit oluşturmaya ve kutuplaşmayı tetiklemeye devam etmektedir. Bununla birlikte küresel çapta birbirine bağımlı olma ihtiyacı netlik kazanmıştır. Farklı ülke ve sektörlerdeki paydaşlar artık birlikte çalışmak zorunda olduklarının farkındadır. Karşılıklı bağımlılığın anlaşılmış olması BKH'leri gelişmiş ve gelişmekte olan uluslar arasında eşi benzeri görülmemiş bir uzlaşma örneği yapmıştır⁷. Mart 2002'de Meksika Monterrey'deki Uluslararası Kalkınma Finansmanı Konferansı'nda da benzer fikirler bildirilmiştir. Bağışçı tarafların GSMH'sinin %0.7'si olarak belirlenmiş olan kalkınma yardımı hedefinde eşit düzeyde ilerleme kaydedilmemişse de Binyıl Hedefleri ve Monterrey'de vadedilenlerin yarattığı toplam etki kalkınma işbirliğinde zihniyetin değişmesini sağlamıştır. BKH ve Monterrey taahhütleri kapsamında "ülkeler birbirilerine karşı sorumlu olduklarını kabul etmişler; yüksek ve düşük gelirli ülkelerin vatandaşları da kendi hükümetlerini standartlara uyma konusunda sorumlu tutmak üzere yetkili kılınmıştır"⁸.

2000'ler aynı zamanda DSÖ'nün rolünün sağlıkta eşitlik ve sağlığın sosyal boyutları ile ilgili harekete geçmeyi teşvik etmeye doğru kaydığı yıllar olmuştur. 2003'te Lee Jong-wook, pragmatik bir uzlaştırıcı olarak kendine has tarzı sayesinde Herkes İçin Sağlık değerlerine yeniden yönelmiş bir platformda DSÖ Genel Direktörü olarak seçilmiştir.

Aralık 2003'te Lancet'te yayınlanan bir makalede Lee şöyle yazmıştır:

Sağlıklı olmayı mümkün kılan koşullara eşit erişimin teşvik edilmesi beşerî ilişkilerde adaletin önemli bir parçasıdır.... Alma-Ata'nın Herkes İçin Sağlık hedefi doğru bir hedeftir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin temel prensipleri de öyledir: eşit erişim, toplumun katılımı ve sağlığın iyileştirilmesinde sektörler arası yaklaşım. İşte bu prensiplerin günümüz koşullarına adapte edilmesi şarttır¹²¹.

Mayıs 2004'te 57'inci Dünya Sağlık Asamblesi'ndeki konuşmasında Lee DSÖ'nün sağlık belirleyicileri ile ilgili küresel bir komisyon oluşturma niyetinde olduğunu duyurmuştur. DSÖ'nün buradaki amacı, eşitlik temelli bir gündem geliştirmek ve sağlık sorunlarına ve bu sorunların sosyal ve çevresel kökenlerine yönelik kapsamlı yaklaşımları hayata geçirmeleri konusunda Üye Devletlere desteğini arttırmaktı. Lee komisyonun uygulama odaklı olacağını belirtmiştir. "Amaç, özellikle de bu gibi problemlerle daha önce mücadele etmek zorunda kalmış olan kişiler başta olmak üzere uzmanları bir araya getirmektir. Bu, bütün programlarımız için yol gösterici olabilir"¹²⁴.

3 Bir sonraki aşamaya geçiş: Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu

3.1 SSBK'nin Amaçları

SSBK, SSB'ye ilişkin eylemin güç kazandığı bir dönemde oluşturulmuştur. Bilimsel çalışmalar, konuyla ilgilenen destek/seçmen gruplarının seferberliği ve daha da genel anlamda kalkınma politikaları gibi faktörlerin bir araya gelmesi SSB'nin sağlık politikası kapsamında konu edilmesini mümkün kılan eşi benzeri görülmemiş gelişmelere zemin hazırlamıştır. Ancak dünyada sağlık ihtiyaçlarının ve SSB'nin olumsuz etkilerinin en fazla olduğu yerler başta olmak üzere pek çok ülke ve topluluk dışarda kalmıştır. SSB'de yakalanan ivmeyi bir sonraki aşamaya taşımak için büyük bir hamleyle ihtiyaç vardır. Sıradaki aşama SSB stratejilerinin başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere daha geniş bir karar verici ve paydaş kitlesi tarafından anlaşılmasına ve benimsenmesine aracılık etmek, bilimsel bilgi birikimini ülkelerin iktisadi kalkınma seviyelerine göre adapte edilen pragmatik politika gündemlerine dönüştürmek, başarılı müdahaleleri tespit edip bunların nasıl yaygınlaştırılabileceğini göstermek ve sosyal belirleyicileri DSÖ'nün ve diğer küresel aktörlerin sağlık politikası yaklaşımlarının ayrılmaz bir parçası haline getirmektir. Bunlar SSBK'nin üstleneceği görevlerdir.

Üç yıllık faaliyet takvimi boyunca Komisyon sağlığı ve sağlık sistemlerini etkileyen toplumsal ilişkilerin ve faktörlerin farkedilmesini, anlaşılmasını ve önemli olarak kabul edilmesini sağlayacak değişiklikler yapmayı amaçlar. Buna dayanarak politika ve eylem fırsatları ile harekete geçmemenin bedeli daha çok bilinecek ve tartışılacaktır. Bu bilgilerden faydalanacak ve sağlığı etkileyen kamu politikalarını hayata geçirecek sağlık kuruluşlarının sayısı yerel, ulusal ve küresel çapta artacaktır. Liderler, kamu menfaati ve sağlık sektörünün içindeki ve dışındaki yetkin kuruluşlar sayesinde bu dönüşüm devam edecektir. Sağlığın sosyal belirleyicileri DSÖ'nün plan, politika ve teknik çalışmalarına dahil edilecektir.

SSBK'nin hırslı hedefleri vardır. Bunları başarmak için Komisyon kendinden öncekilerin yaptığı çalışmaları daha da yukarı taşımak, onları uğraştıran kısıtları ve engelleri anlamak ve daha iyisini başarmak zorundadır.

Bunu yapmanın yolu geçmişin ışık tutacağı stratejik kararları almaktan geçmektedir.

3.2 SSBK'nin ana konuları

Önceki sayfalarda verilen tarihsel özet, SSBK'nin karşısına çıkabilecek zorluklardan bazılarını ve bu çabanın günümüzde hayati öneme sahip olmasının nedenlerini gözler önüne sermektedir. Bu özet tarihten çıkarılan dersleri SSBK'ye sunmakla kalmaz, aynı zamanda Komisyon üyelerine hedeflerini ve stratejilerini daha keskin bir şekilde belirlerken tartışabilecekleri meseleler hakkında fikir verir. İlerleyen sayfalarda tarihsel incelemenin özellikle önemli gördüğü dört konuya odaklanıyor olacağız. Bu dört alandan her birinde Komisyonun netleştirmesi gereken somut mesele veya meseleleri tespit ediyor olacağız.

3.2.1 Değişimin kapsamı: girdi noktalarının tanımlanması

Sağlık politikasında değişimi teşvik etme çabaları kapsam açısından az çok iddialı olabilir. Bu durumun tarihteki örneği kapsamlı ve selektif birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki çekişmedir. Yani, Alma-Ata'da Mahler'in öncülüğünü yaptığı Herkes İçin Sağlık gündemi ile 1980'lerde Grant ve UNICEF liderliğinde başlayan Çocuk Sağkalım Devrimi arasındaki çekişmedir. SSBK ise bu iki figürün ve onlara ait stratejilerin beraberinde getirdiği zorlukları ve seçenekleri kendine has bir tarzla karşılayacaktır. Komisyon bir taraftan sosyal yapılar ve hükümetlerin vatandaş sağlığı ile ilgili sorumluluklarını icra etme şekli üzerinde geniş kapsamlı yansımaları olan sağlık politikaları hakkında düşünürken ve eyleme geçerken kendini bir "Kopernik devriminin" öncüsü olarak değerlendirebilir.

Diğer taraftan SSBK, daha mütevazı hedefler belirleyerek devletlerin halihazırdaki idari ve mali yapılarına veya uluslararası finans kuruluşlarıyla ve donörlerle olan ilişkilerine çok fazla müdahale etmeden hızla hayata geçirebilecekleri bir müdahale "paketi" geliştirmeyi ve yaymayı seçebilir

(GOBI stratejisinin SSB karşılığı). Yapılacak seçim muhakkak ikisinden biri olmak zorunda değildir. Her iki yaklaşımın güçlü yanlarından bazılarını bir araya getirebilecek birçok orta yol bulunabilir. Buna rağmen SSBK'nin kendini kaçınılmaz olarak Mahler-Grant çıkmazı olarak tarif edilebilecek noktada bulacağı gerçeği bakidir. Bulunacak orta yol, Komisyon'un ortaklarla ve medyayla olan günlük etkileşimine bakılarak rastgele alınmış bir kararın değil, bilinçli, makul ve ortak alınmış bir kararın ürünü olmalıdır.

İletişim açısından değerlendirildiğinde bu karar Komisyon için bir kelime seçimi meselesidir (örn, "sosyal adalet" terimine karşı "etkililik" veya "farklılıkların azaltılması"). Ülke uygulamaları ve politikaları açısından bakıldığında ise bu bir girdi noktası meselesidir. Dil seçimi "salt" kelime ustalığı ile alakalı değildir. Bu karar, SSBK'nin ülkelerle birlikte çalışma şeklini ve yaygınlaştırmak istediği politikaların türünü de etkileyecektir. Yukarıdaki ülke örneklerinde de görüldüğü gibi, SSB'yi ele alan politika ve programlar çeşitli düzeylerdeki sosyal yapıları ilgilendirebilir. En hırslı politikalar gelirin ve gücün toplum içinde yeniden dağıtılması yoluyla farklı gruplar arasında var olan güç ve gelir yoksunluğunu kökten bir şekilde düşürmeyi amaçlayabilir. Öbür uçta ise dezavantajlı/yoksun grupları hedef alan sağlık programları vardır. Bunlar, sosyal eşitsizliğin neden olduğu zararı, ancak yoksun bireylerin vücutlarına zarar veren fiziksel bir rahatsızlığa dönüştüğünde tamir etmeyi veya hafifletmeyi amaçlar. İşte bu iki uç nokta arasındaki çizgide SSBK'nin değişimi teşvik etmeye çalışacağı seviyeyi/seviyeleri belirlemesi gerekecektir. Önceki sayfalarda SSB'ye ve sağlıktaki eşitsizliklere ilişkin girdi noktalarının tipolojisinden veya haritalanmasından bahsedilmiştir.

Esasında bu çerçeve, belirli bir bağlamda sağlığın/hastalığın sosyal üretimi zinciri boyunca hangi nokta(lar)da müdahale etmenin tercih edildiğini (ve uygun olduğunu) sorar: temel sosyal eşitsizlikleri değiştirmek amacıyla gelirin ve gücün yeniden dağıtılmasını sağlayacak politikalar yoluyla, sosyal açıdan dezavantajlı grupları sağlık tehditlerine daha açık hale gelmiş olmanın getirdiği sağlık sonuçlarından korumaya çalışan daha iddiasız aracı politikalar yoluyla (düşük gelirli gruplara yönelik tütünle mücadele programları ve prestiji düşük meslek türleri ile bağlantılı sağlık risklerini azaltan iş güvenliği düzenlemeleri gibi) veya "sosyal üretim zincirinin" sonunda olduğu gibi daha adil sağlık hizmetleri sunmak yoluyla.

