

DOSYA/DERLEME**MEKSİKA, ARJANTİN VE PERU KRİZLERİ
ÖRNEKLERİ İLE LATİN AMERİKA KRİZLERİNİN
SAĞLIĞA/SAĞLIK HİZMETİNE ETKİLERİ***Mehmet ZENCİR****LATİN AMERİKA'NIN EKONOMİ-POLİTİK
DEĞERLENDİRMESİ**

Latin Amerika ülkeleri geç kapitalistleşen ülke örnekleridir. Geç kapitalistleşen bu ülkelerin önemli özellikleri olarak şunlar sıralanabilir: Kapitalistleşme süreci geçliği, merkezi kapitalist ülkelerin varlığında eşitsiz koşullarda kapitalistleşme sürecini gerçekleştirme, sürecin hızlılığıdır. İhmal edilen ya da yanlış yorumlanabilen kapitalizmin temel hareket yasalarının bu ülkeler için de geçerli olduğudur. Yine bu ülke burjuvazilerinin de kendine göre bir gelişim süreci geçirdiği, kendi emekçilerini sömürdüğü, aynı zamanda diğer ülkelerde de sömürden pay almaya yönelik gösterdiği çabalar sıklıkla göz ardı ettiğimiz gerçeklerdir.

Geç kapitalistleşen ülkelerde sermaye birikimi ile birlikte farklılaşma ve işbölümü gelişmiş ve sonuçta genel olarak sermaye ve sermaye içi sınıf bileşenleri daha bir kristalize olmuştur. Geç kapitalistleşen ülkelerdeki yerel sermaye gruplarının, neoliberal politikaların taşıyıcı olarak özellikle uluslar-üstü kurumları (İMF, DB ve DTÖ) işaret etmesi, bu politikaların uygulanmasını hızlandırıcı bir etki yaratmıştır. Sermaye gruplarının dünya ölçeğinde işleyen para, üretim ve ticari sermaye döngüsüne katılmaları, yetersiz olan sermaye donanımlarını

artırma, yeni pazarlara ulaşma ve çok daha önemlisi yerel olanakları daha iyi kullanmaya yönelik etkinliklerdir (Ercan, 2006).

Latin Amerika ülke sermayeleri son otuz yıl içerisinde küreselleşme diye tanımlanan kapitalizmin bu aşamasında uluslararasılaşma deneyimi yaşamaktadır. Latin Amerika ülke egemen sınıfları eski köklerini yitirmeden yabancı sermayeyle ortaklıklarını artırmışlardır. Küresel sermaye birikimi ile daha fazla bütünleşme söz konusudur (Catz, 2006). Dövizle olan gereksinimi, uluslararası rekabette eşitsiz koşullara sahip olması, ikinci sektör üretim yapımları, ikinci sektör üretim için nitelikli girdi gereksinimleri merkezi kapitalist ülkelere olan bağımlılığını artırmaktadır.

Latin Amerika'da üç sürecin (ekonomik kırılganlık, köklü ticari açılma ve neoliberalizmin işsizliği, yoksulluğu ve kayıt dışı çalışmayı artırması) yarattığı etkilerle geleneksel istikrarsızlık daha da keskinleşmiştir. Finansal kırılganlık sermaye hareketliliğinin artması ile daha da ağırlaşmıştır. Dış borçlar, ihracatta uzmanlaşma, ticaret açıkları ve satın alma gücünün erimesiyle oluşan bu bileşim büyük gerilimler yaratmıştır. Bu değişimler Latin Amerika'da sarsıntılara neden olmuştur. Krizin süresi ise, Ekvador, Bolivya, Uruguay, Arjantin veya Peru gibi ülkelerde gerçekten korkunç boyutlara ulaşmıştır (Katz, 2006).

Bu sürecin yapısal sonuçlarından biri egemen sınıfların ilgili kesimlerinde görülen önemli dönüşümdür. Başlıca kapitalist sektörler çok uluslu

*Doç. Dr., Pamukkale Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

şirketlerle yeni bir ittifak oluşturmuştur ve neoliberal politikalar bu stratejik dönüşümü işaret etmektedir. Büyük emperyalist firmalar, yeni bir koalisyonun hegemonik liderleri olmuştur. Egemen sınıflardaki değişimler, 1980'li yıllara kadar olan birikim modelinin terkinin daha da pekiştirmektedir. Krizi atlatan egemen sektörler, ithal ikameci ve sanayileşmeci politikaları bırakmışlardır. Bunlar şimdi kendilerine küresel ekonominin yeni koşullarına uyarlamaya çalışmaktadır. Gene aynı kesimler uluslararası finans piyasalarıyla bütünleşmişler, kazançlarını tekrar oralara yönlendirmişler ve ellerindeki varlıkların bir bölümünü de gene bu piyasalarda tutmuşlardır. Egemen sınıflardaki bu değişimi betimlemede ulus-ötesileşme teriminin kullanılması yerindedir (Katz, 2006).

Latin Amerika ülkelerinde diğer geç kapitalistleşen ülkelerde olduğu gibi krizler daha derin yaşanmakta, krizle birlikte üretim ilişkileri yeniden yapılanmakta, emek sömürsü yaygınlaşmakta ve derinleşmektedir.

MEKSİKA VE ARJANTİN KRİZLERİ

Meksika krizi

Meksika 1970'lerin ikinci yarısından günümüze dört önemli krizle karşılaşmıştır. Bu süreçte ilki 1970'lerin ikinci yarısında gerçekleşen dört önemli kriz dalgası yaşanmıştır. 1976-77, 1982-83, 1986-87, 1994-95 krizleri. Özellikle 1994-95 krizleri ülkemizde çeşitli yazarlarca kaleme alınmış, Meksika ve Türkiye sıklıkla karşılaştırılmıştır. Bu yazılarda neoliberal politikalar, kriz ve krize karşı yanıt biçimi ele alınmıştır.

Diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi Meksika da iç piyasasını serbest ticarete açmış, ABD ve Kanada ile serbest ticaret antlaşması imzalayarak Kuzey Amerika Serbest Ticaret Antlaşması'nın (NAFTA) üyesi haline gelmiş, ülkenin kapılarını yabancı sermayeye açmış, mali piyasaları liberalleştirilmiş, kamu iktisadi kuruluşları büyük ölçüde özelleştirmiştir. Tüm bunların sonucunda enflasyonu aşağı çekilebilmiştir. Bu yapılanlar olumsuz etkilerini 1994 yılındaki yaşanan büyük krizle göstermiştir. Krize çözüm yine İMF patentli kemer sıkma politikaları izlenmesi şeklinde olmuştur (Kozanoğlu, 1995).

Meksika, Asya ve Türkiye'de yaşanan krizleri karşılaştıran Şahin şu sonuçlara varmıştır: "Gelişmekte olan ülkelerdeki krizlere örnek teşkil eden Meksika, Asya ve Türkiye krizleri, göstermektedir ki, finansal yapısı kırılan olan ve finansal sistemin yeterince denetlenmediği ülkelerde, yaşanan finansal serbestleşme hareketleri, krize giden sürecin tetikleyicisi olmaktadır. Başlangıçta, ekonomik göstergelere olumlu bir biçimde yansıyan büyük ölçekli sermaye girişleri, uzun vadede yıkıcı sonuçlara yol açmaktadır. Sürecin reel sektör üzerindeki etkileri de göz önünde bulundurulduğunda, yıkımın boyutu daha da tehlikeli bir durum almaktadır." (Şahin, 2008).

Meksika Krizinin Etkileri

Yaşanan krizler büyüme hızını, enflasyonu ve reel ücretleri olumsuz etkilemiştir. Kriz dönemlerinde büyüme sırası ile; 1982-83 için -%4.1; 1986-87 için -%2.6; ve 1994-95 için -%4.4 negatif olarak gerçekleşmiştir. Aynı yıllara ait enflasyon rakamları da sırasıyla; 1982-83 krizinde %42'den %110'a; 1986-87 krizinde %74'den %153'e ve 1994-95 krizinde %7'den %41'e yükselmiştir. Aynı kriz dönemlerinde reel ücretler 1993'de %18, 1998'de %13 ve 1994'de %12 azalmıştır (Cutler, 2002). 1994-95 krizinde peso %40 devalüe olmuş, 2 milyon emekçi işini kaybetmiştir. 1996-97 arası imalat %40 azalmıştır. Büyük çöküntü yaşanan 1995 yılında kişi başına düşen GSMH %9.2 azalmış, imalat sanayi işçi ücretlerinde %21 düşüş gerçekleşmiştir. Krizi izleyen yıllarda (1996-2000) büyüme ortalama %5.1 olmasına karşın gelir eşitsizliği artarak devam etmiştir. Bu krizde de bölgeler farklı etkilenmiş, bölgesel eşitsizlik derinleşmiştir (Mckenzie, 2002). Bu rakamlar krizin emek sömürsünü artırdığı şeklinde yorumlanmalıdır.

Krizin etkisi yaygın olarak gözlenmiştir. Tüm yaş gruplarında ve eğitim düzeylerinde gelir ve tüketim azalmıştır. Bununla birlikte düşük eğitim düzeyine sahip olanlar, kırsal bölge ve tarım işçilerinde gelirden düşüş daha az gerçekleşmiştir. (Zaten gelir diplerde olması nedeniyle azalma şansı yoktur diyebiliriz). Tersine, metropollerde yaşayanlar, yüksek eğitimli aile reisine sahip haneler, finans hizmetleri ve inşaat sektörü çalışanları en büyük gelir azalmasını yaşamışlardır (Mckenzie, 2002).

Reel ücretlerin düşüşü emekçi ailelerinin gelirlerinin azalmasına da yol açmıştır. Tüketimde azalma, gelirdeki azalmadan daha fazla olmuştur. GSMH'daki düşüş %9.2 iken kişi başına tüketim %11 azalmıştır. Gelir azalmasına yanıt; tüketimde azalma, tüketim içeriğinin değiştirilmesi şeklinde olmuştur. Temel gereksinim olmayan dışarıda yeme, sosyal etkinlikler, alkollü içecekler azaltılmıştır. Dayanıklı ve yarı dayanıklı tüketim maddelerinin alımı ertelenmiştir (Mckenzie, 2002).

Gıda ürünlerinin toplam harcamalardaki payı artmıştır. Tahıl ürünlerinin belirgin olmak üzere (%27), temel gıda maddelerinin (yumurta, yağ, süt) payında artış gözlenmiştir. Buna karşın alkollü içecekler %28, dışarıda yemek yeme %23 azalmıştır. Yine hane harcamalarından sosyal etkinliklere, televizyon vb. eşyalara, giyime, ev eşyaları ve mobilya, kişisel bakım hizmetlerine harcanan miktar azalmıştır. Haneler temel gereksinim dışındaki gereksinimlerini ertelemiştir. Haneler krizin etkilerini dindirebilmek için diğer harcamalarını (temel sağlık hizmetlerini de içeren) kesme yoluna gitmişlerdir. Meksika'da çalışma yaşamı ile ilgili değişiklik (çalışma saatleri, aile üyelerinden yeni işe başlama, çalışan sayısını artırma, kadın ve çocukların işe başlaması gibi) çok azdır (Mckenzie, 2002).

Arjantin 2001 krizi

Arjantin 2001 bir yılında derin bir kriz yaşamıştır. Bu krizin sonuçları; dış ve iç borç nedeniyle finansal kriz ve kollaps (çöküntü); finansal sistemin çökmesi ve kredi kullanımındaki sınırlılıklar; devolüsyon ve yasadışı döviz hareketleri, dolar/pezo oranının 1 dolar zorunluluğu; sosyal, üretim ve çalışma göstergelerinde bozulma; artmış yoksulluk düzeyi olarak özetlenebilir (Insua, 2002).

1998 yılında işsizlik ve yoksullukta artış, gelir dağılımında bozulma başlamıştır. 2000 yılında peso devalüe olmuş, kişi başına yıllık gelir 2000 yılında 7,470 dolar iken, 2003'te 3,670 dolara, 2004'de 3,580 dolara gerilemiştir (PAHO, 2007). 2001 Kasım'dan sonrası gelirlerinde azalma olduğunu belirtenler %50'ye yakındır (Fiszbein, 2003).

