

geçici görev, istirahat, ücretsiz izin gibi nedenlerle görevinden uzak kalmış ise aday olamaz oy kullanamaz. Senelik izinler şahıs görevde imiş gibi kabul edilir. Oy kullanma hakkı olanların oy kullanması zorunludur, kullanmayanlara 1/4 oranında maaş katı ve bir sonraki seçimde aday olamama cezası verilir. Oy kullanabileceklerin listesi seçimden iki hafta önce ilçe seçim kurulunca ilan edilir.

Seçim sırasında görevde bulunan hekimler 6 aydan fazla süreyle yukarıdaki nedenlerle görevlerinden ayrı kalmışlar ise, oy kullanabilmeleri için o kurumda 6 aydan fazla fiilen çalışmış olmalıdırlar.

- 4- Seçimlerde 1 başhekim ve 2. maddede belirtilen kadar başhekim muavini için oy kullanılır. Uzman dış hekimleri uzman hekim, pratisyen dış hekimleri, pratisyen hekim statüsünde kabul edilirler.
- 5- Seçilen hekimler hastane yönetim kurulunu oluştururlar muavinlerin içinde en yüksek oyu almış olan hekim aynı zamanda 2. hekimdir.
- 6- Herhangi bir nedenle boşalan kadro için, kadronun boşalmasını izleyen 30. gün seçim yapılır. Ara seçim tarihi ile genel seçim tarihi arasında 8 ay ya da daha az süre varsa hastane yönetimi eksik kadro ile yürütülür. Boşalan kadro başhekimlik ise 2. hekim başhekim sıfatını alır.
- 7- Seçilen hastane yönetim kuruluna hastane müdürü ve başhemşire de doğal üye olarak katılırlar. Ancak bu iki üyenin yönetim kurulunda söz hakkı olmakla birlikte oy hakkı yoktur. Oylamalarda eşitlik söz konusu ise başhekimin tercihi belirleyicidir.
- 8- Yönetim kurulu, hastanenin idari işlerinden sorumlu olmasının yanısıra etik kurul olarak da görev yapar.
- 9- Hastane yönetim kurulunun %10'u (başhekim, başhemşire ve müdür Y.K. sayısına dahildir ancak %10'a giremez), sağlık müdürlüğünden bir hekim ve varsa il tabip odası temsilcisinin katılımıyla il etik kurulu oluşur. Bu kurul kendi arasından bir başkan, bir genel sekreter seçer. İl etik kurulu valinin sağlık konularında danışmanlığını, ildeki etik sorunlarda karar organı olmayı... vs (genişletilebilir) üstlenir. Ayrıca il hıfzıssıhha kuruluna da bir temsilci gönderir.
- 10- İl etik kurullarından gelen temsilciler ülke etik kurulunu oluşturur.

İllere göre temsilci dağılımı: İstanbul ve Ankara 4'er; İzmir, Adana ve Bursa 3'er; Antalya, Konya, Samsun, Gaziantep, Diyarbakır 2'sher diğer iller 1'er temsilci 74 il için toplam 91 üye. Bu kurula TTBMK 2. Başkanı veya Genel Sekreteri, TTB Yüksek Onur Kurulu Başkanı, Çalışma ve Sağlık Bakanlıklarından en az Genel Müdür Yrd. düzeyinde birer hekim katılır. Ülke etik kurulu olağanüstü durumlar dışında ayda bir kez Ankara'da toplanır.

İllirden gelen 91 hekim, kendi aralarında yapacakları seçimle Y.K. oluştururlar. Illerden gelen 91 hekim, TTB ve bakanlık temsilcilerinin (94 hekim) oluşturduğu kurul etik konularda ülke düzeyinde son karar organıdır. Ülkenin sağlık politikalarını yönlendirebilecek alternatifler üretir. Hekim tayin ve istihdamlarını denetler ve gerekirse soruşturur. Direk olarak Cumhurbaşkanına bağlı ve ona karşı sorumludur.

Ayrıca bu kurulun yönetimini oluşturan 7 kişilik

Y.K.'na değişik yöntemlerle seçilecek olan tıbbın çeşitli branşlarında akademik kariyer sahibi öğretim üyelerinin ve TTB, TDB, TEB temsilcilerinin katılımıyla YÜKSEK SAĞLIK ŞURASI oluşur.

11- Yüksek Sağlık Şurası direk olarak Cumhurbaşkanına bağlı ve ona karşı sorumludur. Yüksek Sağlık Şurasının yetki ve sorumlulukları ayrı bir tüzükte düzenlenir.