Girdi noktaları ile bağlantılı olan mesele programların geneli mi yoksa özeli mi kapsayacaktır. Graham ve Kelly, insanların sosyoekonomik koşulları ve sağlık düzeyleri arasındaki bağlantılara işaret eden bulguların bu zamana kadar iki çeşit politika yanıtı ürettiğini hatırlatmaktadır¹²⁵. Bunlardan ilki en yoksul koşullara ve en düşük sağlık düzeyine sahip kişilere odaklanır. Bunlar, toplumda en çok dışlanan, en risk altındaki ve ulaşılması en zor kişilerdir. Bu, sağlıktaki eşitsizlikler ve toplumsal dışlanma gündemi arasında bağlantı kurmak ve yerel ve topluluk düzeyinde politikalara odaklanmak açısından önemlidir. Politika ve müdahale bakımından ise bu, en kötü durumdakileri içinde bulundukları uç durumdan çekip çıkarmaya çalışan yaklaşımları beraberinde getirir. Aslında bu gibi müdahaleler yalnızca toplumun görece küçük bir kısmına yardımcı olur. İkinci yaklaşımda da en yoksun durumdaki kişilerin en düşük sağlık düzeyine sahip olduğu bilinir. Ancak bu durum sağlıkta var olan daha genel bir toplumsal yokuşun (dengesizliğe) parçasıdır. Yani, en avantajlı koşullara sahip kişilerden daha kötü sağlık düzeyine sahip olanlar yalnızca en yoksul gruplar ve topluluklar değildir. Toplumsal olarak dışlanmış bireyler olarak tanımlanmaları mümkün olmasa da sağlık açısından görece dezavantajlı/yoksun durumda olan çok sayıda insan vardır. Koruyucu tedbirler ve diğer müdahaleler bu kişilerin sağlık düzeyini önemli ölçüde iyileştirebilir ve sağlık hizmetleri sisteminde bununla doğru orantılı tasarruflar yapılmasını mümkün kılabilir. Geneli kapsayan programlar çok maliyetli olabileceğinden stratejilerin öncelikle aracı belirleyicileri ele alan hedefli (kapsama alanı daha dar olan) müdahale programlarına odaklanma riski vardır. Öyle ki, bu programlar sadece yoksulluğun neden olduğu sonuçların üstesinden gelirken buna neden olan süreçler değişmeden devam eder¹²⁶. Aslında bazı eleştirmenler dar kapsamlı müdahale programlarının yoksulluğu gerek bireyler için tahammül edilebilir gerekse toplum için daha az maliyetli hale getirerek meşru kılmak gibi bir istenmeyen sonucu olabileceğini düşünmektedir¹²⁷. Komisyon üyeleri değişimi teşvik etmek istedikleri seviye(ler), çeşitli politika giriş noktalarının seçimi ile ilgili tercih/uygunluk, farklı seviyelerde uyumlaştırılması şart olan eylem gücü ve yetkisi ve sonuç almaya yönelik uygun politika stratejileri hakkında titizlikle düşünmelidir.

Politika giriş noktalarına ve tavsiye edilen politikaların içeriğine dair kararlar ülkelerin kendi koşullarına göre farklılık gösterecektir. SSB'yi ele alan başarılı sağlık politikaları “tek kalıptan çıkmış” gibi hazırlanamaz. Ülkeler ve yetkili merciler, SSB konusunda harekete geçmeye hazır olma ve gelirin ve gücün toplum içinde yeniden dağıtılmasına yönelik daha kökten yaklaşımlara açık olma bakımından çok farklı seviyededir⁸⁸. Ulusal ve yerel koşullar hangi sosyal belirleyicilerin toplum sağlığını iyileştirmek üzere en acil şekilde ele alınması gerektiğini ve hangi politika araçlarının en uygun olduğunu gösterecektir. Ekonomik ve siyasi güç ilişkileri başta olmak üzere ulusal ve yerel özellikler, eylemle ilgili fırsatları ve kısıtlılıkları belirleyecek ve hangi destek gruplarının kendilerini bir SSB gündemine adapte edebileceğini ve hangilerinin buna karşı duracağını gösterecektir. Bu nedenle sorulacak kilit soru yalnızca “Hangi girdi noktasının/noktalarının seçileceği” değil; aynı zamanda ve daha temelde “Buna nasıl karar verileceğidir?”. Yani, belirli yerlerde uygulanması önerilen politikaların/müdahale programlarının düzeyine karar vermek için hangi kriterlerden faydalanılacağı sorusudur.

Muhtemelen SSB program ve politikalarına yönelik girdi noktalarına ek olarak SSBK'nin ülkeleri ve/veya yerel yönetimleri SSB hakkında eyleme geçme yeterlilikleri bakımından da sınıflandırması gerekecektir. Böyle bir sınıflandırmayı detaylandırmak Komisyon'un bilimsel ekibi için önemli bir görev olacaktır ve bu belgenin kapsamı dışındadır.

DEĞİŞİM KAPSAMINI BELİRLEMEK: ANA STRATEJİK SORULAR

- ➔ **SSBK “Mahler-Grant çıkmazı” konusunda kendisini nasıl konumlandıracaktır? Örn, şu ikisinden hangisini seçecektir (veya bir orta yol bulacak mıdır)?: (1) sosyal adalet vizyonunu temel alan geniş kapsamlı bir yapısal eleştiri (2) kısa dönemde sonuç üretebilen ancak gerçekte önlenabilir mağduriyetlerin ve sağlık eşitsizliklerinin derinde yatan sebeplerini ortaya çıkarmadan olduğu gibi bırakma riski taşıyan dar kapsamlı birçok programın teşvik edilmesi**
- ➔ **SSBK farklı ülke/yerel birimler için uygun politika girdi noktalarını belirlerken hangi değerlendirme kriterlerini devreye sokacaktır?**

Bununla birlikte bazı kilit noktalardan söz edilebilir. Milli gelir önemli bir ayırt edici faktör olacaktır. Zengin ülkelerin muhtemelen çoğu örnekte kapsamlı SSB politikaları uygulamak için yoksul ülkelere kıyasla fark edilir şekilde daha geniş imkanları olacaktır. Bununla birlikte, *Düşük maliyetli iyi sağlık* fikrinin 1980'lerde net olarak anlattığı ve sonrasında yapılan pek çok çalışmanın doğruladığı gibi, gelir tek anlamlı faktör değildir. Milli gelir düzeyleri kabaca birbirine denk olan ülkeler, sağlıkla ilgili toplumsal başarı alanlarında (örn, toplumun tüm bireylerinin yeterli gıdaya erişimi, konut kalitesi, su ve sanitasyon ve eğitim) bu kez birbirinden çok farklı performanslar sergilemiştir. İşte bu sebeple SSBK sınıflandırması, ülkeleri gelir düzeylerine göre değil, bazı yerlerde kolay ölçülebilir olmasa da eylem fırsatlarını şekillendirecek başka nicel faktörlere göre gruplamak zorundadır. Sağlık sistemlerindeki bağlamsallık etkisini incelerken Roemer, Kleczkowski ve Van Der Werff¹²⁸ uygun değişkenleri bulmaya yardımcı olabilecek bir ülke sınıflandırması önermişlerdir. Ülkeler üç kriterle dayanarak sınıflanır:

- ➔ Sağlık alanına tahsis edilen milli kaynak miktarına bakıldığında sağlığın hükümet/toplum gündemindeki öncelik düzeyi nedir?
- ➔ Bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu (1) hangi noktaya kadar bir kolektif sosyal sorumluluktur? veya (2) hangi noktaya kadar bireylerin kendi sorumluluğudur?
- ➔ Toplum (siyasi otoriteler aracılığıyla) sağlık kaynaklarının adil bir şekilde dağıtılmasında hangi noktaya kadar sorumludur?

DMİS araştırmalarının kabul ettiği ancak teknik planlamacıların zaman zaman unuttuğu üzere bir ülkenin siyasi, ekonomik ve sosyal tarihi oralarda hangi politikaların uygun ve etkili olacağını belirler¹²⁹. Bu prensip daha ziyade destek/seçmen gruplarını seferber etme, politika yapıcılarını sürece çekme ve SSB ile ilgili programları hayata geçirme çabaları için geçerlidir.

Gelecekte ülke koşulları ve uygun angajman yolları konusu Komisyon için bir dizi önemli stratejik soruyu gündeme getirecektir. Örneğin, SSBK'nin federal siyasi yapıya sahip ülkelerle (bkz. yukarıda Kanada) nasıl bir iş birliği yapacağı ve SSBK'nin ekonomik ve siyasi durumları sebebiyle SSB ile ilgili büyük ulusal sağlık politikalarını yakın ve orta vadede hayata geçirme ihtimali son derece düşük olan ülkelerde

(örn, karmaşanın ve/veya ileri otoriter bir rejimin hüküm sürdüğü, kayıtsız yönetimler) destek gruplarına net tür politika tavsiyeleri ve desteği vereceği konuları gündemde olacaktır. SSBK, kaynaklarını ve emeğini duyarlı bir şekilde değerlendiremediği için bu ülkelerin isimlerinin (üstü kapalı bir şekilde) “üzerini çizecek” midir; yoksa bu yerlerde uzun dönemli değişimin temellerinin atılmasını mümkün kılan tavsiyelerin ve politika diyalogunun geliştirilmesi için bazı çabalar sergilenecek midir?

3.2.2 SSBK mesajlarına yönelik muhtemel itirazlar – stratejik olarak hazırlıklı olma

Mevcut literatür SSB ile ilgili politika eyleminin çoğu yerde neden gecikmiş olduğunu iki şekilde açıklar. Bunlardan ilki bilgi birikimi sorununu, ikincisi ise güç meselesini engel olarak görür¹³⁰. İlk görüşe göre, SSB’yi ele alma eyleminin zayıf kalmasının sebebi böyle bir eylemin üzerine oturacağı kanıt temelinin yetersiz olması veya mevcut bulguların değişimi gerçekleştirecek pozisyondaki kişilere etkili bir biçimde aktarılamamış olmasıdır. İkinci görüş, güç ve kârın siyasi-ekonomik boyutunu vurgular ve SSB ile ilgili eylemin önünde duran en büyük engellerin bu alanda olduğunu öne sürer. SSB politikasındaki başarısızlığı öncelikle bilgi eksikliğinin bir belirtisi olarak değil, hâlihazırdaki güç ilişkilerinin mantıklı bir sonucu olarak görür. Bilhassa bazı nüfuz sahibi destek grupları, SSB’ye yer vermeyen bir statükodan getiri sağlar ve sosyal belirleyicilerle agresif bir şekilde mücadele edecek politikaları hayata geçirmenin çıkarlarına ters düşeceğine inanır.

SSBK’nin açıkça ortaya koyduğu amaçlar, sosyal belirleyicilerle ilgili bilimsel kanıt temelindeki eksikliklerin giderilmesi ve bunlara yönelik etkili politika ve müdahale programlarının geliştirilmesidir. Komisyonun varlığı, SSB mesajlarının politika yapıcılara, sağlık ve kalkınma alanındaki paydaşlara ve bunların da ötesinde halka etkili bir şekilde aktarılmasının savunmasız insanların sağlık imkanlarını belirgin şekilde iyileştirecek bir eylemi kolaylaştırabileceği inancının bir yansımasıdır. Bununla birlikte SSBK siyasi-ekonomik güç ilişkileri üzerinde yoğunlaşan ikinci görüşü de ciddiye almak zorundadır. Yaptığımız tarihsel inceleme bugüne kadar SSB ile ilgili harekete geçilmemiş olmasının sebebinin öncelikle bilgi eksikliği olmadığını ortaya koymuştur. Son yirmi beş yıldır mevcut bulgular, çoğu ülkenin prensipte ivedilikle harekete geçme gerekliliğini kabul etmesi için (çeşitli bildireler ve resmi beyanlar aracılığıyla)

yeterli olmuştur. Ancak bu kabullenişe rağmen gerçekte anlamlı politikaların hayata geçirilmesi sıklıkla siyasi engellere takılmıştır.

SSBK’nin faaliyetlerinin daha en başında bu konulara odaklanması önemlidir. Bilimsel kanıt toplamak için süreç tasarlamak ve yürütmek birçok Komisyon üyesi ve onların destek personeli için bir bakıma bariz ve “doğal” bir şey olacaktır. Ancak siyasi engellerin üzerine gitmek konusunda aynı şeyi söylemek mümkün olmayabilir. Buna rağmen sağlam bir politik strateji geliştirilmezse, toplanan kanıtlar bilimsel olarak ne kadar güçlü olursa olsun Komisyonun arzuladığı somut değişimi yaratmada başarısız olabilir.