Arjantin'de 1990'da yüzde 8,8 olan işsizlik oranı, Kasım 2001 Kasım'ında %18.3'e, 2002 Mayıs'ında %21.5'e yükselmiştir. İşsizlik sadece Arjantin krizine özgü değildir. "Latin Amerika'da 1990'lardan bu yana işsizlik" başlığını taşıyan yeni CEPAL raporu, bölgenin tarihinde açık işsizliğin ilk kez, gizli işsizlik ve "kayıt dışı sektörde" istihdama kıyasla, Latin Amerika'nın ekonomik ve toplumsal krizinin tanımlayıcı bir özelliği haline gelmiştir (Fiszbein, 2003; Auken, 2005).

2001 krizi ile birçok formal sektördeki işçi işini kaybetmiştir. Mesleki risk sigortasını terk eden 446,686 işçi informal sektöre kaymıştır. Bu aynı zamanda sağlık sigortasından da vazgeçmek anlamına gelmektedir. Bu sağlık güvencesi olmayan nüfus kamusal hizmetlere yığılmış ve tıbbi malzeme eksikliğinin devasa hale gelmesine neden olmuştur (PAHO, 2007).

Kriz çocuk emeği sömürsünü ön plana çıkarmıştır. 1998 yılında çocuk işçi (15 yaşın altındaki) sayısı 250 bin iken, kriz sonrası bu çocuk işçi sayısı %600 artarak 1,5 milyonu bulduğu tahmin edilmektedir (Auken, 2005). 5-14 yaş çocukların %4.7'si (erkeklerin %6.6'sı, kızların %3.6'sı) çalışmaktadır. Düzenli olarak çalışanlar ise %3.6'ya yükselmiştir. Yaş aralığı 10-14'e daraltıldığında oranlar daha da yükselmektedir (%7.8). Yine 5-9 yaş grubu ilkököl çağındaki çocukların %1.7'si çalışma yaşamındadır. Çocuk çalışma yaşamına girmesi çocukların okulu bırakılması ve okul başarısızlıkları sonucu sınıf tekrarları sorunlarına yol açmıştır. Arjantin'de çalışan çocukların %7.1'i okula devam etmemekte, bu çalışmayan çocukların okula devam etmemesine (%2.1) göre üç kat daha fazladır (PAHO, 2007).

Sokak çocukları da Arjantin için önemli sorun haline gelmiştir. UNICEF ve Arjantin Çocuk Emeğinin Kullanımına Son Verme Ulusal Komisyonu'nca (CONAETI) yayımlanan bir rapora göre sadece Buenos Aires sokaklarında 3.500 sokak çocuğu bulunduğu,

büyük çoğunluğu yoksullaşmış işçi sınıfı varoşlarından geldiği, yaklaşık yarısının dilenerek hayatta kalmaya çalıştığı belirtilmektedir. Dilenme dışında sokak müzisyenliği, çöp toplama, satıcılık (barlarda, kitle ulaşım araçlarında, sokaklarda) çocuk emeği kullanımının diğer biçimleridir (Auken, 2005).

— Krizin önemli etkilerinden birisi çöplerin geri dönüşümde olmuştur. Ülkedeki bir çok şehirde çöp toplama işinde çalışarak ailelerinin geçimine yardım etmeye çalışan çok sayıda çocuk ve genç krizle birlikte dikkat çeker sayıya ulaşmıştır. Kötü çalışma ve hijyen koşullarının, çocuklarda ve gençlerde enfeksiyöz ve toksik ajanlara maruz kalma, kaza riski, kesi ve deri problemleri gibi önemli sağlık sorunlarına neden olması beklenmektedir (PAHO, 2007).

2001 Kasım'ından beri 5.2 milyon kişi yoksul nüfusa dahil olmuştur. Nüfusun %54.7'si yoksul hale gelmiştir. Bazı eyaletlerde %78'e ulaşmıştır. Gereksinimlerini karşılayamayanlar nüfusun %24.8'ini oluşturmaktadır. Çocukların %70.3'ü yoksuldur (Insua, 2002).

Ekstrem yoksulluk sınırının (günde bir doların altında gelire sahip olanlar) altında yaşayan nüfus, 1995 yılında %7.9 iken, 2000 yılında %9.6'ya, 2001 büyük çöküntüsü sonrası ise %25'den daha yükseklere fırlamıştır. Gelir dağılımında eşitsizliği gösteren Gini katsayısı 1992-2005'e 0.45'den 0.50'ye yükselmiştir. En yoksul dilimdekilerin gelirleri %4.8'den %3.1'e azalırken, en zengin dilimin payı %50.6'dan %54.7'ye yükselmiştir (PAHO, 2007).

Kriz suç işleme hızında artışla seyretmiştir, son dekatta suç işleme hızı artmıştır. 2002-2003'e geçilirken onbinde 369.7'den onbinde 350.2'ye düşmesine karşın halan yüksektir. Yine mahkum sayısında sürekli artış gösterilmiştir. 2003 yılında 9,246 yeni mahkuma ulaşmıştır. 2005 yılı için Arjantin cezaevlerinde mahkum nüfusu 62,500'ü bulmuştur (PAHO, 2007).

Krize ailelerin yanıtları

Krize karşı ailelerin yanıtları Meksika'ya benzerlik göstermektedir. Krize karşı ailelerin yanıtları adaptif (uyum gösterme), aktif ve sosyal ağ stratejileri olarak incelenmiştir. Uyum stratejisi tüketim ile ilgili yapılan girişimlerdir. Aktif strateji evin gelirini artırmak için çalışma konusunda yapılan değişimleri kapsar. Bunlar çalışan kişi sayısının artması, çalışma saat ve gün sayısının artırılması, mülk satma, göç vb. girişimlerdir. Sosyal ağ stratejilerine örnek olarak arkadaşlardan, aileden, devletten, yardım kuruluşlarından alınan yardımlar gösterilebilir. Ailelerin neredeyse tamamına yakını uyum gösterme stratejini uygulamıştır. Aktif ve sosyal ağ stratejileri uygulayan aileler 1/3'ü oluştururken, alt gelir gruplarında daha yaygındır (her iki yoksul aileden birisi) (Fiszbein, 2003).

