

**DOSYA/DERLEME**

# YOKSULLARIN SAĞLIĞI

## NE DURUMDA, ETKEN NE, SORUN NASIL ÇÖZÜLÜR?

Onur HAMZAOĞLU\*

Dünyadaki insanların en yoksul %20'sinin 14 yaşından önce ölme olasılığı en zengin %20'ye göre yaklaşık 10 kat, yoksul ülkelerde yaşayan kadınların gebelik ya da doğum sürecinden kaynaklanan nedenlerden ölme olasılığı zengin ülkelerde yaşayan kadınlardan yaklaşık 500 kat daha fazladır. Yoksul ülkelerde, özellikle Sahra-altı Afrika'da gerçekleşen ölüm ve sakatlıkların çok büyük bölümü önlenemez ölüm ve sakatlıklardır. Anne ve çocuk ölümlerinin %90'ından fazlası yoksul ülkelerde meydana gelmektedir (DFID 2000: 8).

Her yıl dünyada 10 milyonun üzerindeki çocuk ölümleri ile gebelik döneminde ya da doğum sırasında yaşanan 570 bin anne ölümünün %99'u sanayileşmiş ülkelerin dışındaki ülkelerde gerçekleşmektedir. Yoksul ülkelerde doğuştaki yaşam beklentisi 50 yaşın altındadır (DFID 2000: 11, 19).

Ülkeler arasında ve ülkelerin içerisindeki bebek ölümlülüğündeki farklılıkların %70'i gelir paylaşımındaki eşitsizliklerden kaynaklanmaktadır (DFID 2000: 11). Dünya nüfusunun en yoksul %20'si en zengin %20'sine göre erişkinlerde 4 kat, çocuklarda 10 kat daha fazla ölüm riskiyle yaşamaktadır. Diğer bir deyişle, en yoksulun 14 yaşından önce ölme olasılığı en zenginlerden 10 kat daha fazladır (DFID 2000: 12; 16).

Avrupalı kadınlarda gebelikleri süresince ölme riski 1/4000 iken, Afrika'da yaşayan kadınlarda gebelikleri

döneminde ölme riski 1/12'dir (DFID 2000: 12). Hindistan'da gebelik ile ilişkili nedenlerden bir haftada tüm Avrupa'da bir yıl içinde ölen kadınlardan daha fazla sayıda kadın ölmektedir (DFID 2000: 16).

Afrika'daki yoksul çocuklarının ölüm riski Amerika'daki yoksul çocukların ölüm riskinden yaklaşık 2 kat fazladır (WHO 2003: 9). Eğer dünyadaki bütün çocuklar yaşamlarında benzer olanaklara sahip olsalardı, gelişmekte olan ülkelerde her yıl 11 milyon daha az çocuğun öleceği hesaplanmaktadır (DFID 2000: 16).

Dünyada 1995 yılında gerçekleşen 5 yaş altı ölümlerin %35'i, anne ölümlerinin %46'sı dünya nüfusunun %10'unun yaşamakta olduğu en yoksul ülkelerde meydana gelirken, dünya nüfusunun %15'inin yaşamakta olduğu sanayileşmiş ülkelerde meydana gelen yıllık anne ve çocuk ölümleri dünyadaki bu ölümlerin yalnızca %1'idir (DFID 2000: 17).

Ülkeler içerisinde de benzer farklılıklar görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşen bebek ve çocuk ölümlerinin 1/3'ü nüfusun en yoksul %20'sinin çocuklarıdır. Gelişmekte olan ülkelerdeki nüfusun en yoksul %20'sinin bebek ve çocuklarının ölüm riski en zengin %20'nin bebek ve çocuklarının ölüm riskinden 2 kat fazladır. Bütün ülkelerde yoksulların sağlığı zenginlerin sağlığına göre çok kötü durumdadır (DFID 2000: 18). Altmış ülkede yapılan, 106 nüfus ve sağlık araştırmasının sonuçlarına göre, yoksul hane halkının 5 yaş altı çocuklarının ölüm riski aynı ülkelerdeki zengin hane halkı çocuklarından önemli derecede yüksektir (WHO 2003: 8, 9).

\* Prof. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Hastalık çeşitliliği ve seyri de ülkelerin zenginlik durumlarına göre farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerde özellikle bulaşıcı hastalıklar, gebelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan sorunlar ve çevre koşulları ile ilgili hastalıklar sağlık sorunlarının büyük kısmını oluştururken, zengin ülkelerde kalp-damar hastalıkları, ruhsal hastalıklar, kanserler ve sakatlıklar sağlık sorunlarının çoğunluğunu oluşturmaktadır (DFID 2000: 18). Yoksullar ile zenginlerin ölüm nedenleri de farklılık göstermektedir. Yoksul ülkelerdeki ölümlerin %57'si bulaşıcı hastalık kaynaklıyken, zengin ülkelerde bu oran %8 civarındadır (DFID 2000: 19).