Araştırmacılar SSB yaklaşımlarına yönelik direncin siyasi/yapısal yönünü analiz etmeye başlamış olsalar da^{89,130} daha yapılması gereken çok iş vardır. Bu doküman konuyla alakalı güç ilişkilerini en ince detayına kadar dökemez. Çünkü ulusal ve yerel özellikler bir kez daha etkili olacaktır ve konuyla ilgili destek grupları/seçmenler Komisyonun ele alacağı tema alanlarına (gıda güvenliği, barınma, toplumsal dışlanma vb.) göre farklılık gösterecektir. Bu detaylı politik haritalama çalışması Komisyon’un Bilgi Ağlarının ve her bir partner ülkedeki koordinasyon gruplarının başlıca görevi olacaktır. Bununla birlikte mevcut doküman çıkarlarının SSB politikası yaklaşımları nedeniyle tehdit altında olduğunu düşünme olasılığı olan bazı büyük çaplı destek gruplarına yer verebilir. Komisyon, açıkça bu destek gruplarına odaklanarak ve her birinin SSB ile ilgili süreçlerde neleri riske attığı belirleyerek onları diyalog yoluyla SSBK sürecine çekmek veya bunda başarısız olması halinde destek gruplarının gösterdiği direncin sebep olduğu zararı en aza indirmek amacıyla stratejiler geliştirebilir.

Sağlık kurumları düzeyindeki itirazlar

Sağlığın geliştirilmesi sürecini ve sektörler arası eylemi ileriye taşıma çabalarını da içeren SSB gündemleri geçmişte birçok sağlık profesyonelinin ve kuruluşunun aktif veya pasif direnciyle karşı karşıya kalmıştır^{14,16,89}. Bunun SSBK kapsamında devam edeceğini varsaymak oldukça makuldür. SSB ve sağlıkta eşitlik gündemleri için yapılması zor işlerden biri sağlık kurumunu yapıcı bir yoldaş olarak aynı gemiye bindirmektir.

Sağlık çalışanları ve özellikle de hekimler genel olarak sosyal elitin bir parçasıdır ve bunun değerlerini ve sınıf çıkarlarını paylaşırlar. Tıpkı ayrıcalıklı toplumsal kategorilerin diğer üyelerinde olduğu gibi kaynakları toplumun daha avantajlı kesiminden kısip daha yoksun kesimine aktarmayı öngören hükümet politikalarına kızıp karşı çıkacaklardır. Bunun da ötesinde ve daha mühimi hekimler tekellerini sağlık etrafındaki otoriter söylem ve uygulamalar üzerinde sürdürme konusunda güçlü bir grup menfaatine sahiptir. Sağlık profesyonelleri, sağlık meseleleriyle ilgili kontrolün ellerinden kayıp başka sektörlerle ve meslek vakıflarına gitmesini görmek veya sağlık gündemlerini belirleme gücünü toplumların eline teslim etmek istemez. Sektörler arası eylemin körelmesi ve Herkes İçin Sağlık kapsamında toplum katılımının geniş çapta itibarsızlaştırılması kısmen de olsa bu inatçı dinamik sebebiyledir. Ancak etkili olan başka faktörler de olmuştur.

Bu durumun kısmen de olsa doktorların sosyal prestijlerini koruma isteğiyle bir alakası vardır, ancak daha da temelde bu ekonomi ile ilgili bir meseledir. Hekimlerin kendileri ve sağlık kurumu bir bütün olarak tedavi müdahaleleri sunarak para kazanmaktadır. Okul çağında beslenme programı veya gecekondu semtlerindeki konut stoğunun iyileştirilmesi gibi uygulamalardan para kazanmayacaklardır. McGinnis ve ark. (2002), siyasi nüfuz ve kaynak rekabeti söz konusu olduğunda halk sağlığı ve tıbbi tedavi hizmetleri arasında kendiliğinden var olan yapısal asimetriye işaret etmişlerdir. Komisyon kendi politika diyalogu yaklaşımını geliştirirken bu konuyu mutlaka dikkate almalıdır.

Çoğu yerde sağlık kurumlarının yapısal biçimi “çıkarcı grubu dinamikleri” ile birleşerek “halk sağlığının korunmasında siyasi hesap verilebilirlik boşluğu” meydana getirmiştir. Buna karşın “hekimler ve diğer sağlık çalışanları tıbbi tedavi hizmetlerinden sorumludur”.

İhtiyacı olanlara tıp hizmeti sunma yemini etmiş olmalarına ek olarak “sağlık çalışanlarının arkasında tıbbi tedavi kaynaklarının artarak çoğalması için lobi yapmak üzere çıkar grubu teşvikleri ve bunun yanı sıra tedavi hizmeti vermeleri için güçlü bir finansal teşvik vardır”⁵. Zaten kıt olan kaynakların tedavi hizmetlerine harcanabilecekken SSB programları için harcanması, tedavi ve bununla bağlantılı

hizmetlerden kar elde eden sağlık çalışanları ve diğer destek grupları arasında direnç oluşturabilir.

Merkezi hükümetlerden gelen itirazlar

SSB programları, toplumların ve özellikle de savunmasız grupların sağlık düzeylerini görece düşük bir maliyetle iyileştirmeye yönelik önemli fırsatlardır. Ulusal hükümetler bu politikaların arkasından gitmeye istekli olmalıdır. Ancak, hükümetlerin bu gibi yaklaşımları hayata geçirme istekleri ve/veya buna uygun teknik kapasiteleri olduğu asla varsayılmaz.

Sağlık Bakanlığı sosyal belirleyicilerle ilgili yaklaşımlarda temkinli davranabilir. Çünkü bu yaklaşımlar sebebiyle hem sağlık fonlarının SB’den alınıp diğer kamu kurumlarına aktıldığı hem de SB’nin sağlık üzerindeki bilimsel ve siyasi otoritesinin zayıfladığı düşünülebilir. Sağlığı “herkesin iş kapısı” haline getirmek son derece yapıcı bir gelişme olarak ifade edilmelidir, fakat bu SB’nin ve sağlık sektöründeki uzmanların gücünün ve imtiyazlarının azalması olarak da görülebilir. Aynı zamanda SSH ile ilgili önceki deneyimler, sağlık harici bakanlıkların ve kamu yetkililerinin de (en azından başlangıçta) sağlık hedeflerine odaklanmış işlere zaman, emek ve kaynak ayırmaya isteksiz olabileceklerini göstermektedir⁴².

Genel olarak seçim turları ve seçmenlere hızlı ve somut fayda götürme zorunluluğu açısından bakıldığında seçilmiş yetkililerin birçoğu dile getirmese de elbette kendi fayda-maliyet hesaplamasını yapmak zorundadır. Bu yetkililer, müdahale ve sonuç arasındaki neden-sonuç ilişkisinin apaçık göze çarptığı politika seçeneklerini tercih ederek sıkışık bir zaman diliminde hareket edip “hızlı kazanım” fırsatları peşinde koşarlar. Buna karşın bazı SSB programlarında ölçülebilir büyük sonuçlar elde etmeden önce on yıllar beklemek gerekir. Dolayısıyla bu gayretler karar vericilerin o anki seçim menfaatlerine hizmet etmez. Dahası sektörler arası eylemde neden-sonuç ilişkileri o kadar karmaşıktır ki pek çok durumda sağlık alanındaki somut bir iyileşmenin belirli bir program sayesinde olduğunu kanıtlamak bile zordur. Üstüne üstlük çoğu SSB programının öncelikli faydalanıcıları yoksul ve toplum dışına itilmiş seçmenlerdir. Bu kişilerin siyasi süreçlere katılma ve dolayısıyla “aldıkları hizmetin karşılığını seçim sandığında geri ödeme” olasılığı genellikle daha düşüktür.

“Halkı [veya daha ziyade politika yapıcılarını] geliri ve gücü toplum içinde yeniden dağıtacak bu gibi programlar konusunda ikna etmek için sağlığın sosyal değişimle iyileştirileceğini gösteren kanıtlardan daha fazlasına ihtiyaç vardır. Bu seçimler ideolojiyle ve sosyal değerlerle çokça alakalıdır”.

Bazı hükümet liderleri bir SSB programının pek çok yönüne karşı çıkacaktır. Çünkü SSB müdahalelerini büyük ölçüde aslında piyasa güçlerine ve kişisel tercihe/sorumluluğa bırakılması gereken süreçlere hükümetin gereksiz bir müdahalesi gözüyle bakacaklardır. Hükümet destekli yeni toplumsal gelir dağılımı düzenlemesi politikaları, neoliberal “serbest piyasa” modelindeki küresel hakimiyeti garanti altına almak isteyen bazı zengin ülkelerin liderlerinin direnciyle karşılaşacaktır. Bazı gelişmekte olan ülkelerde güçlü bir lobi faaliyeti içinde yer alan ve özel sektörün çıkarlarının veya neoliberal gündeme oldukça yakın bir çizgide ilerleyen büyük küresel kuruluşların etkisi altında olan resmi görevliler dahi bu direnci gösterebilirler. Dahası SSB’ye yer veren yeni gelir dağılımı mekanizmalarını benimsemeye meraklı ülkelerde bile hükümetler bu gibi programları uygulayamayabilir. Çünkü gerek sosyal sektördeki harcama tavanlarının gerekse UFK’lerin ve donörlerin dayattığı diğer kısıtlamaların yol açtığı kaynak eksikliği veya karmaşık sosyal programların planlanması, uygulanması ve yönetilmesi için gerekli insan kaynağı ile diğer kaynakların yetersizliği buna engel olabilir. Bununla beraber gelişmekte olan ülkelerde politika yapan ve program yürüten birçok kişi, dışarıdan dayatıldığı düşünülen önceliklere karşı (anlaşılabilir) bir “girişim yorgunluğu”, şüphecilik ve direnç düzeyi sergilemektedir. Bu direnç, gelişmekte olan bazı ülkelerdeki her büyük yeni programın doğasında var olan bir engeldir. Bu nedenle SSBK’nin politika tavsiyelerini gerek ülkelerin halihazırda yürütmekte olduğu gerekse gelişmekte olan ülkeler ile donörler arasındaki ilişkileri yöneten mevcut yapılarla ve politika çerçeveleriyle birlikte koordine etmesi gerekecektir (örn, YASB’ler). SSBK, başka “küresel öncelikler” yığını ve halihazırda kullanılmakta olan yapılardan ve süreçlerden kopuk eylem önerileri belirliyor gibi algılanmamalıdır.

İş dünyasının genel itirazları

Tütünle mücadele ve beslenme gibi sağlık riski faktörlerine yönelik geçmiş eylem teşebbüslerine gelince kurumsal ve ticari menfaat sahiplerinin SSBK’nin belirli politika tavsiyelerine direnç göstermesi olasıdır. Homedes ve Ugalde (2005) Latin Amerika’daki neoliberal sağlık sektörü reformlarının öncelikle büyük ölçekli firmalara getiri sağladığını ortaya çıkarmıştır. “Fabrikalarda ve tarımda iş güvenliği programları, ulaşımda motorlu taşıt kazalarının azaltılması, tütün kullanımının azaltılması, muadil ilaçların teşvik edilmesi ve temel ilaçlar listesinin yaygınlaştırılması gibi kurumsal kâra zarar veren sağlık politikalarının” söz konusu reform paketinde yer almadığını ileri sürmüşlerdir⁵⁴. Kurumsal sektör ve onun müttefikleri, zamanında sağlık sektörü programlamasındaki bu öğelere karşı çıktıysa SSBK bayrağı altında önerilen benzer stratejilere de direnç gösterecektir.

SSB gündemine yönelik en belirgin gerilimlerin kaynağı, sağlığa zararlı olabilecek ürünlerin ve yaşam tarzlarının pazarlanmasından doğrudan kâr sağlayan şirketler (örn, tütün ürünleri, şeker, fast food ve abur cubur gıda, alkol, otomobil ve silah üreticileri) olabilir. McGinnis ve arkadaşlarının ABD bağlamında söylediği üzere “tütün, alkol, aşırı beslenme ve hareketsiz yaşam gibi hep birlikte birçok hayata mal olan kötü alışkanlıkların hepsi kısmen de olsa güçlü ticaret devlerinin ürünleridir. Amerika’daki tütün ve alkol sektörünün yıllık satışları 100 milyar ABD dolarının üzerindedir. Gıda endüstrisi sadece reklam ve tanıtım faaliyetleri için milyarlar harcamaktadır”⁵⁵.