ÖNERİ: Tüm hekim atama ve rotasyonları ile TUS, TUS kadroları, Tıp Fakültesine alınacak öğrenci sayısı tamamen Y.S.Ş. yetkilerine bırakılmalıdır.

Yeni Dönem-Eski Tartışmalar: **Alma-Ata Bildirgesi ve** **Dünya Sağlık Örgütü** **Üçüncü Dünyaya** **Alternatif** **Öner(ebil)iyor mu?***

Dr. Ata SOYER

GİRİŞ

Seçim süreci ve sonrası, ülkemizde değişik bir dalgalanma yaşanıyor. Genel olarak olumlu nitelenebilecek bir "hava" esiyor. Seçim sırasında hemen tüm siyasi partiler, ortak bazı değerleri/düşünceleri savunmak durumunda kaldılar. Genel bir toplumsal uzlaşma görüntüsü egemen gibi. Bunda etkili çeşitli etmenlerden sözedilebilir, ancak bu konunun ayrı bir tartışma gerektirdiğini düşünüyorum.

Ancak geldiğimiz noktada, bazı belirlemeler yapmakta yarar var. Başta hükümet olmak üzere, siyasi partilerin hemen hepsi demokratik değerlere sahip çıkmış görüntüsü veriyorlar. Bu, demokratik değerlerin/düşüncelerin -bir yanı ile- yıllardır savunulması, topluma malolması sonucu olmuştur denilebilir. Ancak, Türkiye'nin bulunduğu konjonktür ve siyasi-ekonomik yapı itibarıyla, bu demokratik değer ve düşüncelerin içeriğinin doldurulma sınırlılığı söz konusudur. Bu da, demokratik kitle örgütlerine, demokrasi mücadelesi yapanlara önemli bir görev yüklemektedir. Demokratik değer ve düşüncelerin içeriğinin doldurulması, anti-demokratik gelişmelere karşı çıkılması, bu değerlerin geliştirilmesi ve daha geniş insan yığınlarına sahiplenilmesinin sağlanması diye sıralanabilecek bu görevler, gerek genel demokratik kavramlar, gerekse özel alanlar için geçerlidir. Bu anlamda birkaç potansiyel sıkıntıdan söz etmek gerek. Son 11 yıldır fiilen işlevsiz kılınmaya çalışılan kitle- meslek örgütleri-

* Makalenin oluşmasına katkıları için Aysun Yavuz ve Gülin Dinç'e teşekkür ediyorum.

nin tepkilerinin, bu kez başka yöntemlerle "istenilen" yönlere yönlendirilme riski vardır. Yeni hükümet değişikliği ile birlikte oluşan olumlu "hava"dan da yararlanılarak, kitle-meslek örgütlerinin devlete entegre edilmesine yönelinebilir. Çeşitli ortak "istişare" organları, ortak toplantılar, danışmanlık kurumları, kadro "devşirmeleri" v.b. gibi yöntemler, karşılıklı eşit ilişki anlayışı yerine korporatist bir anlayışın hayata geçirilmesine yardımcı olabilecektir. Tamamen dışlama yerine, korporatist bir "içe alma" ya yönelme...

Yapılması gereken, yeni hükümetle kendi programı ve ülkenin siyasi-ekonomik konjonktürü gözden kaçırılmaksızın, eşit ilişkiden yana olmak, olumlu girişimleri destekleme, olumsuzlukları eleştirmek ve alternatifler oluşturmak. Bu da, devlet-dışı bu yapıların insan ve bilimsel yönden güçlendirilmesinden geçer. Bugüne kadar oluşmuş ya da bundan sonra oluşacak yaklaşımların/düşüncelerin etkinliklerin ciddi şekilde değerlendirilmesi, hedeflenmelidir. Net bir şekilde karşı çıkılması gereken politikalar/yaklaşımlar kadar, bu netliği taşımayanlar için de benzer bir görev sözü konusu olmalıdır. Şöyle ki, bugün yılların birikiminin oluşturduğu bir ortam, bazı düşüncelerin/politikaların savunulmasını zorunlu kılmış ya da bazı düşünce/politikalar onu oluşturan kökler, koşullar gözardı edilerek savunulmuştur/savunulmaktadır. Bu da, ortak yaklaşımlar savunuluyor gibi görünse de, birbirinden farklı birçok konunun aynı şeymiş gibi savunulmasına yol açmaktadır. Bu nedenle, bazı temel kavramları, doğru olduğu çok tartışılmayan konuları irdelemenin örgütsel ve toplumsal yararı olduğunu düşünüyorum.