Dünyada bugün 20 yıl öncesine göre yoksullar ile zenginler arasındaki fark, zenginler lehine artmaktadır. Kapitalizmin küreselleşmesi sürecinde yaşanan/

yaşatılanlarla da hem ülkelerin sınırları içinde hem de ülkeler arasında zenginlerle yoksullar arasındaki fark daha fazla açılmıştır. Örneğin, Hindistan'da son on yıl içinde zengin çocukları ile yoksul çocukları arasındaki malnutrisyon farkı kapanmak şöyle dursun daha da artmıştır. Sahra-Altı Afrika ülkelerinin hemen tümünde ölüm hızları son yıllarda önceki yıllara göre artış göstermektedir (Smith D 1999). Afrikalı çocukların %35'inin ölüm riski 10 yıl önceye göre daha yüksektir ve her bir saatte 500'den fazla çocuk ölmektedir. Yine Afrika'da 2002 yılında, önceki yıllara göre 4 milyon daha fazla çocuk ölmüş, erişkin ölüm hızları da 30 yıl öncesine göre aşırı derecede artmıştır. Doğuşta yaşam beklentisi Afrika'nın her yerinde kısalmıştır (WHO 2003: 3).

Konuyla ilgili verileri UNICEF'in Dünya Çocuklarının Durumu 2004 raporundan da aktarmak olası.

**Tablo. Bazı ülke gruplarında çocukların durumu**

	Sahra Güneyi Afrika	Az Gelişmiş Ülkeler	Sanayileşmiş Ülkeler
5 yaş altı ölüm hızı (bin canlı doğumda)	174	158	7
Bebek ölüm hızı (bin canlı doğumda)	106	99	5
Düşük doğum ağırlıklı bebek %'si	14	18	7
5 yaş altı çocuklarda bodurluk (%)	38	43	VeriYok
HepatitB-3 aşıları bir yaşındaki çocuk (%)	24	14	77
Kaba ölüm hızı (%)	18	15	9
Kaba doğum hızı (%)	41	39	12
Doğumda yaşam beklentisi (yıl)	46	49	78
Toplam yetişkin okur-yazarlık oranı (%)	50	43	97
Net ilkökula kayıt/devamlılık oranı (%)	59	63	97
Günde 1 dolardan az kazanan nüfus (%)	50	48	Veri Yok
En zengin %20'nin hane halkı gelirinden aldığı pay (%)	59	46	43
Kişi başı GSMH (\$)	460	277	26214

Yazımızın girişini konuyla ilgili veriler ve bir tablo ile yapmış olmamızın amacı, yoksullar ile zenginlerin ya da yoksul ülkeler ve diğerlerinin sağlığı arasındaki farkı tanımlayıp, kestirmeden "yoksulların sağlığı kötü, o halde yoksulluk hastalıkların nedenidir" deyip çözüm olarak da yoksulluğu bir şekilde "çözen/erteleyen" önerileri paylaşmak değil elbette. Aksine, hem verilerin tekil değerlendirilmesi hem de süreç izlendiğinde görülebilen yakıcı tablonun bize sağlıksızlığın nedenini tartışma olanağı sunmasındadır.

İlk olarak UNICEF'in ülke gruplamalarındaki adlandırmadan başlayabiliriz. Tartışmada izleyeceğimiz yöntem açısından, yararlandığımız kaynaktan kullanılan tanımlardan sanayileşmiş ülkeleri emperyalist ülkeler, Sahra Güneyi Afrika ülkeleri ile az gelişmiş ülkeleri de sömürge ülkeler düzeltmesiyle okumanın gerekli olduğunu düşünüyoruz. Çünkü bu ve benzer kuruluşların tercih ettikleri terminolojinin, aşağıda sunulacak veriler de dikkate alındığında, hiç de rastlantısal olmadığını söylemek gerekiyor.

DB, DSÖ, UNICEF, UNDP vb. uluslararası örgütlerin son on, onbeş yıldaki raporlarına bakıldığında, hastalıkların temel sebebinin "yoksulluk" olduğu, yoksullara günde 1 doların üzerinde para sağlanmasıyla da bu sorunun çözülebileceği konusunda görüşler ve uygulamalar üzerinden örnek sunularının bulunduğu görülmektedir. Dolayısıyla günlük gelir üzerinden tanımladıkları yoksulluğa, yine günlük gelir üzerinden "çözüm" üretebileceklerini, sonucunda da hem ülkelerin kendi içindeki hem de ülkeler arasındaki zenginlik farkından kaynaklı eğitim, sağlık vb. alanlardaki sorunları "bitirebileceklerini", en azından "kabul edilebilir" hale getireceklerini savlamaktadır.