Bu bağlamda tütün endüstrisinin önünü kesmek ve Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi oluşturmak için sürdürülen emek SSBK’nin çalışmaları için dersler sunabilir¹³¹. Buna rağmen SSB gündeminin kurumsal çıkar gruplarıyla olan durumu tütün örneğinde olduğundan daha karmaşıktır. SSB ile ilgili girişimler tek bir endüstriyi (ve daha çok toplumun gözünde büyük ölçüde negatif bir profile sahip olan bir endüstriyi) değil, farklı pek çok sektörde faaliyet gösteren ve aralarında dünyanın en güçlü ve sevilen tüketici markalarından bazılarının da yer aldığı ulusal ve ulus ötesi şirketlerin çıkarlarını potansiyel olarak tehdit ediyor gibi algılanabilir. Komisyon’un istihdam/çalışma koşulları ve küreselleşme/ticaret konusunda çalışan Bilgi Ağlarının sunacağı tavsiyeler bu açıdan özellikle hassastır.

Çok sayıda ulus ötesi şirket, iş gücü uygulamaları, iş yeri güvenliği ve şirket faaliyetlerinin çevreye etkisi gibi konularla ilgili kamu düzenlemelerinin ve denetimlerinin karşısında yer almaya meyillidir. Şirketlerin kârlılığı çoğunlukla bu türden istenmeyen kısıtlamaları atlatmaya bağlıdır. Zaten şirketler, ödemekle mükellef oldukları büyük vergi meblağlarını en aza indirmede sınırsız bir motivasyona sahiptir. Sağlığın sosyal ve çevresel belirleyicilerine yer veren politikaların pek çok ulus ötesi şirket tarafından bir tehdit olarak algılanabileceğini tahmin etmek hiç de zor değildir. Üstelik söz konusu politikalar şirketlerin üretim maliyetlerini arttırdıkça ve üretim süreçleri, işçi-işveren ilişkileri, çevresel etkiler ve pazarlama faaliyetleri ile ilgili uygulamalara ilave düzenlemeler getirdikçe daha da büyük bir tehdit olarak algılanabilir.

SSB gündemi ile rahatsız olma olasılığı olan kurumsal çıkar sahipleri arasında kar odaklı tıp sektöründe ve ilaç endüstrisinde faaliyet gösteren güçlü şirketler yer alır. İlaç endüstrisi SSBK'yi iki sebepten ötürü tehditkâr bulabilir. İlki, sağlıkta “kökene inen” koruyucu-ümitlendirici bir yaklaşım ilaç endüstrisi için kar üretmeyecektir (ve hatta uzun vadede bazı ilaçlara yönelik talebi de azaltabilir). İkincisi, küreselleşme ve ticaretten sorumlu Bilgi Ağı'nın veya Komisyon'daki diğer organların ilaç endüstrisini kamu önünde eleştirebileceğine ve/veya onun çıkarlarına zıt olduğu düşünülen politika önerileri oluşturabileceğine dair endişelerin olmasıdır.

Uluslararası örgütlerden ve kalkınma topluluğundan gelen itirazlar

Dünya Bankası ve IMF gibi kurumlar gelişmekte olan ülkelerde sağlık politikasını ve sosyal politikayı etkileyebilecek büyük bir güce sahiptir. 1980'lerde Alma-Ata gündeminin verdiği mücadeleler sayesinde öğrenilen pek çok şeyden biri, sağlık alanındaki liderlerin önerdiği politikaların uluslararası finans kurumları tarafından teşvik edilmekte olan çerçevelerin dışına çıkması halinde ne olabileceğidir. Bu senaryonun tekrarlanmaması için SSBK'nin UFK'ler ve diğer başlıca kalkınma toplulukları ile olan ilişkisini stratejik bir biçimde yönetmesi gerekecektir. Bu zor bir iş olabilir. UFK'ler 1980'lerden itibaren politika yaklaşımlarını değiştirirken bazı analiz uzmanları, bu değişimin içerikten çok söylemde meydana geldiği konusunda uyarılmışlardır. Dünya Bankası'nın güçlü ve muktedir bir devlet olabilmenin önemini kabul etmesi¹³² ve YASB türünden yeni çerçevelerin ortaya çıkmış olması, arka plandaki neoliberal varsayımları ve zorunlulukları değiştirdiği anlamına gelmez. Eleştirmenler

UFK'ler ve ülkeler arasındaki asimetrik güç ilişkilerinin ve Dünya Bankası'nın ve IMF'nin önerdiği türden politika yaklaşımlarının çoğu yerde eskisi gibi devam ettiğini düşünmektedir^{68,133}. UFK'ler piyasanın serbestleşmesini ve özelleştirmeyi, “daha yalın” bir devleti ve sağlık hizmetleri ile sosyal hizmetler de dahil olmak üzere kamu harcamalarında sıkı üst limitlerin belirlenmesini savunmaya devam etmektedir. Bu sebeptendir ki; UFK'lerin ülkelere verdiği tavsiyeler çoğu kez SSBK'nin teşvik edeceği politika yaklaşımlarıyla zıt düşmektedir.

Bunun da ötesinde hem UFK'ler hem de güçlü ülkelerin iki taraflı kalkınma ajansları kurumsal gündemlerin fazlasıyla etkisi altındadır. UFK'ler genelde şirketlerin çıkarlarını ileri taşıırken bu şirketlerin menfaatine taraf olan ülke hükümetleriyle yakın bağlar kurarlar. Dolayısıyla Komisyon'dan çıkan mesajların ve politika tavsiyesinin iş dünyasının nüfuz sahibi seçmenlerini tehdit ettiğinin düşünülmesi halinde UFK'ler ve çift taraflı kalkınma ajansları, Komisyonu ve onun önerilerini açıkça kamu önünde eleştirerek ya da arka planda ülkenin politika yapımcılarını ve diğer muhatapları ikaz ederek itibarsızlaştırmaya çalışabilirler. SSBK bu sebeple operasyonlarının erken aşamasında somut temas stratejileri geliştirerek ve uygulayarak öncelikle UFK'lerdeki, kalkınma ajanslarındaki ve diğer bağışçı kuruluşlardaki kilit destekçilere ulaşmayı düşünmelidir.

POTANSİYEL DİRENCİ TESPİT ETMEK: ANA STRATEJİK SORULAR

- ➔ **Bir SSB politika gündemi, siyasi liderlerin ilgisini çekmek için bazı “hızlı kazanımlar” sunmak zorundadır. Bu prensip hem ulusal düzeydeki politik süreçler hem de küresel düzeyde Komisyon için geçerlidir. Gerek sosyal belirleyicilerle uğraşan ülkeler gerekse SSBK için ne gibi “hızlı kazanımlar” olabilir?**
- ➔ **Komisyon, başta Dünya Bankası olmak üzere önemli uluslararası finans kurumlarıyla ilişkilerini nasıl geliştirecektir?**

3.2.3 Müttefiklerin ve politik fırsatların belirlenmesi

Komisyonun ne kadar başarılı olacağı büyük ölçüde çeşitli kademelerde (küresel kuruluşlar, ulusal hükümetler ve politika yapıcılar, iş sektörü ve sivil toplum örgütleri gibi) nüfuz sahibi olan aktörlerin de aralarında olduğu bir müttefikler ve ortaklıklar ağı inşa edebilme yeteneğine bağlı olacaktır. Neyse ki SSBK bir taraftan bazı nüfuz sahibi grupların direnciyle karşılaşmayı beklerken (ve uygun stratejilerle buna hazırlanması gerekirken) diğer taraftan ayrıcalıklı fırsatlar yakalayacaktır. Doğru yönetilirse önceki gayretlerle gelinek noktanın da ötesinde başarılarına imza atma fırsatı elde edeceği bir politik ortam içinde çalışacaktır. Bu durumda Komisyon üyelerinin en öncelikli sorumluluğu farklı nüfuz çevreleriyle (siyasi camia, iş camiası, akademik camia, medya, sivil toplum vb.) olan şahsi bağlantılarını ve irtibatlarını kullanarak Komisyon'un çalışmalarını destekleyecek ve tanıtacak, mesajlarını yayacak ve politika tavsiyelerinin uygulanmasına hız kazandıracak genişleyen bir müttefikler ağı kurmak ve sürdürmektir. Tam olarak işe yaraması için bu ağın birkaç seviyede birden eş zamanlı olarak işleyebilir olması gerekir.

Küresel aktörler

Aralarında konuyla ilgili BM ajanslarının da bulunduğu büyük küresel kuruluşların onayı ve devamlı desteği, SSB gündemini kesintisiz bir itici güçle donatmak ve bu gündemin uluslararası sağlık politikası ve kalkınma modelleriyle sağlam şekilde entegre olmasını temin etmek için çok önemli olacaktır. 1980'lerdeki BBSH ve selektif BBSH çekişmesi, DSÖ ve UNICEF arasındaki stratejinin giderek ayrışmasının Herkes İçin Sağlık vizyonuna ve kapsamlı BBSH'ye yönelik küresel taahhüdün sektörler arası eylem bileşeniyle birlikte zayıflamasında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir. Neyse ki Komisyon için SSB gündemi, BM'nin ve uluslararası kalkınma politikasının BKH'leri temel alan mevcut hedefleriyle son derece uyumlu görünmektedir. Esasında sağlık açısından bakıldığında BKH programı bazı yönleriyle kuşkusuz eleştirilebilir olsa da (bulaşıcı olmayan hastalıklara yer vermemesi sağlık sistemlerine açıkça odaklanmaması) genel itibarıyla BKH çerçevesi, sağlığın kalkınma çalışmalarındaki merkezi konumunu garantiye almak ama daha da önemlisi sağlık sonuçları ve bunların nedeni olan sosyal/ekonomik/politik koşullar arasındaki bağlantıların anlaşılmasını teşvik etmek için çok iyi bir fırsat sunmaktadır.

En önemlisi de BKH'lerin tanım itibarıyla halihazırda sürece dahil olan büyük oyuncuların da taahhüdüyle birlikte koordineli uluslararası eylem için bir çerçeve teşkil etmesidir. SSBK politika tavsiyelerini BKH'lerle aynı çizgide tutabildiği ölçüde bu hedeflere yönelik küresel ve ulusal düzeydeki bağlılığın getirisinden fayda sağlayabilir.

Sonuç raporu 2005 yılında yayınlanmış olan BM Binyıl Projesi çalışması, BKH kapsamındaki uluslararası kalkınmada ekonomik, sağlık ve çevre konularının birbiriyle ne kadar iç içe olduğunu vurgulamaktadır⁸. SSB gündemini (örn, tedavi hizmetlerinin iyileştirilmesinin yanı sıra yoksulluk ve gıda güvenliği, eğitim, kadınların güçlendirilmesi, su ve sanitasyon ve kentlerdeki gecekonduarda yaşam şartlarının iyileştirilmesi vb.) doğrudan ilgilendiren kilit sektörlerde yatırımları büyük ölçüde arttırması beklenen ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında mutabık kalınan "küresel ilkeler sözleşmesi" (global compact) modeli ile birlikte dünyanın en savunmasız vatandaşlarının yaşamlarını iyileştirmek için koordineli ve çok sektörlü bir eyleme acilen ihtiyaç duyulduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır⁷. SSBK, kendini BKH'lerle bağlantılı çeşitli uluslararası forumlarda ve politika süreçlerinde konumlandırmaya ve bu süreçlerde güçlü bir profil edinmeyi sağlayabilecek kilit oyuncularla diyalog kurmaya yüksek öncelik vermelidir. BM'nin BKH girişimine katkı sağlayan ve faaliyetlerini BKH öncelikleriyle uyumlu hale getiren çeşitli BM uzman ajanslarının yanı sıra BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi, BM Genel Sekreterliği etrafındaki danışman ekipler, Binyıl Kampanyası ve Üst Düzey BKH Forumu bu forum ve kuruluşlar arasında sayılabilir.

Büyük ve uluslararası finans kurumlarına uzanmanın öneminin altı zaten çizilmiştir. UFK politikaları hakkındaki tartışmalar hala tazeliğini korumaktadır. YASB'ların geliştirmekte olan ülkelerin sağlık hizmeti sistemlerini güçlendirme ve sağlığı ve sağlıkta eşitliği teşvik eden sosyal politikaları hayata geçirmedeki kapasitelerini geliştirmeye yardımcı olup olmadığı hakkındaki tartışmalar devam etmektedir. Buna rağmen Dünya Bankası ve bazı bölgesel kalkınma bankalarının tutum ve uygulamaları Komisyon'un mesajlarını anlamayı ve SSBK'nin tavsiye ettiği politika tedbirlerini uygulamayı kolaylaştıracak şekilde değişiyor olabilir. Dünya Bankası'nın BKH'lerle ilgili kararlılığını kamuoyu önünde beyan etmiş olduğu¹³⁴ ve DSÖ ile Dünya Bankası arasındaki ilişkilerin Üst Düzey BKH Forumu'ndaki iş birliği vesilesiyle güçlendiği unutulmamalıdır.