Ailelerin neredeyse tamamı besin maddelerinde daha ucuz ürüne yönelirken, her dört aileden üçü daha az tüketmeye başlamıştır. Gıda tüketiminde kısıtlama yapma durumu alt gelir gruplarında daha yüksektir (%90). Gıda dışı ürünlerde, daha az tüketim (%81.0), daha ucuz ürünle yer değiştirme (%83.2), kullanılmış ürün alma (%36.7), ev içi hizmetlerin kullanımını azaltma (%37.9) uyum mekanizmaları işlemiştir. Ev içi hizmet kullanımı dışında bu uyum mekanizmalarının kullanımı alt gelir gruplarındaki yüzdeler daha yüksektir. Ev içi hizmet kullanımı yoksul hanelerde zaten olmadığı için bu konuda değişim söz konusu olmamıştır. Kullanılan hizmetlerde (elektrik, gaz, su, telefon, kablolu televizyon, internet) de aksamalar gerçekleşmiştir. Ödeme yapamama ya da ödemeyle erteleme nedeniyle kesintiler siktir. Hanelerin %30-50'si ödemeleri ertelemiştir. Ulaşımında daha ucuz ulaşım araçlarına yönelim artmıştır (özel araba ve taksilerden kamu ulaşım araçlarına geçiş) (Fiszbein, 2003).

16-18 yaş grubunda okuldan alma %2.3'dür. Çocuklarını okuldan alan ailelerin yarısından fazlası gelir dilimine göre en alt sırada yer alanlardır. Yine eğitime ilgili olarak ailelerin ¾'ü okulla ilgili materyallerde kısıtlamalar yapmışlardır. Ailelerin bir kısmı çocuklarını özel okuldan kamu okuluna ya da daha ucuz bir özel okula göndermeye başlamışlardır. Uyum mekanizmaları olarak sağlık güvencesindeki kayıplar ve değişiklikler ile sağlık hizmet kullanımındaki azalmaya da yer verilmiştir (Fiszbein, 2003).

Ekonomik krize aktif strateji yanıtı değerlendirildiğinde: Ev halkı üyelerinden yeni bir işçinin işe başlaması %13'dür. Her sekiz haneden birinde evden yeni bir kişinin işe başladığı söylenebilir. En düşük gelir diliminde bu oran %28'dir. İşe başlayanların yaklaşık yarısı oğlan veya kız çocuk iken, %25'i aile reisinin eşidir. Daha uzun süre çalışma strateji de tüm gelir gruplarında kullanılan bir stratejidir. Ticarete kalıcı olarak çalışan ücretliler için söz konusudur. İş değiştirme stratejilerinden birisi de boş zamanlarında evde çalışmaktır. Ev eksenli çalışma diyebiliriz. Hanelerin %60'ı evde tüketmek için gıda hazırlama için ayırdıkları zamanı, satmak için üretim yapmak için dönüştürdüklerini belirtmiştir. İkinci olarak da kendi ev içi hizmetlerinde kesintiler yapma stratejisi söylenebilir. Ailelerin %4'ünde, üyelerden birinin göç etme öyküsü vardır. En büyük neden iş bulamamadır (Fiszbein, 2003).

Krize karşı halk tepkisiz kalmamış yığınların çok sayıda eylemi gerçekleşmiştir. Sosyal protestolara katılım Kasım 2001 öncesi %7.6 iken çalışmanın yapıldığı dönemde %16.2'ye yükselmiştir. Katılım gelir durumu artıka artmaktadır (Fiszbein, 2003).

LATİN AMERİKA KRİZ VE SAĞLIK

Latin Amerika'da krizin sağlığa etkileri Meksika'da mortalitedeki değişim, Peru'daki bebek ölümleri ve

büyümeye etkisi, Arjantin'de ise morbiditedeki değişiklikler açısından ele alınacaktır.

Meksika krizleri ve çocuk ve yaşlı ölümlerinde artış

Meksika'da yaşanan dört önemli krizin özellikle son üçünün (1980 sonrası olanlar) mortaliteye etkisi araştırılmıştır. 1982-83 ve 1986-87 dönemi krizlerinde, ailelerinin gıda tüketiminde kantitatif ve kalitatif azaltmalara gitmeleri ve bunun bebek ölümleri ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalarda bebek ölümlerinde kırsal ve kentsel farklılık olduğu, daha az eğitilmiş annelerin ve yaşama olanakları düşük evlerde oturan annelerin bebeklerinin daha fazla öldüğü saptanmıştır. 1982 yılında kentsel bölgelere göre kırsal bölgelerde bebek ölümleri 1.65 kat fazla iken 1982-86 döneminde farklılık 2 kata çıkmıştır.

Cutler ve arkadaşları 1994-95 krizinin mortaliteye etkisini ele almıştır. Cutler ekonomik krize Meksika'nın demografik ve epidemiyolojik dönüşüm aşamasında yakalandığına, bulaşıcı hastalıklar ve besin eksikliklerine bulaşıcı olmayan hastalıkların eşlik etmeye başladığına vurgu yapmıştır. Yine Cutler Meksika'nın sağlık sistemi ile ilgili bazı özelliklere dikkat çekmiştir (Meksika sağlık sistemi parçalı bir yapıya sahip, yoksulların ve sigortasızların erişimi sınırlı, kalite sorunu yaşanıyor ve cepten ödemelerin fazla olması). Cutler çalışmasında 1994-95 krizinin mortalite etkilediğini ortaya koymuştur. Özellikle çocukluk ve yaşlılık dönemlerinde ölümlerin beklenenin üzerinde gerçekleştiği saptanmıştır. Çocukluk döneminde (0-4 yaş) mortalitenin beklenenden %7 fazla (ek 7 bin çocuk ölümü), yaşlılarda ise (60 yaş ve üzeri) beklenenden %5-6 fazladır (ek 20 bin yaşlı ölümü). Cutler çalışmasında bebek ölümü nedenleri olarak dört tez ileri sürmüştür. Birincisi aile gelirinin azalması: Tüketimin azalması, tıbbi bakıma kaynak ayırmanın azalması, gıda tüketiminde kantitatif ve kalitatif azalma yolları ile sağlığa olumsuz etki. İkincisi kamu kaynaklarında azalma: Ücretli çalışanlardaki kayıplar nedeniyle yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine erişimin engellenmesi, düşük kaliteli kamu hizmetlerine başvurma zorunluluğu, ek olarak kamudaki kaynakların azalmasına bağlı olarak kamusal tıbbi hizmetlerinde kötüleşme. Üçüncüsü aile üyelerindeki yeni işçiler: Temel ücretlerdeki azalmaya bağlı özellikle kadın, çocuk ve yaşlıların işe başlamaları (ya da emekliliklerini ertelemeleri). Çalışmaya yaşayan bu kişilerin çalışma yaşamındaki koşullardan ve stresten olumsuz etkilenecekleri. Dördüncüsü ise bağımlılara (yaşlı ve çocuklara) bakım veren kadınların işe başlamaları: Az gelişmiş ülke olan Meksika'da diğerlerinde olduğu gibi bakım hizmeti yürüten kamusal hemşirelik hizmetleri üniterleri bulunmamakta, bu alanda özel kurumlar yer almaktadır. Özel kurumlardan daha çok varlıklı kişiler yararlanmaktadır. Bu nedenle evden kadının ayrılması bağımlıların bakımı için ayrılan sürenin azalmasına yol açacaktır. Tüm bunlar sağlığı olumsuz etkileyerek mortaliteyi artıracaktır. Cutler ve arkadaşları, bu