ALMA-ATA BİLDİRGESİ

Bu bağlamda sağlıkla ilgilenen hemen herkesin doğruluğunu "a priori" kabul ettiği temel sağlık hizmetleri anlayışını dünyaya maleden Alma-Ata Bildirgesi'nden başlamak istiyorum. 1978'den bu yana sağlıkla ilgili birçok çalışma -gerçek içeriğinin ne olduğuna bakılmaksızın "Alma-Ata Bildirgesi'nin ilkeleri doğrultusunda..." önerilerle sonlanmaktadır. Ancak, bugüne kadar bu Bildirge ile ilgili olarak N. Eren'in "Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri"⁽¹⁾ adlı çalışması dışında eleştirel bir çalışma yapılmamıştır. Bildirgeyle ilgili yazılar makaleler daha çok övgü doludur. "2000 Yılında Herkese Sağlık" gibi iddialı ve önemli bir şiarı dünya çapında öne çıkaran Alma-Ata Bildirgesi, görünüşte, insani değerlerin dünya ölçüsünde paylaşılması diye yorumlanabilir. Yine bu Bildirge yeterince tartışılmadan, ülkemizde, "sağlık hizmetlerinde alternatif" oluşturulması zor olacaktır.

6-12 Eylül 1978 tarihinde Alma-Ata kentinde Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in ortaklaşa düzenledikleri konferans sonucu yayınlanan bildirgenin adıdır, Alma-Ata Bildirgesi. Konferansın amaçları şöyle belirlenmiştir: ⁽²⁾

i- Bütün memleketlerde temel sağlık hizmeti fikri- ni geliştirmek,

ii- Milli sağlık sistem ve hizmetlerinin geniş çerçevesi içinde temel sağlığın geliştirilmesi ile ilgili deneme ve bilgi alışverişi yapmak,

iii- Temel sağlığın ilgilendirdiği ve bu hizmetlerce daha iyi duruma getirebileceği sürece, dünyada halen mevcut olan tüm sağlık ve sağlık hizmetleri durumlarını değerlendirmek,

iv- Temel sağlık prensipleriyle, bu hizmetlerin geliştirilmesinde ortaya çıkan uygulama zorunluklarını giderecek çalışma yöntemlerine açıklık getirmek,

v- Temel sağlığın geliştirilmesi için gerekli teknik işbirliği ve desteği sağlamak bakımından, hükümetlerin, milli ve milletlerarası örgütlerin oynayacağı rollere açıklık getirmek,

vi- Temel sağlığın geliştirilmesine yönelik önerileri formüle etmek."

Konferans sonucu ortaya çıkan Bildirge ise on temel noktada odaklanıyordu.⁽³⁾

I- Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları SAĞLIĞIN temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de sağlık sektörüne ek olarak diğer bir çok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.

II- Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin gelişmiş memleketler ile gelişmekte olan ve özellikle sosyal ve ekonomik alanlarda bir varlık göstermemiş memleketler arasında en yüksek derecesine ulaşmış, bu durumu **tüm ülkelerin ortak sorunu haline** getirmiştir.

III- Yeni uluslararası ekonomik düzene dayanan ekonomik ve sosyal gelişmeler tüm insanların tam bir sağlığın elde edilmesi ve gelişmekte olan memleketlerle, gelişmiş memleketlerin sağlık durumları arasındaki boşluğun kapatılması yönünden büyük bir önem ifade etmektedir. İnsanların sağlıklarının geliştirilmesi ve korunması ekonomik ve sosyal kalkınmayı devam ettirme bakımından gerekli olup daha iyi bir yaşam seviyesine ve dünya barışının elde edilmesine katkısı vardır.

IV- Tüm insanların hem bireysel hem de toplum olarak kendi sağlık hizmetlerini planlama ve yürütülmesi işlerine katılmaları hakları ve görevleridir.

V- Hükümetler, kendi halkının sağlığından sorumlu olup bu sorumlulukların sadece uygun ve yeterli sağlık ve sosyal önlemler almak suretiyle yerine getirirler. Hükümetlerin, uluslararası örgütlerin ve önmüzdeki yıllarda oluşacak tüm dünya toplumlarının varacakları ana sosyal hedef tüm dünya insanları sağlık durumlarını, kendilerine sosyal ve ekonomik olarak verimli bir yaşama götürme olanaklarını verecek 2000 yılı sağlık durumuna kavuşmalarını sağlamak olmalıdır. İşte temel sağlık hizmeti kalkınmanın bir parçası olarak şöyle bir hedefi eşitlik ruhu içinde elde etmenin yoluna açılan kapının anahtarını oluşturur.