Aynı zamanda, Dünya Bankası ve IDB (Amerika Ülkeleri Kalkınma Bankası) tıpkı Meksika'nın PROGRESA/Oportunidades programında olduğu gibi başarılı uygulamalara aracılık etmişlerdir. Dünya Bankası'nın eşitlik meselesine uluslararası kalkınmanın başlıca ilgi alanlarından biri olduğu yönünde bir imaj kazandırıyor olması sayesinde¹³⁵ SSBK, sağlıktaki eşitsizliklerle mücadeleyi önemseyen devletlerin ve küresel toplumun bunu yaparken kullanacağı en etkili yolun SSB olduğu mesajını daha hızlı bir şekilde yayacaktır.

1990'lardaki sektörler arası sağlık belirleyicileri hareketinin geliştirilmesi çabalarıyla karşılaştırıldığında SSBK'nin başlıca stratejik avantajlarından biri Genel Direktör de dahil olmak üzere DSÖ'deki üst düzey liderlerin SSB gündemine ilişkin güçlü ve net taahhütleridir. DSÖ içindeki bu üst düzey destek, Komisyon devam ettiği sürece sağlık politikasının SSB yaklaşımıyla tasarlanmasını DSÖ'de "yaygınlaştırma" ve bu yaklaşımın örgütün teknik çalışmalarının ve Üye Devletlerle sürdürdüğü politika diyalogunun daimi bir parçası olma ihtimalini artırır. Diğer taraftan küresel sağlık topluluğunda ve hatta DSÖ içinde bazı gruplar SSB yaklaşımını muhakkak şüpheyle karşılayacaktır. Komisyon'un ve onun Bilgi Ağları'nın (özellikle de sağlık sistemleri ve öncelikli halk sağlığı problemleri hakkında faaliyet gösteren Bilgi Ağları) mimarisi, geleneksel olarak daha biyomedikal odaklı grupları SSB "tarafına çekme" ihtimalini maksimuma çıkaracak şekilde tasarlanmaktadır. Bunun için, SSB yaklaşımlarının bu gruplara ait programların sonuçlarını ne kadar iyileştirebileceğini ve entegre ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin güçlendirilmesine ne kadar katkı sağlayabileceğini gözler önüne serer. Komisyon'a bağlı üst düzey bir DSÖ Referans Grubu, Komisyon'un temel tavsiyelerini DSÖ politika ve programlarıyla kalıcı bir şekilde birleştirecek DSÖ'ye özel bir iç eylem gündemi geliştirecektir.

G-8 gibi uluslararası forumlar, bölgesel kuruluşlar ve küresel açlık gibi somut meseleler etrafında şekillenmiş neredeyse resmi sayılabilecek politik ittifaklar da Komisyon için potansiyel anlamda önemli bağlantılar arasında sayılacaktır. G-8 devletlerinin ekonomi ve sağlık alanlarındaki eşitsizliklerle ilgilenmesi SSBK için bir girdi noktası sunar. Bu, Komisyon üyeleri ve onların destek personelinin istifade etmesi gereken bir girdi noktasıdır. Bazı çevrelerce neoliberal politikanın fazlasıyla etkisi altında kaldığı yönünde eleştirilse de NEPAD gibi Afrika kökenli kalkınma girişimleri, SSB konusunda harekete geçme fırsatı sunabilecek

kapsamlı bir kalkınma yaklaşımı için yaratıcılık ve kararlılığın yenilenmesi anlamına gelmektedir. Yakın zamanda Brezilya, Şili, Fransa ve İspanya devlet başkanları tarafından başlatılmış olan küresel açlıkla mücadele ittifakı gibi kalkınma girişimleri Komisyonun temalarıyla doğrudan alakalıdır ve sinerji yaratabilir. Yine yakın bir tarihte İngiltere'nin Afrika'ya yönelik borç silme ve muhtemel bir "Marshall Planı" önerisi de en azından küresel politikanın bazı sektörlerinde ve kalkınma topluluğunda yeni stratejilere ve cesur yeniliklere göz kırıldığını göstermektedir.

Ulusal aktörler

Ulusal düzeyde Komisyon, yukarıda da bahsedildiği üzere çalışmasına SSB ile ilgili ortak tutum hız kazanıyorken başlamaktadır. Siyasi ve ekonomik açıdan nüfuz sahibi birçok ülke SSB ile ilgili cesur politikaları yürürlüğe koymuştur. Diğerleri ise çok geç olmadan harekete geçebilir. Sağıktaki sosyal koşullara bağlı olarak ortaya çıkmış eşitsizliklerin siyasi bir sorun olarak ortaya çıktığı yerlerin sayısı giderek artmaktadır⁸⁸. Bu zamana kadar en göze çarpan politika hamleleri gelir düzeyi yüksek ülkelerde gelmiştir. Ancak Oportunidades örneğinin gösterdiği gibi bazı gelişmekte olan ülkeler de yol gösterici programlara imza atmaktadır. DSÖ Yönetim Kurulu'nun Ocak 2005 tarihli oturumunda, Kurul'da temsil edilmekte olan ve aralarında Bolivya, Gana, Lesotho ve Tayland'ın da bulunduğu gelişmekte olan ülkeler SSBK'yi onayladıklarını kararlı bir biçimde ifade etmişlerdir. Gelişmekte olan ülkelerin pek çoğu, sosyal faktörleri ilgilendiren eylemler yoluyla sağlık eşitsizliği uçurumunu kapatabilecek politika ve programlara yönelik ciddi ve pragmatik öneriler üzerine düşünmeye hazır görünmektedir.

Komisyonun başarısı için ulusal düzeydeki süreçlerle ve bu süreçlerde yer alan politika yapıcılarla yakın bir ilişki içinde olmak hayati önem taşımaktadır. Yine burada Komisyon üyeleri kendi kişisel irtibatlarını azami düzeyde kullanıp bilhassa politik bir rol üstleneceklerdir. Komisyonun önemli işlevlerinden biri, SSB'yi dikkate alan sağlık politikalarını çoktan hayata geçirmiş "öncü konumdaki" ülkeler ile bu gibi politikaları uygulamak istemekle beraber bunu henüz başaramamış ve izlenecek yol konusunda pratik tavsiye ve görüş arayışında olan ülkeler arasındaki politika diyaloguna ve bilgi paylaşımına aracılık etmek olacaktır.

Özel sektör

SSBK'nin mesajları ile başta ulus ötesi şirketler olmak üzere özel sektördeki nüfuz sahibi aktörlerin çıkarları arasında ortaya çıkabilecek gerilimler nedeniyle SSBK'nin karşıya kalabileceği zorluklardan daha önce bahsedilmişti. Şüphesiz, iş dünyasını sürece dahil etmenin uygun yollarını bulmak Komisyon için başlıca stratejik konulardan biri olacaktır. Kaynakların büyük ölçekte ve hükümet önderliğinde yeniden dağıtılması yoluyla sosyal eşitsizliği azaltacak yapısal değişiklik önerilerinin iş camiasının övgüsünü kazanması ihtimali yoktur. Bununla birlikte, sağlığın SSB'den hareketle iyileştirilmesini amaçlayan orta düzeyde bir takım politika ve programlar özel sektördeki aktörleri cezbedebilir ve böylece Komisyon bazı endüstrileri ve firmaları SSBK önerilerini "dikkate alma" konusunda ikna edebilir. Yakın zamanda Toshiba Corporation Yönetim Kurulu Başkanı Taizo Nishimuro'nun da yer aldığı ILO sponsorluğundaki Küreselleşmenin Sosyal Boyutu ile ilgili Dünya Komisyonu öğretici dersler sunabilir¹³⁶. Komisyon tarafından önerilen bazı politika ve müdahale programları "özel sektör dostu" bir şekilde tasarlanabilir. Örneğin, erken çocuk gelişimine ve eğitime yatırım yapmak teknoloji ve hizmet sektörünün ihtiyaç duyduğu daha sağlıklı, daha vasıflı ve daha uyumlu bir işgücü yaratmak için son derece avantajlıdır. Benzer şekilde kentlerdeki gecekondü bölgelerinde konut koşullarının iyileştirilmesi inşaat sektörü için kâr anlamına gelebilir. Yakın zamanda (Dünya Ekonomik Forumu ve Dünya Bankası tarafından) ulusal iş rekabeti hakkında yayınlanan iki rapor Kuzey ülkelerinin dünyanın en rekabetçi ekonomileri arasında olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu ülkelerin sosyal eşitliğe ve SSB'yi ele alan programlara sağlam yatırımlar yapmış olması küresel ekonomide rekabet edebilmelerine engel teşkil etmemektedir. Aksine, Dünya Bankası araştırmasının yazarlarından birine göre, "Sosyal koruma iş dünyası için iyidir, çünkü işletmeleri sağlık hizmetlerine ilişkin maliyet yükünden kurtardığı gibi onlara eğitilmiş ve iyi yetişmiş bir işgücü de sağlar"¹³⁷. Bu sonuçlar SSBK lehine savlar üretmeye yardımcı olabilir.

Diğer taraftan, mali "kâr-zarar" kaygısı taşıyan özel sektörle ve hükümetlerle olan ilişkilerin altında daha derin metodolojik ve etik sorular yatmaktadır. Komisyon, SSB'ye kucak açan sağlık politikalarını teşvik etmek için maliyet tasarrufu ve maliyet etkinliği argümanlarını kullanıp kullanamayacağını veya nasıl kullanacağını düşünmek zorundadır. SSB yaklaşımlarını siyasi karar vericilere tanıtırken bu gibi argümanlara başvurmak muhakkak avantajlı olacaktır.

Kıdemli bir politika danışmanının da yakın zamanda gerçekleşen kanıt tabanlı politika geliştirme seminerinde vurguladığı gibi,

"Kanıtları konuşuran nedir?

Elbette ki mali sonuçlar...

Hükümetin dikkate alacağı en iyi argüman nedir? Cevap: Para! "¹³⁸

Fark edildiği üzere, Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu yarattığı etkiyi politika tavsiyelerini gerekçelendirirken kullandığı etik argümanlara değil, ekonomik getiri argümanlarına borçludur. Benzer şekilde, sağlık belirleyicilerini odak alan halk sağlığı stratejilerini hayata geçirmiş veya en azından bunlara itibar eden çok sayıda ülkede maliyet tasarrufu ile ilgili argümanlar da SSB politikası yanlıları tarafından kullanılmıştır. Buna rağmen bu argümanların bilimsel açıdan sağlamlığı sorgulanabilir. (İnsan ömrünü 50 yaşı geçecek şekilde uzatmak sağlık sistemleri için büyük ve uzun vadeli tasarrufları garanti etmez. Bu, daha çok insanların uzayan yaşamları süresince alması gereken sağlık hizmetlerinin ve diğer hizmetlerin türüne ve kalitesine bağlıdır.). SSB politikalarını, hükümetlerin ve sağlık sistemlerinin paradan tasarruf edebileceği araçlar olarak sunmak ekonomik açıdan güvenilir midir? Bu şekilde hareket etmek ahlaki açıdan doğru mudur? Komisyon'un SSB politikalarıyla ilgili ekonomik temelli argümanları eşitlik, sosyal adalet ve/veya insan hakları temelli argümanlarla nasıl bağdaştırabileceğini dikkatlice düşünmesi gerekecektir.

Sivil toplum

Alma-Ata öncesi toplum temelli sağlık programları devrinden bu yana sektörler arası sağlık belirleyicileri hareketinin yerel ve ulusal düzeyde işe yaramış olduğu yerlerde kilit bir başarı faktörü olarak sivil toplum gruplarının aktif katılımından sürekli olarak bahsedilmiştir^{14,27,42}. SSBK sadece sözde değil uygulamada da somut sonuçlar üretmeyi amaçladığından bu ikisi arasındaki bağıntıyı ciddiye almak ve stratejilerini buna göre şekillendirmek zorundadır.