Öyle ki, BM Genel Sekreteri Kofi A. Annan; "Başka hiçbir politikanın, .....sağlık koşullarını iyileştirme gücü eğitiminki kadar fazla değildir." cümlesini kurduğu yazısında yoksulluğu da eğitimle özellikle de kadınların eğitimiyle çözerek sağlık sorunlarının da üstesinden geleceklerini iddia edilmektedir (UNICEF 2003: vii).

Oysa biz sağlık emekçileri kendi meslek alanımızda yıllar içinde genelleşen bilgilerimiz üzerinden biliyoruz ki, hastalık ve ölümlerden korunmak ancak bu duruma yol açan olaylar zincirinin bilinip bu zincirin bir yerinden koparılması, mümkünse kaynağının kurutulmasıyla gerçekleştirilebilir. Bu nedenle hastalığı ilk başlatan olayı ya da ölüm sürecini başlatan ilk hastalıktan itibaren süreci tanımlamaya çalışırız. Buna göre, ölüm olayını başlatan ilk durum ya da hastalık bu yaklaşım içerisinde temel ölüm nedeni olarak adlandırılırken, ölümü getiren zincirin ikinci halkası ara neden, hastayı öldüren son olay/hastalık da son neden olarak tanımlanır (**Sümbüloğlu K 1982: 228-235**). Örneğin, en son öldüren nedeni karın zarı iltihabı (peritonit) olduğu bir olguda peritonite oniki parmak bağırsağı delinmesi neden olmuş ise, ara neden oniki parmak bağırsağı delinmesi, buna da oniki parmak bağırsağı ülseri neden olmuş ise, sözünü ettiğimiz ölüm olayının biyolojik süreçteki temel nedeni oniki parmak bağırsağı ülseri olarak tanımlanacaktır.

Bu çözümleme üzerinden "yoksulluk" sağlıksızlığın oluşumunda hangi aşamada yer almaktadır sorusuna yanıt aramadan önce, sağlık kavramının içeriğine dönmemiz, paylaşımımızı kolaylaştırması açısından uygun olacaktır. Sağlık; soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini eşit olarak karşılayacak şekilde üretebilmesi, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesidir. Sağlık kavramının bu içeriği, kavramın emeğin bütün sürecine müdahale eden ortamı, kısaca insan yaşamının bütün alanlarını kapsamasını koşullar. Bu alanlardan; üretim, barınma, çevre, eğitim, spor, sosyokültürel etkinlik vb. gibi birçok alan birbirine bağımlı olarak, kişinin ve toplumun sağlığı ile doğrudan ilişkilidir. İşsizlik bir sağlık sorunu olduğu gibi, iş koşulları da sağlığı olumsuz etkileme potansiyeli taşır. Uygun barınma koşulları, yeterli ve dengeli beslenme, temiz hava da aynı şekilde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler olmamakla birlikte, sağlığı doğrudan etkiledikleri bilinmektedir. Sağlıklı olmanın koşulu, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, yukarıda sıralanan toplumun ürettiği tüm olanaklardan toplumun bütün üyelerinin eşit olarak (gereksinimine göre) yararlanabiliyor olmasıdır (**Sol Meclis Sağlık Komisyonu 2003: 16**).

Sağlıklı olabilmenin gerektirdiği hizmetlerin kullanılabilmesi için, bu hizmetlerin tanımlanmış hak olması yeterli değildir. "Hak" kavramının toplumsal yaşantıda ayrıcalıkların varlığı ile birlikte tanımlandığı tahmin edilmektedir. Bu kavram, ayrıcalıkları onaylayan (eşitsizlikçi) ya da ayrıcalık olgusuna karşı geliştirilen (eşitlikçi) bir düşünce olarak doğup gelişmiştir. Eğer hak kavramı eşitsizlikçi bir düşünce olarak doğup gelişmiş ise, tanınan hakların toplumdaki varlığı; bir egemenliğin, bir özgürlüksüzlüğün, bir ayrıcalığın belirtisidir. Toplumsal yaşantıda "hak"ların bu temeldeki varlığı, ayrıcalıkların var olduğunun ve varlığının kabul edildiğinin bir başka deyişle, toplumsal eşitsizliklerin varlığının kanıtıdır. Bu durumun söz konusu olduğu toplumlarda yaşamın öznesi

insan değildir. Böyle toplum biçimlerinin en gelişkini/vahşisi olan kapitalist toplum biçiminde de ayrıcalıkların/eşitsizliklerin kabul edilebilirliğini sağlamak için; fırsat eşitliği, şartlarda eşitlik (erişim ve yararlanma eşitliği) gibi, özünde eşitlik barındırmayan tanımlar/yaklaşımlar üretilmiş/kullanılmıştır (**Hamzaoğlu O 2002: 51-52**).