hipotezlerden ilk ikisine güçlü destek, son ikisine de zayıf kanıtlar bulmuştur. 1994-95 krizi ile birlikte reel ücretler %12 azalıp, işsizlik pik yapıp, işgücünün istihdama katılımı azalırken ikincil işçilerin (kadın, çocuk ve yaşlıların) katılımı artmaktadır. Ailelerin sağlık için yaptıkları cepten ödemeler %3.9'dan %3.1'e düşmüştür. Bütçeden sağlığa ayrılan pay %3.8'den %3.4'e düşmüştür (%15'lik bir azalma). Orta ve zengin ailelerde hastane yatışları düşmüş, tüm gelir gruplarında hekim ve diş hekimi başvuruları azalmıştır. Sonuç olarak ekonomik kriz aile gelirlerini düşürerek, kamu harcamalarını azaltarak, kadının çalışma yaşamına katılması ile çocuk ve yaşlılarda mortalite artışına neden olmuştur (Cutler, 2002).

Peru krizi ve bebek ölümleri

Peru'da 1988-92 yıllarında yaşanan ekonomik krizin bebek ölümlerine ve büyümeye etkisi Nüfus ve Sağlık araştırmaları verilerinden (1986, 1992, 1996 ve 2000 yıllarına ait) Paxson tarafından araştırılmıştır. Paxson bu çalışmada daha önceki çalışmalarda gözlenen iki kısıtlılığı aşmaya çalışmıştır. Bunlar verilerin ulusal nüfus istatistiklerine bağlı olması ve sınırlı verilerle yorum yapmadır. Paxson çalışmasında hanenin olanakları, varlıkları, eğitim durumu, sağlık arama davranışı, hane tüketimi ve gelir hakkında bilgi toplayarak, doğrudan ekonomik kriz ile mortalite arasındaki ilişkiyi göstermeye çalışmıştır. 1989-90 arasında bebek ölüm hızının %2.5 arttığı gösterilmiştir. Bu hız artışı beklenen ölümlerden 17 bin daha fazla bebek öldüğünü göstermektedir. Yine 1992 yılı altı yaş altındaki çocukların, 1996-2000 yıllarındaki altı yaş altındaki çocuklara göre daha kısa olduğu saptanmıştır.

Paxson bebek ölümlerindeki artış ve malnutrisyonun, hane geliri ve kamu sağlık harcamalarındaki azalmalardan kaynaklanabileceğini belirtmiştir. Bu çözümlenmeyi diğer faktörlerin etkilerini ortadan kaldırarak yapmış ve doğrudan ekonomik kriz döneminde yaşanan şok ile bebek ölümlerinin ilişkili olduğu saptanmıştır.

Bebek ölümlerinin pik yaptığı 1990 yılları kişi başına GSMH'nin en düşük seyrettiği ve reel ücretlerin düşük olduğu dönemdir. Kriz sırasında kişi başına düşen GSMH kentsel bölgede %24, kırsal bölgede %27 azalmıştır. Kriz en dramatik etkisini kamu harcamalarında göstermiştir. 1985-90 yılları arasında bütçeden sağlığa ayrılan pay %4.3'den %3.0'e düşmüştür (%58'lik bir azalma). Bu dönem aynı zamanda sağlık emekçilerinin yaşam ve çalışma koşullarındaki olumsuzlukları dile getirdiği iki büyük grevin yaşandığı dönemlerdir (Mart 1991 ve 1992 başları).

Krizin yaşandığı yıllarda hastane doğumlarında azalma (%4.1'lik azalma), ev doğumlarında artış (%3.2'lik artış) gözlenmiştir. Paxson bu bulguyu tıbbi

bakım hizmetlerinin kalitesinin bozulmasının göstergesi olarak değerlendirmiştir.

Peru 1988-92 kriz dönemi aynı zamanda kolera epidemisi de eşlik etmiştir. Kolera epidemisi ile bebek ölümlerinin ilişkisi araştırılmış, bebek ölümleri ile doğrudan bir ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (Paxson, 2004).

Arjantin 2001 krizinin sağlık ve sağlık hizmetine etkileri

2001 krizi sonrasında hizmet sunumunda iki önemli sorun ortaya çıkmıştır: Sistemin finansman ayağında gerileme ve ülkeye ilaç ve tıbbi malzeme girişinde ciddi sıkıntılar. Bu iki sorun, ücretsiz sağlık hizmet gereksinimi artan nüfusun ihtiyacının karşılanmamasını daha da derinleştirmiştir. Kriz ve işsizlik nedeni ile çoğalan sosyal güvencesiz bireyler, kamu hastanelerinde yığılmayı artırmıştır. Ne yazık ki bu hastanelerin personel ve ekipmanı bu yükü kaldıracabilecek durumda değildir (Ergin, 2007).