SSBK, sivil toplumun küresel, ulusal ve yerel ölçekte önem kazanan rolünden faydalanabilir. Yeni iletişim teknolojilerinin yardımıyla bağlantılarını giderek siyasi ve coğrafi sınırların ötesine taşıyan sivil toplum örgütlerinin nüfuzu da bilgi toplama/paylaşma ve birbirini destekleme becerisi de bu yolla dünyanın pek çok yerinde artmıştır^{139,140,141}. Sivil toplum seferberliği, son yılların başlıca politik süreçlerinin bazılarında kritik bir faktör olmuştur (Apartheid sisteminin çöküşünden Ukrayna'daki "Turuncu Devrim" kadar).

MÜTTEFİKLER VE POLİTİK FIRSATLAR: ANA STRATEJİK SORULAR

- ➔ **SSBK, Bin Yıl Kalkınma Hedefleri (BKH) ile ilgili küresel ve ulusal süreçlerde kendini en etkili şekilde nasıl konumlandırabilir?**
- ➔ **SSBK'nin sosyal belirleyicileri hedef alan sağlık politikalarını "karşılığında" ekonomik performansı arttıracak ve/veya sağlık sistemlerinde maliyet tasarrufu sağlayacak akıllıca bir yatırım olarak savunması bilimsel açıdan güvenilir, stratejik olarak makbul ve/veya etik açıdan kabul edilebilir midir?**
- ➔ **SSBK, sivil toplum dahil diğer destek gruplarının güvenini kaybetmeden iş camiasının "desteğini" kazanmak için stratejik olarak hareket edebilir mi? Komisyon bir taraftan çalışmalarını sürdürürken diğer taraftan bu çıkarlar arasındaki muhtemel çatışmalara nasıl aracılık edecektir?**

Sağlık alanında Bangladeş Kırsal İlerleme Komitesi (BRAC), Güney Afrika'nın Tedavi Hareketi Kampanyası ve diğer sivil toplum örgütlenmeleri tıp kurumları, hükümet, sektör çıkarları ve topluluklar arasındaki geleneksel ilişkileri dönüştürmüştür. Birçok büyük uluslararası STK, SSB gündemini kesin olarak desteklediklerini ifade etmiştir. Bazıları daha Komisyon'un duyurusunu beklemeden bu desteği sunmuştur¹⁴². Eğer SSBK sivil toplum gruplarını çalışmalarının çeşitli aşamalarına aktif birer ortak olarak dahil edebilirse, o zaman politika değişimini hızlandırmada ve iyi fikirlerin somut uygulamalara dönüşmesinde sivil toplumun yükselen sesinden ve etkisinden güç kazanma umudu da olabilir. Bu konunun stratejik önemini kavrayan SSBK sekreteryası sivil toplum örgütleriyle kapsamlı bir ortaklık stratejisi geliştirmektedir. Bu strateji, partner ülkeler ve Bilgi Ağları da dahil SSBK sürecinin tüm boyutlarında sivil toplumun katılımına olanak sağlayacaktır. SSBK'nin Haziran 2005'te Ekvator'un Cuenca kentinde toplanacak olan İkinci Halkların Sağlığı Asamblesi'nde yer alacak olması somut bir diyalog başlatmak için önemli bir adımdır.

3.2.4 Kanıt, politik süreçler ve SSBK "hikayesi"

SSB odaklı sağlık politikalarına şüpheyle yaklaşan destek gruplarını ikna etmek için bilimsel kanıt elbette önemlidir. Ancak tek başına kanıt politik hareketi tetiklemek için nadiren yeterlidir. Politik açıdan en az kanıt kadar önemli olan şey belki de o kanıtın nasıl bir "hikaye" ile sunulduğudur.

Bu fikir elbette yeni değildir. Esasında siyasetin kendisi kadar eskidir. Bununla birlikte, bu temanın önemi ancak yakın halk sağlığı tarihinde kesin olarak kabul edilebilmiştir. 1970'lerde ortaya çıkmış olan birinci basamak sağlık hizmeti hareketi önceki on yıllarda başarılı olmuş toplum temelli sağlık programlarına ait kanıtlardan faydalanabilmiştir. Fakat, BBSH'yi ve Herkes İçin Sağlıklı küresel bir hareketin düsturları haline getiren sunulan kanıtlar değildi (kanıtlar 1970'lerde görece yetersiz kalmaktaydı). Söz konusu değişimi yaratan BBSH yandaşları tarafından anlatılan ve destansı Mahler figürüyle vücut bulan adaletin, insanlık gelişiminin ve sosyal dönüşümün inandırıcı hikayesiydi. Hemen arkasından gelen selektif BBSH'nin zaferi de aynı şekilde, kanıttan çok yeni ve bir bakıma çok daha merak uyandıran (daha basit olduğu için) bir "kurgu" ile uyum yakalamış yeni politik çıkarların eseri idi. Bu yeni hikâye bu kez sosyal adalet yerine çocuk ölümlerini ve hızlı hareket ederek kurtarılabilecek hayatları anlatmayı seçmişti. Öyle ki, selektif BBSH hikayesi "öncesi ve sonrası" fotoğraflarla anlatılmış ve bu fotoğraflar "çocuk sağkalım devriminin" tanıtımında sıkça kullanılmıştı. İlk fotoğrafta ishal, halsizlik ve susuzluk ile birlikte hasta olarak resmedilen küçük bir çocuk ikinci resimde bu kez oral rehidrasyon tuzu tedavisi sonrasında eski canlı hayatına geri dönmüş biri olarak resmedilmişti¹⁴. SBBSH/GOBI hikayesi Alma-Ata vizyonu savunucularının daha önce mücadele etmeye çalıştığı pek çok politik ve ekonomik karmaşayı yutmuş veya örtbas etmiştir. Ancak SB-BTH'ye ve çocuk sağkalım programına güç ve kıymet kazandıran işte bu temel insan sadeliği olmuştur.

Sağlık alanında politika değişimi için hikâye unsurunun önemi yakın zamanda şaşırtıcı bir araştırma ile doğrulanmıştır. İleri gelen halk sağlığı uzmanlarından oluşan bir ekip bilimsel bilginin gerçekte politika geliştirme süreçlerinde nasıl kullanıldığını (veya göz ardı edildiğini) araştırmıştır. Bu konuyu kıdemli politika danışmanları ile birlikte yürüttükleri kalitatif bir seminer çalışmasında keşfetmeye çalışmışlardır.

Seminerden çıkan sonuçlar, halk sağığı uzmanlarının sadece bilimsel esaslı kanıtlar sunarak politikalara tesir edebileceklerine inanmaktan artık vazgeçmeleri gerektiğini söylemektedir. Araştırma kapsamında görüşülen politika yapıcılar, mesleki jargondan arındırılmış basit mesajlara ihtiyaç olduğunu ifade etmişler ve araştırmacıları hükümetlerin çalışma takvimleri konusunda daha dikkatli hareket etmeye davet etmişlerdir. İnandırıcı bir şekilde ve olması gereken zamanda sunulmadığı ve karar vericilerin o an uğraştıkları meselelerle ilgisi açıklanamadığı sürece sağlam kanıtların varlığı kendiliğinden değişimi tetikleyecek güce sahip değildir. “İyi bir hikâyenin değerini” üstüne basa basa ifade eden birçok politika yapıcı vardır. İngiltere’den bir sağığı politikası danışmanının fark ettiği üzere,

“[Önemli olan] kanıtların ne kadar ikna edici bir şekilde sunulduğu ve sizin onları ne kadar ilginç hale getirdiğinizdir. ‘İyi bir hikâyenin’ görünüş geçerliliği sunum tarzının politikayı nasıl etkileyebileceğine bir örnektir”¹³⁸.

Katılımcılar hikayelerin öneminin kanıt temelli politika yapma fikrine aykırı olmadığını ileri sürmüşlerdir. Hatta içlerinden biri bunun ikisinden birini (ya kanıt ya da hikâye) seçme meselesi olmadığını ifade etmiştir. “Hikayeler, kanıtlarla beraber inandırıcı bir şekilde kullanılabilir”. Esasında hikâye, kanıtlara insan eliyle anlam kazandırmak için bir araçtır.

Sosyal belirleyicileri anlatan “hikâye”, siyasi karar vericilerin ve diğer paydaşların ilgisini çekebilmeli ve onlara SSB’nin önemli olduğu ve bu faktörlere yönelik eylemler için uygun koşulların ve zamanın var olduğu fikrini aşılayabilmelidir. Politika yapıcılarının SSB gündemini diğer meslektaşlarına ve kendilerini destekleyen gruplara “satabilmesine” olanak vermeli ve onları bu konuda cesaretlendirmelidir. Böyle inandırıcı ve kolay anlaşılır bir hikâye yaratıp ona hep birlikte “sahip çıkmak” ise muhtemelen SSBK’nin karşında duran en önemli zorluktur.

İNANDIRICI BİR HİKÂYE VE KANIT: ANA STRATEJİK SORU

- ➔ **SSBK sosyal koşullar ve insan sağığı hakkına hangi hikâyeyi anlatmak ister? Nasıl bir hikâye anlatımı hem politikacıların hem de genel olarak halkın hayal gücüne, hislerine, düşüncelerine ve iradesine hitap edebilir ve onları harekete geçmeye sevk edebilir?**

4 Sonuç

Günümüzde, dünyanın yoksul ve savunmasız toplumlarında yaşanan çilelerin ve önlenebilir ölümlerin kök sebepleriyle mücadele etmeye yönelik benzersiz bir fırsat vardır. Sağlıktaki eşitsizliklerin ve insanların muzdarip olduğu acıların çoğunun kökeni sosyal/ toplumsal sebeplerdir. Diğer bir deyişle bunlar, sağlığın sosyal belirleyicileridir. Geçtiğimiz on yıl boyunca SSB ile ilgili bilimsel birikim büyük ölçüde artmıştır ve günümüzde harekete geçmek için gerekli politik koşullar geçmişte olduğundan çok daha elverişlidir. Bu fırsat kaçırılmayacak kadar önemlidir. Onu yakalamak için ilgili bilim dallarının uzmanlığından yararlanabilen bir liderlik anlayışı, ama aynı zamanda ahlaki bir vizyon ve siyasi bilgi birikimi gerekmektedir. İşte, Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile ilgili Komisyonun kurulmuş olmasının sebebi budur.

Bu sıra dışı fırsat çok eskiye dayanan bir süreç sonunda ortaya çıkmıştır. 1948 tarihli DSÖ Anayasası'nda da kesin olarak ifade edildiği gibi, takip eden yıllarda teknoloji temelli dikey programların hüküm sürdüğü halk sağlığı döneminde sağlığın sosyal belirleyicileri gölgede bırakılmıştır. Sağlığın sosyal belirleyicileri ve bunlara yönelik sektörler arası eylem ihtiyacı Alma-Ata sürecinde yeniden ortaya çıkmış ve Herkes İçin Sağlık (Health for All) programını yönlendirmek üzere önerilen kapsamlı BBSH modelinin esasını teşkil etmiştir. Bu dönem boyunca bazı ülkeler beslenme ve kadınların eğitimi gibi başlıca sosyal belirleyicileri ele almada önemli hamleler yapmıştır. Bununla birlikte, kapsamlı BBSH'nin diğer yönlerinde olduğu gibi belirleyicilere yönelik eylemde 1980'leri ve sonrasında yılları hakimiyeti altına alan neoliberal ekonomik ve politik konsensus tarafından zayıflatılmıştır. Bu dönemin odak noktaları özelleştirme, deregülasyon, daralan devletler ve serbestleşen piyasalar olmuştur. Neoliberalizmin türlü biçimlerinin uzun süren hakimiyeti nedeniyle sağlık düzeyini sosyal eşitsizlikleri hedef alarak iyileştirecek devlet hamleleri de geçerliliğini birçok yerde yitirmiştir.