Kapitalist toplumsal yaşantıda üretimin gerektirdiği nitelikteki emek gücünün ertesi gün iş başı yapabilmesi için gerekli olan sağlık hizmeti, özünde burjuvazi için bir maliyettir. Bu nedenledir ki; sanayileşmenin gereksinim duyduğu nitelikli emek gücünün burjuvazinin de "katkılarıyla" üretilmesi sürecinde gerekli olan sağlık hizmetleri de yine burjuvazi tarafından "karşılanmıştır". Öyle ki hem sağlık hizmetlerinin sunumundaki (örgütlenmesindeki) hem de sonuçlarındaki kır-kent farklılığı da kapitalist üretimin gereksindiği emek gücünün kır ve kentte farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Yani kentlerdeki teknoloji yoğun üretimin gereksindiği emek gücünün niteliğinin sağlanması ve devam ettirilebilmesi kırsala göre, hem daha fazla hem de daha nitelikli sağlık hizmetlerini gerektirmektedir. Ancak, süreç içerisinde artık yeterince nitelikli işsiz de yedekte bekliyorken, burjuvazinin, sanayi bölgelerinde bile standardize sağlık hizmetlerine herkesin ulaşmasına ve yararlanmasına gereksinimi kalmamıştır (**Hamzaoğlu O 2002: 52-53**).

Kapitalizmin doğasının bir sonucu olan bu durum yıllar önce de yaşanmış ve tanımlanmıştı; "Herhangi bir meta için olduğu gibi! Eğer elde az işçi varsa ücretler ve sosyal haklar artar". "Eğer elde çok varsa ücretler düşer, işsizlik ..... artar." (**Engels F 1997: 135**). Dolayısıyla, maliyeti azaltıcı girişimler gecikmeden uygulamaya konduğunda sağlık başta olmak üzere, pek çok kazanıma sınırlılıklar getirilmiş, kamusal mülkiyetlerin çoğu özel mülkiyet haline dönüştürülmüş, bu alanlardaki hizmetlerin önemli bir kısmı parayla ulaşılabilir/satılır hale getirilmiştir. İş güvencesi sınırlanmış/kaldırılmış, işsizlik hızla artmış, iş koşullarında sağlığa yönelik standartlar hızla gevşetilerek, işe sahip olanların da maliyetten tasarruf adına iş koşulları nedeniyle hastalanma, sakat kalma ve ölmeleri kolaylaştırılırken, sorumlular "sorumuz" kılınmıştır. Kapitalist üretim ilişkilerinin varlık nedeni kar olduğundan, bu sistemde sunulan sağlık hizmetlerinin hedefi de işçinin ertesi gün işine gelebileceği kadar "sağlıklı" olmasını sağlamaktır. Kapitalist, sağlık hizmetlerinin maliyetine sömürünün sürdürülmesine katkı sunduğu sürece ve ölçüde katlanır (**Hamzaoğlu O 2002: 52-53**). Bir de sağlık sorunları kendini ve ailesini de tehdit ettiğinde (**Engels F 1997: 31**).

Sağlıklı toplumsal yaşantı için yukarıda ifade edildiği gibi, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, sağlığı etkileyen bütün hizmetlerin ve koşulların gereksinim duyulduğunda ve gereksinildiği kadar erişilebiliyor ve kullanılabilir olması gerekir. Sonuç eşitliği olarak tanımlanan, aslında eşitlik dendiğinde anlamamız/algılamamız gereken bu durumun gerçekleşebilmesinin koşulu da insanın toplumsal yaşantının öznesi olmasıdır (**Hamzaoğlu O 2002: 53**).

Bunun için olmazsa olmaz ise; herkesin yeteneğinin, gereksiniminin karşılandığı bir toplumsal yapıdır. Sınıfın olmadığı, kır/kent, kol emeği/kafa emeği, nitelikli iş/niteliksiz iş arasındaki ayrımın olmadığı bir toplumsal yapı içinde herkesin yeteneği ve gereksinimi tam olarak karşılanabilir. Yukarıda bahsedilen "hak" kavramının ayrıcalık olgusuna karşı geliştirilen (eşitlikçi) bir düşünce olabilmesi, ancak böyle bir toplumsal yaşantıda gerçekleşebilir (Hamzaoğlu O 2002: 53).