VI- Temel sağlık hizmetleri, toplum içindeki faydaları ailelere ve bireylere evrensel olarak sunulmuş ve pratik, bilimsel olarak uygun ve sosyal yönden yeterli metot ve teknoloji üzerine kurulmuş gerekli sağlık hizmetleridir. Fert ve toplum bu hizmetleri, bu işlerle

ilgili faaliyetlere tam katılma ve toplum ve ülke halkının kalkınmasının her kademesinde sadece kendi kendine yeterlilik ve kendi geleceğini kendisi tayin etme ruhu içinde hareket etmekle sürdürebilir. Temel sağlık hem bir ülkenin temel çalışması ve odak noktasını oluşturduğundan, tüm sağlık sisteminin ve aynı zamanda ülkenin topyekün sosyal ve ekonomik kalkınmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturur. Bu sağlık hizmetlerini insanların yaşadıkları ve çalıştıkları yerlerin olabildiği kadar yakınına getirmek ve devamlı sağlık hizmeti çalışmalarının ilk ögesini oluşturarak, bireylerin aile ve toplumun ulusal sağlık sistemi ile ilişki kuracakları kademedir.

VII- Temel Sağlık Hizmeti:

1- Bir ülkenin ve onun toplumunun ekonomik şartlarını ve sosyo-kültürel özelliklerini kapsar ve onları aksettirir. Aynı zamanda, sosyal, biyo-medikal ve sağlık araştırmaları ve halk sağlığı alanında elde edilen tecrübelerle dayanır.

2- Geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon sağlayıcı hizmetler ile toplum içindeki ana sağlık sorunlarını belirler.

3- En azından şu konulara ağırlık verir: Mevcut sağlık sorunları ve bunları önleme ve kontrol altında bulundurma metotlarını içeren eğitim; uygun bir beslenme, yeterli temiz içme suyu sağlanması ve çocuk sağlığı hizmetleri, ana sağlığı ve aile planlaması, temel ateşli hastalıklara karşı bağışıklık sağlama yolları; salgın hastalıklardan korunma ve kontrol; genel hastalık ve yaralanmaların uygun tedavi şekilleri ve gerekli ilaçların sağlanması.

4- Sağlık sektörüne ek olarak ulusal toplum kalkınmasında, özellikle, tarım, hayvan bakımı (veteriner alanları), gıda endüstri eğitimi, konut, kamu işleri ve iletişim de dahil olmak üzere, tüm ilgili sektörleri ve onların işlerini kapsar ve tüm bu sektörlerin birleştirilmiş gayretlerine ihtiyaç gösterir.

5- Toplumun temel sağlık hizmetlerine katılma yeteneğinin artırılması ve kendi kendine yeterli hale gelmesine ihtiyaç gösterir. Bunun için, ulusal ve yerel kaynakların tam olarak kullanılma olanağının sağlanması, hizmetlerin planlama, örgütlenme, uygulama ve denetim çalışmalarına halkın katılımı, konu ile ilgili eğitimi demektir.

6- Herkes için gerekli ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin devamlı gelişmesini sağlayan ve en çok gereksinimi olanlara öncelik tanıyan bütünleşmiş, yöresel ve karşılıklı destekleyici, denetim ve dayanışma sistemleri ile sürdürülmelidir.

7- Yerel ve denetim ve dayanışma düzeylerinde, doktorlara, hemşirelere, ebeler ve kullanıldığı yerler var ise yardımcı ve toplumda görev yapan kimselere, aynı zamanda çalışabilecek ve toplumun sağlık gereksinimlerine çare bulabilecek şekilde sosyal ve teknik yönleriyle yeterli eğitim görmüş şahıslara bağlıdır.

VIII- Tüm hükümetler geniş çaplı ulusal sağlık sisteminin bir parçası olarak temel sağlığı başlatmak ve yürütmek ve aynı zamanda diğer sektörlerle işbirliği yapmak için gerekli ulusal politika, strateji ve çalışma

planlarını yapmalıdır. Böyle bir sonuç için politik amaçları kullanmak ve memleketin kaynaklarını harekete geçirme ve mevcut dış kaynaklarından yeterince yararlanmak gereklidir.

IX- Bütün ülkeler tüm halkı için gerekli temel sağlığı sağlamak için bir ortaklık ruhu ile işbirliği yapmalıdır. Çünkü her hangi bir ülkede insanların sağlıklı olması diğer memleketleri ve onların menfaatlerini de ilgilendirir. Bu konuda WHO/UNICEF'in temel sağlık hakkında beraberce hazırladıkları rapor, tüm dünyada faaliyet gösteren temel sağlığın daha fazla gelişme ve yaygınlaşmaya devam etmesi için gerekli sağlam temelleri oluşturmuştur.