Ancak yakın zamanda rüzgâr tersine dönmüştür. Neoliberal politikanın kusurları açığa çıkmış ve alternatif kalkınma yaklaşımlarına ihtiyaç olduğu geniş çapta kabul edilmiştir. 1990'larda sağlığın sosyal belirleyicilerinin bilimsel olarak anlaşılmasında hızlı adımlar atılırken ülkelerin birbirleri arasında ve kendi içlerinde var olan

sağlık eşitsizlikleri ile ilgili kaygılar da artmıştır. Giderek artan sayıda ülkede bu bilimsel kanıtlar/ bulgular yeni ve cesur kamu politikası yaklaşımlarını şekillendirmek için kullanılmıştır. Bu trend şimdilik büyük ölçüde yüksek gelirli ülkelerle sınırlı olsa da birkaç gelişmekte olan ülke SSB ile ilgili yenilikçi aksiyonlar almaya başlamıştır ve daha fazla ülke aynısını yapmaya hazırdır. 2000 yılında 189 ülke tarafından kabul edilen Binyıl Kalkınma Hedefleri küresel kalkınma için yeni ve entegre bir çerçeve belirlemiştir. Böylece kalkınmanın önündeki engellerin kaldırılabilmesi için makroekonomik politika, gıda ve tarım, eğitim, toplumsal cinsiyet ve sağlık dahil birçok sektörlerde eş zamanlı ve koordineli eylemlere ihtiyaç olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Sağlıkla ilgili BKH'ler düşük ve orta gelirli ülkelerin çoğunda SSB ile ilgili güçlü politik eylemler olmadan gerçekleştirilemez. "Rüzgârın yön değiştirmiş" olması sosyal belirleyicilerle ilgili harekete geçmek için tarihi bir fırsat sunar ve sağlık hizmetlerinin sunumuyla ilgili politikaların aksine *sağlık politikasının* unsurları ile ilgili teori ve pratiği değiştirmek için bir şans yaratır.

SSBK misyonu doğrultusunda yola çıkarken tarih onun kıymetli bir başvuru kaynağı olacaktır. Başarı şansını arttırmak için Komisyon'un stratejilerini şekillendirirken geçmişteki SSB çabalarını ve bu deneyimlerin öğretebileceği dersleri dikkate alması şarttır. Bu çalışma, SSB ile ilgili belli başlı çabaları tarihsel bir bakışla sunmaktadır. Çalışma, gerek SSB hakkında biriktirilen bilgiyi gerekse sağlığın sosyal boyutlarına müdahale etme çabalarını şekillendirmiş ve bunlarla ilgili başarılarla veya hayal kırıklıklarında payı olan politik dinamiklerden bazılarını ana hatlarıyla izlemeye almaktadır.

SSBK kimliğini oluştururken, hedeflerini tayin ederken ve stratejilerini şekillendirirken Komisyon üyelerinin mücadele vermek zorunda olduğu acil meselelerden bazılarına netlik kazandırırsa çalışma, işlevini yerine getirmiş olacaktır.

Sonuç olarak, belirlenen 8 ana stratejik soruyu hatırlamak gerekirse:

1. SSBK “Mahler-Grant çıkmazı” konusunda kendisini nasıl konumlandıracaktır? Örn, şu ikisinden hangisini seçecektir (veya aralarında bir orta yol bulacak mıdır)?: (1) sosyal adalet vizyonunu temel alan geniş kapsamlı bir yapısal eleştiri (2) kısa dönemde sonuç üretebilen ancak gerçekte önlenemez çilelerin ve sağlık eşitsizliklerinin derinde yatan sebeplerini ortaya çıkarmadan olduğu gibi bırakma riski taşıyan dar kapsamlı birçok programın teşvik edilmesi. Eğer saha kapsamlı ve değer odaklı bir yaklaşım seçilirse SSBK kısa dönemli faydayı ve ölçülebilir sonuçları feda edebilir. Eğer daha selektif/özel, müdahale odaklı ve pragmatik bir duruş benimserse, o zaman da eleştirmenler böyle bir iş için maliyeti çok daha düşük olan teknik bir çalışma grubu yerine neden küresel bir Komisyon’a ihtiyaç duyulmuş olduğunu sorgulayabilirler. Bu konu temelde Komisyon üyelerinin siyasi rollerinden ne anladıklarıyla ve politika eylemini kolaylaştırmayı ve vakit kaybetmeden somut ve ölçülebilir sonuçlar kazandırmayı amaçlayan bir projede ahlaki değerlere atfettikleri yerle alakalıdır.
2. SSBK farkı ülke/yerel birimler için uygun politika girdi noktalarını belirlerken hangi değerlendirme yapısını devreye sokacaktır?
3. Bir SSB politika gündemi, siyasi liderlerin ilgisini çekmek için bazı “hızlı kazanımlar” sunmak zorundadır. Bu prensip hem ulusal düzeydeki politik süreçler hem de küresel düzeyde Komisyon için geçerlidir. Gerek sosyal belirleyicilerle uğraşan ülkeler gerekse SSBK için ne gibi “hızlı kazanımlar” olabilir?
4. Komisyon, başta Dünya Bankası olmak üzere önemli uluslararası finans kurumlarıyla ilişkilerini nasıl geliştirecektir?
5. SSBK, Bin Yıl Kalkınma Hedefleri (BKH) ile ilgili küresel ve ulusal süreçlerde kendini en etkili şekilde nasıl konumlanabilir?
6. SSBK’nin sosyal belirleyicileri hedef alan sağlık politikalarını, “karşılığında” ekonomik performansı arttıracak ve/veya sağlık sistemlerinde maliyet tasarrufu sağlayacak akıllıca bir yatırım olarak savunması bilimsel açıdan güvenilir, stratejik olarak makbul ve/veya etik açıdan kabul edilebilir midir?
7. SSBK, sivil toplum dahil diğer destek gruplarının güvenini kaybetmeden iş camiasının “desteğini” kazanmak için stratejik olarak hareket edebilir mi? Komisyon bir taraftan çalışmalarını sürdürürken diğer taraftan bu çıkarlar arasındaki muhtemel çatışmalara nasıl aracılık edecektir?
8. Bu ve diğer konuların hepsinin bir araya getirilmesi “hikâye” meselesidir. Bu, yalnızca Komisyon’un uğraşmak zorunda olduğu bilimsel ve politik problemlere dipnot açıklama getirmek demek değildir, aynı zamanda SSBK’nin değişimi tetikleme çabasının da merkezindedir. SSBK üyeleri her birlikte sosyal koşullar ve insan sağlığı hakkına hangi *hikâyeyi* anlatmak ister? Nasıl bir hikâye anlatımı hem politikacıların hem de genel olarak halkın hayal gücüne, hislerine, düşüncelerine ve iradesine hitap edebilir ve onları harekete geçmeye sevk edebilir?

Kısaltmalar listesi

CCSS	<i>Caja Costarricense del Seguro Social</i> (Kosta Rika Sosyal Sigorta Fonu)
TTSP	toplum temelli sağlık programları
MSK	Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu
SSBK	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu
G-8	Sekizler Grubu
DMİS	<i>Düşük maliyetle iyi sağlık</i> (Rockefeller Vakfı)
GOBI	gelişimin izlenmesi, ağızdan sıvı tedavisi, emzirme ve bağışıklama
SEB	Sağlık Eylem Bölgeleri (Birleşik Krallık)
HİS	Herkes için Sağlık
HIPC	Ağır Borç Yükü Altındaki Yoksul Ülkeler Girişimi
SSR	sağlık sektörü reformu
SSH	sektörler arası sağlık hareketi
IMF	Uluslararası Para Fonu
UFK'ler	uluslararası finans kurumları
SB	Sağlık Bakanlığı
BKH'ler	Binyıl Kalkınma Hedefleri
STK	sivil toplum örgütleri
BBSH	birinci basamak sağlık hizmetleri
YASB	Yoksulluğu Azaltma Stratejisi Belgesi
KSP	Kırsal Sağlık Programı (Kosta Rika)
YUP'lar	yapısal uyum programları
SSB	sağlığın sosyal belirleyicileri
SBBSH	selektif birinci basamak sağlık hizmetleri
UK	Birleşik Krallık
BM	Birleşmiş Milletler
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSA	Dünya Sağlık Asamblesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	Dünya Ticaret Örgütü

Referanslar

- 1 WHO. 2003. World Health Report 2003: Shaping the future. Geneva: WHO.
- 2 Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. Challenging inequities in health. New York: Oxford UP.
- 3 Leon D, Walt G (eds). 2001. Poverty, inequality and health: an international perspective. New York: Oxford UP.
- 4 Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds). 2000. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Monroe, Maine: Common Courage.
- 5 McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman J. 2002. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs* 21(2): 78-93.
- 6 Tarlov A. 1996. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). *Health and social organization*. London: Routledge: 71-93.
- 7 UNDP. 2003. Human Development Report 2003: Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP.
- 8 UN Millennium Project. Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals. New York: United Nations.
- 9 Virchow R. 1848/1985. Collected essays on public health and epidemiology. Cambridge: Science History Publications.
- 10 McKeown T. 1976. The Modern Rise of Population. New York: Academic Press.
- 11 Constitution of the World Health Organization. 1948. http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={9D5}&softpage=Document42
- 12 Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. In press. Promoting public health in the 21st century: the role of WHO. In Kawachi I and Wamala S, eds. *Globalization and health*. New York: Oxford UP.
- 13 Norman Sartorius. Personal communication. Cited in Bonita R, Irwin A, Beaglehole R. In press. Promoting public health in the 21st century: the role of WHO. In Kawachi I and Wamala S, eds. *Globalization and health*. New York: Oxford UP.
- 14 Werner D, Sanders D. 1997. Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival. Palo Alto, CA: Healthwrights.
- 15 Litsios S. Malaria control, the cold war, and the postwar reorganization of international assistance. Geneva: WHO.
- 16 Cueto M. 2004. The origins of primary health care and selective primary health care. Joint Learning Initiative: JLI Working Papers Series.
- 17 Litsios S. 2002. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services* 32(4):709-32.
- 18 Newell K. 1975. Health by the People. Geneva: WHO.
- 19 Djukanovic V, Mach EP (eds). 1975. Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries, a Joint UNICEF/WHO Study. Geneva: WHO.
- 20 Cited in Cueto, The origins of primary health care, 3.

- 21 Mahler H. 1981. The meaning of "health for all by the year 2000". World Health Forum 2 (1): 5-22.
- 22 WHO/UNICEF. 1978. Declaration of Alma-Ata.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
- 23 WHO/Rockefeller Foundation. 1986. Intersectoral action for health: the way ahead. Report of the WHO/Rockefeller Foundation meeting 3-6 March 1986. New York: Rockefeller Foundation.
- 24 WHO. 1986. Intersectoral action for health. Geneva: WHO.
- 25 World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization. On-line at: <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>
- 26 Raphael D. 2003. Maintaining Population Health in a Period of Welfare State Decline: Political Economy as the Missing Dimension in Health Promotion Theory and Practice. Health Promotion International.
- 27 Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). 1985. Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation.
- 28 Pan-American Health Organization. 1988. National Health and Social Development in Costa Rica: A Case Study of Intersectoral Action. Washington, DC: PAHO.
- 29 Saenz L. 1985. Health Changes during Decade: The Costa Rican Case. In Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation.
- 30 Rosero-Bixby L. 1985. Infant Mortality Decline in Costa Rica. In Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation.
- 31 Munoz and Scrimshaw. 1995 The nutrition and health transition of democratic Costa Rica. Boston, MA: International Fund for Developing Countries.
- 32 Marga Institute. 1984. Intersectoral Action for Health: Sri Lanka Study. Sri Lanka: Marga Institute.
- 33 Fernando D. 2000. An overview of Sri Lanka's health care system. Health care systems in transition III. Sri Lanka, Part I. Vol. 22(1).
- 34 Gunatilleke G (ed.). 1984. Intersectoral Linkages and Health Development: Case Studies in India (Kerala State), Jamaica, Norway, Sri Lanka, and Thailand. Geneva: World Health Organization.
- 35 Spiegel J, Yassi A. 2004. Lessons from the Margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. Journal of Public Health Policy 25(1): 86-88.
- 36 Diaz-Briquets S. 1983. The Health Revolution in Cuba. Austin: University of Texas Press.
- 37 Nayeri K. The Cuban health care system and the factors currently undermining it. J Community Health. 1995 Aug;20(4):321-34
- 38 Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. 2004. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. Health Affairs 23(3): 167-76.
- 39 Rosenfield P. The contribution of social and political factors to good health. In Halstead S, Walsh J, Warren K (eds). 1985. Good health at low cost. New York: Rockefeller Foundation. 173-85.
- 40 Mulholland C. 1999. Promoting health through women's functional literacy and intersectoral action. Geneva: WHO.
- 41 Reich, M. 1988. Technical Fixes and Other Problems in Saving Lives in the World's Poorest Countries. J Public Hlth Pol. 9 (1): 92-103.
- 42 Von Schirnding Y. 1997. Intersectoral action for health: addressing health and environment concerns in sustainable development. Geneva: WHO.
- 43 Commission for Sustainable Development. International Workshop on Health, the Environment and Sustainable Development. Copenhagen, 23-25 February 1994. Cited in Von Schirnding 1997, 27.
- 44 Walsh J, Warren K. 1979. Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. New England Journal of Medicine 301:18: 967-974.
- 45 Grant J. 1983. A child survival and development revolution. Assignment Children 61/62.
- 46 Grant J. 1984. Marketing child survival. Assignment Children 65.
- 47 Shuftan C. 1990. The child survival revolution: a critique. Family Practice Dec;7(4):329-32.
- 48 Kent G. 1991. The politics of children's survival. New York: Prager.