Kapitalizmin varlık nedeni olan kar/sömürü, sınıflar arası/toplumsal eşitsizlikleri yaratırken, eşitsizliklerle kişisel baş etme çabaları sonucunda işçiler arasında da rekabeti başlatmıştır. İşçiler arasındaki rekabetin sonucunda artan

işçi üretkenliği, üretimde teknoloji kullanımı ile teknolojinin gelişkinliği ve işbölümü pek çok işçiyi işinden ederek artı nüfus/yedek işgücü yaratmıştır (Engels F 1997: 136). Kapitalizmin tarihi boyunca artmakta olan artı nüfus, küçük tasarruflarını da tüketince hemen hiçbir gereksinimlerini karşılayamaz olur, yoksullaşır (Engels F 1997: 137-138). Yoksulluk ve açlık sonucu olarak hastalıklar artar (Engels F 1997: 135).

Bıraktığımız yere dönecek olursak; hastalıkların, sağlık sorunlarının ortaya çıkış zincirinde, yoksulluk, ancak son neden olarak tanımlanabilir. Aynı zincirde ara nedeni eşitsizlikler, temel nedeni de kapitalizm (toplumsal yapı) olarak tanımlamamız gerekir (Şekil).

Şekil. Yoksulluğun nedenselliği



Cünümüzdeki egemen toplumsal yaşantı üzerinden, sağlıksızlığın temel nedenini kapitalizm olarak tanımladıktan sonra, kapitalistlerin yoksulluğu ertelemek ya da "yok etmeye" yönelik girişimlerinin hastalıkları, sağlık sorunlarını engellemeyi, ortadan kaldırmayı sağlamaya yetmeyeceği aşıkardır.

Bütün bunların yanı sıra, kapitalizmin insana karşıtlığını yalnızca sonuçları üzerinden ortaya koymaya çalışmak her zaman eksikli olacaktır. Eksikliği giderebilmenin yolu, tartışmayı sonuç (lar) yerine, amaç (lar) üzerinden yürütmekten geçmektedir. Sonuçlardaki olumsuzluk ya da yetersizlikler sürecin bütününe değerlendirmeyi, tartışmayı gözden kaçırmayı ya da istedik olarak değerlendirme dışında tutmayı getireceğinden, söylenecek bir şey kalmamış gibi "doğru" verilerden "doğru" sonuçlara ulaşılmış olduğu zannedilebilmekte/zannettirilebilmektedir. Bu ve benzeri gerekçeler, sistemin değerlendirmesi ve karşıtıyla, sosyalizmle karşılaştırmasının, sistem (ler)in amaç (lar)ı üzerinden yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak bu yaklaşım, tartışmayı verilerle zenginleştirmeyi dışarıda bırakmaz. Aksine önerilen yaklaşımı güçlendirir, anlaşılabilirliğini geliştirir.

Yukarıdaki tartışmalarımız sonucunda da görüldüğü gibi, yoksulluk birçok vahşetin, insansızlığın, kötülüğün (son)nedenidir. Ama bilinen bir gerçek de, yoksulluğu doğuranın birkaç özel durum dışında kapitalizm olduğudur. Onun için her zaman anımsanmalıdır ki

sağlıksızlıkla mücadelenin yolu kapitalizmle mücadeleden geçmekte, sağlıklılık için de sosyalizm gerekmektedir. Çünkü sosyalizmin öznesi insandır.

#### KAYNAKLAR

Department for International Development (DFID) (2000), "Beter health for poor people", London.

Engels F (1997), "İngiltere'de Emekçi Sınıfın Durumu". Çev. Y. Fincancı, Sol Yayınları, Ankara.

Hamzaoğlu O (2002), Sağlık Politikaları ve Etik. Yaşama Dair Etikçe Bir Bakış (içinde), ATO Yayını, Ankara.

Smith D (2003), "What does globalisation mean for health?", <http://www.twinside.org.sg/title/1905-cn.htm>, 07.11.2003.

Sol Meclis Sağlık Komisyonu (2003), "Sosyalist Türkiye'de Sağlık" 2. Baskı, NK Yayınları, İstanbul.

Sümbüloğlu K (1982), "Sağlık Alanına Özel İstatistiksel Yöntemler" TTB ATO Yayını No:4, Ankara.

UNICEF (2003), "The State of the World's Children 2004", New York, USA.

WHO (2003), "The World Health Report 2003, Shaping the Future" Geneva, Switzerland.