X- Bugün dünyada yaşayan tüm insanların gereksinimi olan yeterli bir sağlık düzeyini 2000 yılında elde etmek için dünya kaynaklarının tam ve daha elverişli bir şekilde kullanılması gerekir. Ancak bu kaynakların bugün büyük bir kısmı silahlanma ve askeri anlaşmazlıklar uğruna harcanmaktadır. Silahsızlanma ve yumuşamanın sağlanması ve oluşturulması daha birçok ek kaynakların sulhçu maksatlarla kullanılmasına ve özellikle temel sağlığın en önemli kısmını oluşturduğu sosyal ve ekonomik kalkınmanın hızlandırılmasına olanak sağlar.

Temel sağlık için yapılan uluslararası konferans, tüm dünyada ve özellikle kalkınmakta olan ülkelerde temel sağlığın teknik işbirliği ruhu içinde ve yeni Uluslararası Ekonomik düzeye uymak suretiyle geliştirmek ve tatbik etmek için çok acele ve etkili çalışmaların yapılmasını istemektedir.

Hükümetleri, WHO ve UNICEF'i diğer uluslararası örgütlerle birlikte tüm çok ve iki ortaklı kuruluşları ve resmi olmayan örgütleri, parasal kaynak sağlayan kuruluşları, tüm sağlık görevlilerini ve tüm dünya toplumlarını temel sağlığa karşı olan ulusal ve uluslararası yükümlülüklerini, özellikle gelişmekte olan ülkelere desteklemeleri ve artan teknik ve parasal desteği bu maksatlara yönelme ve aynı şekilde konferans yine, tüm yukarıda isimleri belirlenmiş kuruluşları, temel sağlığı, bu bildirinin içeriği ve ruhuna uygun olarak başlatmak, geliştirmek ve devam ettirmek için işbirliğine çağırılmaktadır."

Şimdi tartışmaya geçebiliriz. Herşeyden önce belirtmekte yarar var ki, Alma-Ata Bildirgesi'nin temel önerilerinin hiçbirini yeni değildir. Özellikle ülkemiz için Bildirgeden 17 yıl önce tüm bu öneriler 224 sayılı yasada yer almıştır⁽⁴⁾. Yine 1972'de Sağlık Ekonomisi Ofisi, 1975'de Dünya Bankası bu önerilere benzeyen ve özellikle azgelişmiş ülkeler ve sağlık ilişkilerini inceleyen raporlar ürettiler⁽⁵⁻⁶⁾.

Alma Ata Raporu dünyanın "sahip olanlar/olanlar (have) ve sahip olmayanlar/olmayanlar/ (have not) arasında bölünmüş olduğu saptamasını yapmaktadır⁽⁷⁾. Başka açıklayıcı kategoriler kullanılmadığından, gelişme diye ifade edilen "süreç" muğlak bir süreçtir. Ayrıca, sağlık alanındaki iyileşmeyi getireceği varsayılan da, bu süreçtir. Aslında bu süreç, kapitalizmdir. Ve kapitalist sürecin/gelişmenin sağlık alanında iyileştirmeye yol açmadığına ilişkin özellikle azgelişmiş ülkelerde oldukça çok örnek vardır.

Yine Rapor'daki öneriler, verili güç/iktidar ilişkileri içerisinde bir takım örgütsel ve teknolojik değişiklikler temellidir. Söz konusu ilişkiler kesin ve değişmez kabul edilerek, yola çıkmıştır. Örneğin kadın emeği ile ilgili olarak,

"Kadınların da erkekler kadar tarımsal kalkınmada yararlanmalarını sağlamak çok önemlidir. Kalkınmakta olan ülkelerin çoğunda kırsal kesimdeki kadınların büyük çoğunluğu, tarım ev işleri, bebek ve çocuk bakımı ile sürekli uğraş içindedir. Omuzlarındaki yükü hafifletmek için iş verimini arttırmak için uygun teknoloji gereksinimi içindirler. Ayrıca özellikle çocuklarını dengeli şekilde besleyebilmek ve hamilelikte emzirme dönemleride kendi beslenmeleri için kaynaklardan yararlanmada kullanabilecekleri beslenme bilgisine de gereksinimleri vardır (8)" ibaresi vardır.