Sağlık hizmeti ile ilgili iki temel gözlem: Erişimdeki eşitsizlik ve sosyal, morbidite ve mortalite göstergelerinde yaşanan krizdir. Erişimde belirgin bir eşitsizlik vardır, bölgeler arası farklılık yaygındır. Sağlık bakımının sunumundaki gelişim açısından dikkate değer farklılık vardır. Örneğin Buenos Aires Capital'de bebek ölüm hızı binde 15 iken Chaco'da binde 32'dir. Sosyal, morbidite ve mortalite göstergelerinde tam bir kriz vardır, hala tamamlanmış bir değerlendirme yapmanın erken olmasına karşın, çoğunlukla yoksulluk, işsizlik ve sosyal kesintiler ile ilgili göstergelerde (kasıtlı veya kasıtsız şiddet, ilaç suistimali, duyarlı popülasyonlara olan etkiler) artma söz konusudur (Insua, 2002).

Arjantin'de 37 milyon kişinin 18 milyonu kapsam dışındadır. Bunlar yoksullardır. Sağlık hizmeti çökmek üzeredir. Insua'ya göre birkaç nedenle sağlık sistemine para akışı azalmıştır. Birinci nedeni iç borçtur. İkinci neden sağlık finansmanı ile ilgili fonların sağlık kurumlarına olan borçlarıdır (PAMI ve OS'nun borcu 2.200 milyon pezo). Üçüncüsü kamu ve özel sigortaların prim tahsilatındaki azalmadır. Toplam sağlık harcaması 2001 yılında 23.900 milyon peso iken 2002 yılında 20.300 milyon pezo'ya düşmüştür (%15'lik azalma). Devalüasyonunda etkisi göz önüne alındığında kişi başı sağlık harcaması 640 dolardan 184 dolara düşmüştür (mevcut döviz kuru bağlı olarak). 2002 yılı için Arjantin, kişi başı sağlık harcamasının en az olduğu Latin Amerika ülkelerinden birisidir. Dördüncüsü işsizlik, iş kaybı veya informal çalışma nedeniyle OS ile ilişkili 5 milyon kişinin sağlık güvencesini kaybetmesidir. Özel sağlık sektöründe de primler %25 artmıştır. Özel sağlık sigortalıların yarar kapsamında %12 azalma olmuştur (teminat paketi %12 küçülmüştür). Özel sağlık sigortalıların %20'si daha az primli ya da daha küçük teminat paketli hizmetlere

geçmiştir. Son olarak maliyetlerle ilgili bazı problemler de sayılabilir. Haziran 2002 itibarıyla ilaç, sarf malzemeleri, alt yapı, teknoloji ile ilgili dolar maliyetleri %360, ilaç fiyatları devaluasyon sonrası %160, ipotekli sermaye ve yatırımlar %260 artmıştır. Ücretler ve hizmet sunucularının bakım harcamaları ise %68 azalmıştır. İç borcun çalışanlar ve profesyoneller üzerine yaptığı basınca neden olmuştur. Düşük maliyet gelirin sahip organizasyonel, teknik ve profesyonellerdeki kesintilerin sağlık sonuçlarını olumsuz etkileyeceği ileri sürülebilir (Insua, 2002).

Ekonomik kriz durumlarında ailelerin uyum stratejisi olarak sağlık güvencesi ile ilgili değişiklikler ve sağlık hizmet kullanımında kötüleşme ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır. Sağlık güvencesi ile ilgili olarak: Halkın %12'si sağlık sigortasında değişiklik yapmıştır. Değişiklik yapanların %60'ı (en düşük gelir grubuna sahip aileler) sağlık sigortası kapsamı dışına çıkmıştır, geri kalan %40 ise sağlık sigorta kapsamında daha düşük bir yararlanıma geçmiştir. Bu kişilerin yarısı daha önce iki sigortaya (hem özel hem kamu) sahip iken, kriz sonrası özel sigortadan sadece acil durumlar için yararlanır hale gelmiştir. Yine ekonomik kriz nedeniyle özel sigortadan kamu sigortasına geçiş olmuştur (Fiszbein, 2003).

Ailelerin sağlık hizmetleri ile ilgili kesintiler yaptığı saptanmıştır. Ev halkından en az birinin sağlık hizmetine erişememe durumu %23 olarak bildirilmiştir. Erişememe nedenleri olarak ilaçları almak için paranın olmaması (%44), ulaşım için yapılan harcamalar (%25), katkı payları (%5) belirlenmiştir. Yine on iki yaştan küçük çocuğa sahip ailelerin %37'si tıbbi kontrol muayenelerini daha az yaptırdığını belirtmiştir. Bu ailelerin yarıya yakını (%45) en alt gelir düzeyine sahip ailelerdir. Bunları ikinci (%29) ve üçüncü gelir dilimleri (%18) izlemektedir (Fiszbein, 2003).

Sosyo-ekonomik koşullardaki kötüleşmeye paralel olarak epidemiyolojik risk de artmıştır. 2002 yılında bir önceki yıla göre AIDS olgularında %32, Chagas hastalığı olgularında %113, Kala-azar olgularında %480 artış gerçekleşmiş, Buenos Aires'in perifer mahallelerinde leptospirozis salgını çıkmıştır. Çocuklarını koruyucu hizmetlere götüren ailelerde %20, gebe bakımı kapsayıcılığında %43'lük bir azalma, daha da kötü sağlık çıktılarının habercisidir (Uribe, 2002).

Arjantin'de sürdürülen GENACIS (cinsiyet, alkol ve kültür, uluslararası bir çalışma) projesine 2002 yılında ekonomik kriz-alkol ilişkisini göstermek amacıyla 4 soru eklenmiştir. GENACIS çalışması, ekonomik kriz sonrası halkın barlara gitmeyi azalttığını ya da kestiğini, evde ya da arkadaşlarının evlerinde içmeye başladığını ortaya koymuştur. Arjantinliler daha ucuz, düşük kaliteli alkol kullanmaya başlamışlardır. Alkol kullanımı açısından cinsiyetlere göre farklı uyum mekanizmaları

saptanmıştır. Ekonomik krizle birlikte kadınlar alkol kullanmayı bırakırken, erkekler daha ucuz veya daha düşük kaliteli alkollere yönelmişlerdir. Yine sağlık ve üretim güvenliği açısından yasal kriterleri karşılamayan kaçak alkol satışı ve tüketimi önemli bir sağlık sorunu haline almıştır (Munne, 2005).