- 49 Ruxin J. 1994. Magic bullet: the history of oral rehydration. *Medical History* 38: 363-97.
- 50 Coburn D. 2000. Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neoliberalism. *Social Science and Medicine* 51: 135-46.
- 51 Gershman J, Irwin A. 2000. Getting a grip on the global economy. In Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds). 2000. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage.
- 52 Nabarro D, Cassels A. 1994. *Strengthening health management capacity in developing countries*. London: Overseas Development Administration.
- 53 Standing H. 1999. Frameworks for understanding gender inequalities and health sector reform: an analysis and review of policy issues. Harvard Center for Population Studies Working Paper Series Number 99.06.
- 54 Homedes N, Ugalde A. 2005. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 71: 83-96.
- 55 Mills A, Bennett S, Russell S. 2001. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke: Palgrave.
- 56 Bjorkman JW, Altenstetter C. 1997. Globalised concepts and local practice: convergence and divergence in national health policy reforms. In Altenstetter C, Bjorkman JW (eds). *Health policy reform, national variations and globalization*. Basingstoke: Macmillan. Cited in Mills A, Bennett S, Russell S. 2001. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke: Palgrave.
- 57 Schoepf B, Schoepf C, Millen J. 2000. Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa. In Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J (eds). 2000. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, Maine: Common Courage.
- 58 UNICEF. 1989. *State of the world's children 1989*. New York: UNICEF.
- 59 Barnet R, Cavanagh J. 1994. *Global dreams: imperial corporations and the new world order*. New York: Simon and Schuster.
- 60 Danaher K (ed). 1994. *Fifty years is enough: the case against the World Bank and the International Monetary Fund*. Boston: South End.
- 61 George S, Sabelli F. 1994. *Faith and credit: the World Banks secular empire*. Boulder, CO: Westview.
- 62 Bennet N, Bloom D, Ivanov S. 1998. Demographic implications of the Russian mortality crisis. *World Development* 26:1921-37.
- 63 McKee M. 2001. The health consequences of the collapse of the Soviet Union. In Leon D, Walt G (eds). *Poverty, inequality and health: an international perspective*. New York: Oxford UP.
- 64 Mander J, Goldsmith E. 1996. *The case against the global economy*. San Francisco: Sierra Club.
- 65 World Bank. 1996. *Global economic prospects and the developing countries: 1996*. Washington, DC: World Bank.
- 66 World Bank. *World Development Report 1999/2000 - Entering the 21st century: the changing development landscape*. Washington, DC: World Bank.
- 67 International Development Association/IMF. 2002. *Review of the Poverty Reduction Strategy Paper (PRSP) approach: main findings*. Washington, DC: IMF.
- 68 Labonte R, Schrecker T. 2004. *Fatal indifference: the G-8, Africa and global health*. Cape Town: University of Cape Town Press.
- 69 WHO. 2002. *Health in PRSPs: WHO submission to World Bank/IMF review of PRSPs*. Geneva: WHO.
- 70 Laterveer L, Niessen L and Yazbeck A. 2003. Pro-Poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning* 18(2): 138-145.
- 71 Fee E et al. In press. The World Health Organization and the transition from "international" to "global" health.
- 72 World Bank. *World Development Report 1993: Investing in health*. Washington, DC: World Bank.
- 73 Braveman P. 1998. *Monitoring equity in health: a policy-oriented approach in low- and middle-income countries*. Geneva: WHO.

- 74 Mills C. 1998. Equity and health: key issues and WHO's role. Geneva: WHO.
- 75 WHO. 1995. Health in social development: WHO position paper, World Summit for Social Development, Copenhagen, March 1995. Geneva: WHO.
- 76 WHO. 1998. Health For All in the 21st Century. Geneva: WHO.
- 77 WHO. 1997. Intersectoral action for health: a cornerstone for Health for All in the Twenty-first Century. Geneva: WHO.
- 78 WHO. 1997. Health: the courage to care. Geneva: WHO.
- 79 Lalonde M. 1974. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Ministry of Health and Welfare.
- 80 Black D et al. 1980. Report of the working group on inequalities in health. London: Stationery Office.
- 81 Marmot M, Rose G, Shipley M, Hamilton PJ. 1978. Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health* 32:244-9.
- 82 Marmot M, Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I, Brunner E, Feeney A. 1991. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 337: 1387-1393.
- 83 Evans RG, Barer ML, Marmor T. 1994 Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York: A de Gruyter.
- 84 Marmot M, Wilkinson R. 1999. Social determinants of health. New York: Oxford UP.
- 85 Wilkinson R. 1996. Unhealthy societies. London: Routledge.
- 86 Kawachi I (ed). 1999. The society and population health reader. New York: New Press.
- 87 Wilkinson R, Marmot M. 1999. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- 88 Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge.
- 89 Raphael D (ed). 2004. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press.
- 90 Crombie I et al. 2004. Closing the health inequalities gap: an international perspective. Dundee: NHS Health Scotland.
- 91 Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. 2001. The social basis of disparities in health. In Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M (eds). 2001. Challenging inequities in health. New York: Oxford UP.
- 92 Mackenbach J, Bakker M, Sihto M, Diderichsen F. 2002. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge.
- 93 Swedish National Institute of Public Health. 2003. Sweden's New Public Health Policy: National Public Health Objectives for Sweden.
- 94 Interview with Piroska Ostlin, 10 January 2005.
- 95 Benzeval M. 2002. England. In Mackenbach J, Bakker M (eds). 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. London: Routledge.
- 96 Acheson D, Barker D, Chambers J, Graham H, Marmot M. 1998 The Report of the Independent Inquiry into Inequalities in Health. London: The Stationery Office.
- 97 Department of Health. 1999. Reducing health inequalities: an action report. London: Stationery Office.
- 98 Department of Health. 2001. Tackling Health Inequalities: Consultation on a plan for delivery.
- 99 Department of Health. 2002. Tackling health inequalities: 2002 cross cutting review.
- 100 Judge K, Mackenzie M. 2002. Theory based evaluation. In Mackenbach J, Bakker M (eds). Reducing Inequalities in Health: A European Perspective.
- 101 Sutcliffe P, Deber R, Pasut G 1997. Public Health in Canada: A Comparative Study of Six Provinces. *Canadian Journal of Public Health* Vol 87(4): 246 - 249
- 102 Advisory Committee on Population Health. 1994. Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians. Ottawa: Health Canada.

- 103 Health Canada. 1998. Taking action on population health. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- 104 Health Canada. 1999. Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health. Ottawa: Health Canada.
- 105 Hylton J. 2003. Improving Health Status through Inter-Sectoral Cooperation. Edmonton, Canada: Muttart Foundation.
- 106 Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Population Health. 1999. Intersectoral Action Towards Population Health. Ottawa: Health Canada.
- 107 Curry-Stevens A. 2004. Income and income distribution. In Raphael D (ed). Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press.
- 108 Teeple G. 2000. Globalization and the decline of social reform. Aurora: Garamond.
- 109 Raphael D, Curry-Stevens A. 2004. Conclusion: Addressing and Surmounting the Political and Social Barriers to Health. In Raphael D (ed). Social Determinants of Health: Canadian Perspectives. Toronto: Canadian Scholars Press.
- 110 Levine R. 2004. Millions Saved: Proven Successes in Global Health. Center for Global Development, Washington, DC pp.75-76
- 111 Skoufias E, Davis B, de la Vega S. 2001. Targeting the Poor in Mexico: An Evaluation of the Selection of Households into PROGRESA. In World Development Vol. 29(10) pp.1769-84.
- 112 Gertler P, Boyce S. 2001. An Experiment in Incentive-Based Welfare: The Impact of PROGRESA on Health in Mexico.
- 113 Devereux, S. and Sabates-Wheeler, R. (2004) Transformative social protection. IDS Working Paper 232. Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton
- 114 Gomez de Leon J, Parker S, Hernandez D. 1999. PROGRESA: A New Strategy to Alleviate Poverty in Mexico. Available at www.worldbank.org
- 115 Schultz P. 2000. Final Report: The Impact of PROGRESA on School Enrollments. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- 116 Gertler P. 2000. Final Report: The Impact of Progresa on Health. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- 117 Behrman J, Hoddinott J. 2000. An Evaluation of the Impact of Progresa on Pre-School Child Height. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- 118 Hoddinott J, Skoufias E. 2003. The Impact of Progresa on Food Consumption. IFPRI Discussion Paper 150. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- 119 Skoufias E. 2000. Is Progresa Working? Summary of the results of an Evaluation by IFPRI. Washington, DC: International Food Policy Research Institute.
- 120 Rogelio Gomez-Hermosillo. 2004. Personal Communication
- 121 Lee JW 2003. Global health improvement and WHO: shaping the future. Lancet 362: 2083-88.
- 122 Drager N, Vieira C. 2002. Trade in health services: global, regional and country perspectives. Washington, DC: PAHO
- 123 See Kawachi I, Wamala S (eds). Forthcoming. Global and health. New York: Oxford UP.
- 124 Lee Jong-wook, speech to the 57th World Health Assembly, 17 May 2004.
- 125 Graham H, Kelly M. 2004. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Briefing paper NHS Health development Agency.
- 126 Macintyre S, Petticrew M. 2000. Good intentions and received wisdom are not enough. Journal of epidemiology and Community Health 54:802-803.
- 127 Petticrew M, Macintyre S. 2001. What do we know about effectiveness and cost - effectiveness of measures to reduce inequalities in health ?
- 128 Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werff A. 1984. National health systems and their reorientation toward health for all: guidance for policymaking. Geneva: WHO.

- 129 Solar O, Irwin A, Vega J. 2004. Equity in Health Sector Reform and Reproductive Health: Measurement Issues and the Health Systems Context. WHO Health Equity Team working paper.
- 130 Navarro D (ed). 2002. The political economy of social inequalities. Amityville, NY: Baywood
- 131 Hirschhorn N. In press. The tobacco industry documents: what they are, what they tell us, and how to search them : a practical manual. Geneva: WHO.
- 132 World Bank. 1997. World Development Report 1997: the state in a changing world. Washington, DC: World Bank.
- 133 Stiglitz J. 2002. Globalization and its discontents. New York: Norton.
- 134 Carvalho S. 2003. 2002 annual review of development effectiveness: achieving development outcomes: the millennium challenge. Washington, DC: World Bank.
- 135 World Bank. Forthcoming. World Development Report 2006: Equity and development. Washington, DC: World Bank.
- 136 World Commission on the Social Dimension of Globalization. 2004. A fair globalization: creating opportunities for all. Geneva: ILO.
- 137 Cited in Becker E. 2004. Nordic Countries Come Out Near the Top in Two Business Surveys. New York Times. October 14, 2004.
- 138 Petticrew M, Whitehead M, Macintyre S, Graham H, Egan M. 2004. Evidence on public health policy for inequalities: 1: the reality according to policymakers. J Epidemiol Community Health 58:811-816.
- 139 Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2001. Global civil society 2001. Oxford: Oxford UP.
- 140 Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2002. Global civil society 2002. Oxford: Oxford UP.
- 141 Kaldor M, Anheier H, Glasius M (eds). 2003. Global civil society 2003. Oxford: Oxford UP.
- 142 See the 2000 People's Health Charter, <http://www.phmovement.org/charter/pch-index.html>.



2005

TÜRKİYE SAĞLIKLI KENTLER BİRLİĞİ BAŞKANLIĞI

Tayakadın Mahallesi Doyuran Sokak No: 13 16040 Osmangazi, BURSA / TÜRKİYE

Tel: 0224 235 23 99 • Fax: 0224 235 34 70 • www.skb.gov.tr • bilgi@skb.gov.tr