Rapor, kadının özgürleşmesi için, daha fazla ve uygun teknoloji ve daha fazla eğitime gereksinim olduğunu vurgulayarak, tüm toplumdaki güç/iktidar ilişkileri içinde kadın-erkek güç ilişkilerinin yeniden tanımlanması gerekliliğini dışlamıştır. Oysa, özellikle az gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek çoğunluğunun özgürleşmesi, bir dizi ekonomik, sosyal ve politik dönüşümün gerekliliği ile yakından ilişkilidir.

Rapor'un, tıbbi endüstri konusundaki saptaması da oldukça ilginçtir.(9)

"Tıbbi endüstriden gelecek itirazlar, onların ilgisini temel sağlık hizmeti teknolojisine uygun araçların üretimine çekmek suretiyle olumlu yöne çevrilebilir. Kısıtlı miktarda üretilen pahalı araçların satışındaki azalmadan doğacak zararlar, temel sağlık hizmetinde kullanılacak olan daha ucuz ve fakat daha büyük miktardaki araçların boş ve geniş pazarlara arzından doğacak denge karşısında bir hayli büyük olacaktır."

Sağlık hizmetleri sektöründe bir dizi öncelik ve öneri sırala, sonra bu önceliklerin/önerilerin gerçekleşmesi önündeki "bazı engelleri" farket, çözüm olarak da bunları işbirliği yapmaya çağır! Rapor, hükümetlere tıbbi endüstri, çok uluslu ilaç şirketleri, tıbbi profesyoneller gibi çıkar gruplarını bu önerilerin içerdiği çıkarların toplumsallığı konusunda ikna etme görevini de vermekle! Bu önerilerin getireceği değişikliklerin, tıbbi endüstri ve ilaç şirketlerinin ne kadar yararına olduğundan haberdar etmek görevi.

Buradaki varsayım şudur: Tüm toplumun çıkarına olacak değişiklikler vardır ve bu konuda ilaç şirketleri, tıbbi endüstri ve çok kazanan hekimler ve diğer sağlık personeli büyük kârlarını bir yana bırakarak bu dönüşümlerden yana olacaklardır. Oysa bu çıkar grupları ile toplumun geniş kesimleri arasında ne kadar çıkar birliği olabilir? Ayrıca bu gruplar, kendi çıkarlarını, kârlarını en üst düzeye çıkarmaya yönelik bir ideoloji ve pratiğin içindedirler.

Eğer bu saptama reddediliyorsa, çeşitli ülkelerde çalışan kesimlerin önerdiği/uyguladığı sosyalizasyon programlarına, bu grupların karşı çıkışları nasıl açıklanacaktır? Hekimler ve sağlık personeli içindeki güç ilişkilerinin korunması ve yeniden üretilmesi, tıbbi endüstrinin çıkarıdır. Bu da kolayca ve kendiliğinden terkedilmeyecektir.

Bildirge'nin önemli bir çağrısı da, toplumsal katılım

ile ilgilidir(10). Çok olumlu gibi görünen bu çağrıdaki toplum, sağlığı da içeren ortak çıkar ve talepleri olan bireyler toplamıdır. "Toplumsal katılım, birey ve ailelerin gerek kendi, gerekse toplumun sağlık ve refahı için sorumluluk yüklenmesi ve hem kendi kalkınmaları hem de toplumsal kalkınmadaki katkılarını genişletme eylemidir(11) denilerek, toplum bir bireyler toplamı olarak görülüyor. Oysa, toplum sadece bir bireyler toplamı değildir, bundan daha öte bir şeydir. Toplum, bireylerin değişik kategorilere bölündüğü bir güç/iktidar ilişkileri düzenidir.

Burada bir riski de göze alarak hekim örneği tartışılabilir. Örneğin bir hekim sadece bir birey değildir. Bir hekim, bir toplumsal sınıfın üyesidir ve gücü/iktidarı sadece tıbbi "pozisyon"undan değil, ait olduğu sınıf içerisindeki cinsiyet, ırk, v.b. ilişkilerinden ileri gelir. Bir kişinin çıkarlarını belirleyen en temel belirleyici, kişinin sınıfıdır. Tıp mesleğinin birincil amacı da, halk sağlığı değil, tıp mesleği içindekilerin kendi sınıflarının (ve cinsiyetlerinin) çıkarlarını en üst düzeye çıkartmaktır(12)