2002 yılında ruhsal yakınmalarla başvurular %40 artmıştır. En sık görülen ruhsal sorunlar depresyon, fobi ve panik ataktır. Bağımlılık, başvurularda dördüncü sıradadır ve özellikle gençlerde yaygındır. Halk kendini güvensiz hissetmekte, işin olmaması, ekonomik ve sosyal istikrarsızlık yaşamı belirgin olarak etkilemektedir (Munne, 2005).

Gelecek için umutsuzluk hissedenler ve cesareti kırılanlar Kasım 2001'e göre büyük artış göstermiştir (çoğunluğu aile reisleri). Özellikle aile reislerinde bu durum daha belirgindir. Umutsuzluk ve cesaretin kırılmasının gerekçesi olarak ekonomik neden önemli rol oynarken (%50'den fazla), bunu iş bulamama, açıklamada zorluk çekilen nedenler takip etmektedir. Ev halkının %20'si suç veya şiddete maruz kalmıştır. En üst gelir gruplarında suç ve şiddete kurbanı olma daha yüksektir (Fiszbein, 2003).

Ekonomik krizde cinsiyet rolleri değişmiştir. Son dekatta kadın erkek ilişkilerinde değişiklik olmasına karşın Arjantin'de erkekler hala "maço"dur (machismo). Erkekler evin gelirin tamamını ya da tamamına yakını karşılayan bireylerdir. Ekonomik krizle birlikte erkeklerde çalışma olanakları kısıtlanınca, ailenin geçimi ile ilgili işlevlerini tam olarak yerine getirememiş, bunun sonucu olarak toplumun geniş bir kesiminde eşler arasında cinsiyet rolleri yeniden tanımlanmıştır (Munne, 2005).

Arjantin Beslenme ve Sağlık araştırma sonuçlarına göre 1997-2001 arası dönemde; düşük gelirlili ailelerde fertilité hızında düşme daha az gerçekleşmiştir. Doğum öncesi bakım için ilk ziyaret yoksul ailelerde 3 aydan sonra iken, geliri yüksek annelerde ilk ayda gerçekleşmiştir. Doğum öncesi bakımın kalitesini gösteren en az dört izlem birinci gelir diliminde %70 iken, en üst gelir diliminde %95'dir. Yoksul aileler doğum öncesi bakım için kamu hastanelerini ve birinci basamak kurumları tercih ederken, varlıklı aileler özel klinikleri tercih etmektedir. Bu farklılık 2001'de daha belirgin hale gelmiştir. Yoksul annelerin %85'i kamu sağlık kurumlarını tercih ederken varlıklı ailelerde kamu kurumu kullanımı %9'dur. Benzer durum doğumun yapıldığı kurum içinde geçerlidir. Ailelerin çocukları hasta olduğunda hekime başvurmaları 1997'de %32.7 iken 2001'de %29.7'ye düşmüştür (Gasparini, 2004).

Kriz ve Sağlık reformları

Latin Amerika ülkeleri krizlerle geçen son otuz yılında kapitalist sermaye birikiminin gelişmesi ile

benzer nitelikte, sağlık hizmetlerinde de metalaşma karakterli reformlar sürekli gündeme gelmiş, krizler bu reformların tetikleyicisi olmuştur. Dünya Bankası, IMF destekli, Dünya Sağlık Örgütü akıl hocalığında sürdürülen bu reformlar; sağlık alanında metalaşma dinamiklerini ateşlemiş, sağlık sektöründe dönen paranın artmasına, emekçilerden daha fazla kaynak ayrılmasına ve sağlık emekçilerinin daha fazla sömürülmesine hizmet etmiştir.

Sağlık hizmetleri ile ilgili mevcut durumu sadece krize bağlamak yanıltıcı olabilir. 1990'lardan beri hiperenflasyon sırasında ve öncesinde de sağlık sisteminin durumu eleştiriliyordu. 1990'lardan beri sağlık hizmetlerinde çok sayıda reform olmuştur. Piyasa eğilimli reformlar gündeme gelmiştir. Sağlık hizmeti piyasaya uyumlu hale gelmiştir. Sigorta sistemi ve maliyet yönetiminde modern teknikler kullanılmaya başlanmıştır. Bu değişiklikler yüzeysel, travmatik ve yoksunluklar ile yerleştirilmiştir. Sağlık kurumları ve çalışanlar için bu reformlar darbe niteliğindedir. PAMI yaygın ve dikkatsiz kişi başı ödemeye (tehlikeli sonuçları ve yolsuzluk ve erozyon potansiyeli olan) geçmiştir. Ödeme sistemindeki değişikliklerin, sağlık kurumları üzerinde belirgin etkileri olmuştur (sistemin yapısal deformatörlerini süzme gibi). Bunda hizmet sunucularının gelirleri üzerindeki baskı önemlidir. Sağlık kurumlarının tepkisi yüksek teknolojiye uyum sağlama şeklinde olmuştur. Sosyal göstergeler ve sosyal değişimler birincil bakım ve entegre hizmeti isterken. Kişi başı ödeme sistemi birçok değişikliği indüklemiştir (Eğitim, profesyonel, organizasyonel, geri ödeme ve travmalı ve yoksul hastaların tedavisinin ertelenmesine yol açacak değişiklikler gibi). Bu eğilim ciddi olarak deprofesyonelleşme taşımaktadır, sonuçlarına karşı direnç vardır (Insua, 2002).

Kriz-siyasal kriz ve sol

Sık sık yaşanan krizler, neoliberal patentli kapitalist düzenlemelerin kesintiye uğramasını, bedelini emekçilere ödemeye yönelik çabalar Latin halkının tepkisine yol açmış, mevcut politikalara güvensizlik artmıştır. Ekonomik krizler ardında büyük siyasal krizler de bırakmıştır. Siyasal krizin yapısal temeli Latin Amerika ülke burjuvazilerinin tarihsel zayıflığıdır. Burjuvazinin zaten kırılğan olan toplumsal temeli çok uluslu şirketlerle organik ilişkiler nedeniyle daha da zayıflamıştır. Latin Amerika'da on yıllık neoliberalizmin ardından yönetici sınıflar 1990'larda sergiledikleri özgüveni yitirmişler, önde gelen temsilcileri (Menem, Fujimori, Salinas, C.A.Perez, Lozado) de sahneden çekilmişlerdir (Katz, 2006).