Alma-Ata Raporu, bir çok terimi birbiri yerine kullanmaktadır. "Sağlık", (health), "sağlık bakımı" (health care), "sağlık bakım sektörü" (health care sector) "tıbbi bakım", (medical care) "sağlık sistemi" (health system) kavramlarının birbirlerinden ayrıldığı yada benzeştiği noktalar çok belirgin değildir. "Sağlık sistemi" (health system) ile kastedilen özünde "tıbbi bakım sistemi" (medical care system)dir. Başka bir deyişle, bireyler ve ailelere sağlık profesyonelleri ve çalışanları tarafından "sağlık bakım" (health care) mal ve hizmetleri çerçevesinde düzenlenmiş ve inşa edilmiş bir "sağlık bakım sistemi"dir. Raporun temel önerisi, vurguyu temel bakıma (primary care) yapmaktır. Bu, temel "sağlık bakım sistemi"nin merkezde olduğu bir "tıbbi bakım sistemi" içerisinde gerçekleşmelidir. Bu karmaşık ifadeyi bir alıntı ile açıklamaya çalışalım(13):

"Temel sağlık hizmeti, sağlık sisteminin eksenidir. Bunun etrafında, eylemleri sürekli hizmet vermesi için temel sağlık hizmetini desteklemeye yönelik olan diğer sağlık sektörleri yer alır. Temel sağlık hizmeti ile diğer sağlık sektörleri arasındaki düzeyde ise daha karmaşık sorunlar ele alınır daha çok beceri, daha özel bakım ve lojistik destek sağlanır. Bu düzeyde, daha yüksek eğitim görmüş personel temel sağlık hizmeti ile ilgili konularda ortaya çıkan pratik sorunlarda eğitim ve rehberlik yoluyla yardımcı olur. Merkezi düzey, planlama ve yönetimle ilgili uzmanlık. İleri ihtisas gerektiren bakım, uzman personel için öğretim, merkez sağlık laboratuvarları gibi kuruluşların uzmanlık hizmeti vermelerini ve merkezi lojistik ve mali destek oluşturulmasını sağlar."

Bu çerçevede, rapor birincil bakım hizmetlerini temel alan ve birincil, ikincil, üçüncül bakım hizmetlerini içeren bölgeselleşmiş "tıbbi bakım sistemi" (medical care system) çizmiştir. Yine, rapor sağlığın sadece sağlık sektörü ile elde edilemeyeceğini; örneğin yoksulluk önleyici programlar, su, konut, eğitim programlarının katkılarının olduğunu; bunların "temel sağlık bakımını" (primary health care) destekleyici olduğunu belirtmiştir(14).

Tüm bunlardan çıkanlar, raporun sağlık (health) ve sağlık bakımını (health care) birbirinin yerine kullandığıdır. Bu bağlamda, "2000 yılına kadar herkese sağlık"ın anlamı, aslında 2000 yılında herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilir hale gelmesidir. Daha da öte, temel sağlık hizmetlerini "tüm dünyada geçerli olacak bir sağlık düzeyinin sağlanmasında anahtar" olarak görerek, sağlık hizmetlerini, sağlığa ulaşmak için en önemli müdahale olarak özel bir yere koymaktadır.

Tam bu noktada, bazı ayrımlar yapmakta yarar var. Sağlık sektöründe önem derecelerine göre önceliklerin kaydırılmasının, sorumlulukların yayılmasının oldukça büyük anlamları vardır. Ancak, sadece sağlık alanında yapılacak bu müdahalelerin, insanların sağlığa ulaşmasında en önemli müdahaleler olduğunu ileri sürmek oldukça yanlıştır. Sağlıkta gelişme önemli ölçüde ekonomik, politik, sosyal yapılardaki değişikliklerle mümkündür/mümkün olmuştur.

Alma-Ata Raporu, gıda üretimi, eğitim, bayındırlık, iletişim, konut, su gibi hizmetlerde değişimlerin, sağlık sektörü dışında yapılması gereken bir dizi müdahale olduğunu, halkın sağlığını iyileştirmek konusunda gerekli olduğunu belirtmiştir⁽¹⁵⁾. Ancak, bu müdahale/etkinlikler özellikle apolitik kavramlarla ifade edilmiştir. Bunların herbirinin kendi otonomisinin olduğu varsayılmıştır. Genel olarak Alma-Ata Raporu'ndaki bu anlayış, dünyada ve ülkemizde, değişkenlerin onların yapısal belirleyicisine atıfta bulunulmadan analiz edilmesidir. Sosyolojide bu söylem "ampirisizm" veya "ateorik pragmatizm" diye adlandırılmaktadır⁽¹⁶⁾.