Latin Amerika'da sol genellikle iki farklı alternatif yaklaşımla kendini göstermektedir. Birincisi, ulusalcı-kalkınmacı, sol Keynesyen, anti-empyralist sıfatları altında toplayacağımız analizler/alternatifler. Geç kapitalistleşen ülkelerde, kitleleri temsil eden organizasyonlarda oldukça belirleyici bir söylem bu.

Sıfatların çokluğundan anlaşılacağı gibi farklı teorik kaynaklardan besleniyor. İkinci olarak, genellikle daha Merkez-sol ya da Üçüncü Yol olarak tanımlayacağımız, politik pratiklere yöneliyorlar, Arjantin'de Kirchner'de olduğu gibi. Her iki alternatifte "küreselleşme"ye gösterilen reaksiyonda biçimleniyor. Kalkınmacı-ulusalcı analizler, küreselleşmeyi dışarıdan içeriye, yani ulus devlete/ulusal ekonomiye yönelik bir tehdit olarak tanımlıyor. Merkez-sol ve Üçüncü Yol analizleri ise küreselleşme olgusunu bir gerçeklik olarak tanımlıyorlar. Bu gerçekliğin de hem olumlu sonuçları, hem de yöneltmesi gereken olumsuzlukları olduğunu belirtiyorlar (Ercan, 2006).

Bölgede merkez solda yer alıp neoliberalizmin eleştirilerine katılanlar vardır. Bunlar, dizginsiz özelleştirmeleri, dünya pazarına aşırı açılmayı ve toplumsal eşitsizlikleri sorgulamaktadır. Bu hükümetler, neoliberalizmin ekonomik başarısızlıklarına ve ardından gelen siyasal itibar yitimine yönelik tepkinin ürünleridir. Örneğin Kirchner Arjantin'de yaşanan tarihin en kötü depresyonunun ardından gelmiştir. Kirchner sermaye birikim sürecini yeniden ayakları üzerine oturtmak için daha heterodoks politikalar benimsemiştir (Katz, 2006).

Latin Amerika'da merkez sol yönetimler iktidara gelmesine karşın sağlık politikalarında DSÖ'nün önerdiği sağlıklı metalaştırıcı politikardan büyük kopmalar yaşanmamıştır. Daha önce gündemde olan reformlar peşpeşe uygulanmaya devam etmiştir.

Krizler sonrası süreçte kapitalizm yeniden yapılanırken emek sömürüsü daha da derinleşmiştir. Gelirde azalma, çocuk ve kadın emeğini kullanımının artması, informelleşme denilen şey aslında sömürünün derinleşmesi olarak okunmalıdır. Üretim aşamasındaki bu derin sömürü, yeniden dağıtım sürecinde de yaşanmaktadır. Emekçilerden toplanan vergiler, kamu hizmetleri yerine sermayenin birikim sürecine kanalize olmaktadır. Kriz dönemlerinde ayakta kalma için başka seçenek yok söylemleri ile bir yandan kapitalizm yeniden yapılanırken bir yandan da sağlık alanı metalaşma sürecini tamamlamaktadır.

KAYNAKLAR

Auken B.V.(2005) Latin Amerika'nın Toplumsal Krizi, www.wsws.org/tr/2005/mai2005/lat-m18.shtml, erişim tarihi: 14.04.2009

Cutler D.J., Kanaul F, Lazono R, Mendez O, Zurita B. (2002) Financial Crisis, Health Outcomes and Ageing: Mexico in The 1980s and 1980s, *Journal of Public Economics*, 84:279-303.

Ercan F. (2006) Alternatif Bakışları Sorgulamak: sermayenin Kapitalizmle Bütünleşmelerinde Roller ve Türkiye Gerçeğine Kısa Bir Bakış, içinde: *Küreselleşmeye Güney'den Tepkiler*, Dipnot Yayınları, 1.baskı, s:195-220, Ankara.

Fiszbein A, Giovagnoli PI, Adu'riz I.(2003) The Argentine crisis and its impact on household welfare, CEPAL REVIEW 79.

Gasparini L.C., Panadeiros M.(2004) Argentina: Assessing Changes in Targeting Health and Nutrition Policies, HNP Discussion Paper, Reaching The Poor Program Paper No. 1

Insua J.T (2002) Argentinean Crisis and Health Policy, [http://www.wilsoncenter.org/news/docs/Argentinean%20Crisis%20and%20Health%20Policy%20\(1\).doc](http://www.wilsoncenter.org/news/docs/Argentinean%20Crisis%20and%20Health%20Policy%20(1).doc), erişim tarihi: 14.04.2009

PAHO (2007) Health In The Americas 2007, Volume II-Countries, Pan American Health Organization, s:17-32.

Katz C. (2006) Latin Amerika'da Güncel Durum, içinde: Küreselleşmeye Güney'den Tepkiler, Dipnot Yayınları, 1.baskı, s: 243-260, Ankara.

Kozanoğlu H. (1995) Meksika'da Kriz, Birikim Dergisi, sayı:75, s: 55-64.

Mckenzie D.J. (2001) The Household Response to the Mexican Peso Crisis, Stanford University, Department of Economics Working Papers.

Munne M.I.(2005) Alcohol and the economic crisis in Argentina: recent findings, Addiction,100: 1790-1799.

Paxson C (2004) Child Health and the 1988-1992 Economic Crisis in Peru, World Bank Policy Research Working Paper 3260.

Şahin S.Ç. (2008) Meksika, Asya ve Türkiye Krizleri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme, Mülkiye Dergisi, Cilt:30, sayı:250, s:123-144,

Uribe JP, Schwab N (2002) The Argentine Health Sector In The Context of The Crisis in Argentina-crisis and Poverty 2003, Backgrounda paper No:6. içinde: Ergin I, Arjantin Sağlık Sistemi ve Reformlar, Toplum ve Hekim Dergisi, 22(3):171-183.

Ergin I (2007), Arjantin Sağlık Sistemi ve Reformlar, Toplum ve Hekim Dergisi, 22(3):171-183.