Oysa bir sistem, toplum ya da topluluk, kendi içinde varolan bireyler ve/veya müdahalelerle değil, bu elemanlar arasındaki yapısal ilişkiler ve ürettikleri güçle tanımlanırlar. "Lineer ateorik pragmatizm" ve ampirist düşünce ise, bu müdahaleleri, onları belirleyen güç ilişkileri ve yapılardan bağımsız olarak ele alır⁽¹⁷⁾. Örneğin, bizim bir kısım sosyal bilimcilerimizin ve halk sağlığıçılarımızın çok sevdiği ve savunduğu doğum kontrolünün, teknik transferin veya "Yeni Ekonomik Düzeni"nin az gelişmişliğe çare olabileceği yaklaşımı, bu düşüncenin ürünleridir.

Tartışmalarda soruların soruluş tarzı, yanıtları da önceden tanımlamaktadır. Fakat nüfus fazlalığının bir sorun olup olmadığını bilmek için nüfus yapısının kendi tarihsel ve politik dokusu içinde değerlendirilmesi gerekir. Yani, nüfus bir ülkede sorun olabilir (ya da olmayabilir), ancak bu nüfusun eklemlediği sosyal, ekonomik ve politik yapılarla ilintilidir.

Bağlırsak, bir müdahalenin etkinliği doğrudan müdahalenin kendisine değil, değişik müdahalelerin yapısal olarak birbirleriyle nasıl bağlantılı olduğuna, tıbbın içinde ve dışındaki bu yapıların içindeki direniş, çatışma ve değişim elemanlarının neler ve kimler olduğuna bağlıdır. Belli bir mühadalenin başarılı ya da başarısız olduğunun analizi politik ve tarihsel olarak yapılmalıdır. Oysa, amprisizm ve ateorik pragmatizm, bunu yapmaz. Parçaları bütünlüyle birleştirmez, bütün değişmeden kalır. Alma-Ata Bildirgesi'nde de durum aynıdır. Alma-Ata Bildirgesi'nin "pragmatizm"i, onun ideolojik fonksiyonunun bir göstergesidir.

Burada en temel nokta, değişik tip müdahalelerin sadece sıralanması ile yapılan yanıltıcılıktır. Çünkü bunların etkili olup olmadıkları yönündeki anahtar soru, yani bu müdahalelerin onlara anlam ve önemlerini veren bir yapı ve güç ilişkileri içerisinde nasıl ilişkili olduklarına bağlı olduğu, sorulmamıştır. Bu yapıların ve güç ilişkilerinin kabulünden özellikle kaçınılması, raporun en temel zafidir.

ALMA-ATA: ÖNCESİ VE SONRASI

Tartışmanın bu noktasında durup, bir nefes almakta yarar var. Sorun sadece Alma-Ata Bildirgesi ve Raporu'nun eleştirisi ile sınırlı değil. Buradan yola çıkıp "Alma-Ata"yı hazırlayan düşünsel yapılarla, onların bugünlere yansıma biçimleri ile tartışmak. Dolayısı ile Alma-Ata Bildirgesi'nin oluştuğu koşullara kısaca değinmek istiyorum.

Bu bildirgenin şiarı: "2000 yılında herkese sağlık"tı. Bildirge, 800 milyondan fazla insanın mutlak yoksulluk içinde yaşadığı⁽¹⁸⁾; tüm ölümlerin 1/3'ünün 5 yaşın altındaki çocuklarda olduğu⁽¹⁹⁾; az gelişmiş ülkelerde her yıl açlık, kötü beslenme ve bulaşıcı hastalıklar nedeniyle 5 yaşın altında yaklaşık 11 milyon çocuğun öldüğü; önenebilecek bu ölümlerin sayısının bu ülkelerde her yıl hiç ses çıkarmaksızın patlayan 20 nükleer bombanın yolaçacağı kayba eşit olduğu⁽²⁰⁾; az gelişmiş kapitalist ülkelerde nüfusun % 80'inin sağlık hizmetlerine ulaşamadığı⁽²¹⁾; sanitasyon hizmetlerinden yararlanan nüfusun % 33 olduğu⁽²²⁾ bir ortamda kaleme alınmıştır.

İşte böyle bir ortamda, az gelişmiş dünyanın "kalkınma"sı ile ilgili Batılı yardım kuruluşları ve politik çevreler, sorunların çözümü konusunda ağırlıklı olarak "nüfus kontrolü"ne el atmışlardır. Ülkemizde de, 60'lı 70'li yılları hatırlarsanız, kulakları çınlasın bazı önemli bilim adamlarımızın nüfus artışının, dünya yoksulluğunun nedeni veya buna katkıda bulunan önemli bir öge olduğunu savunduğunu anımsayabilirsiniz. Sorun onlarca çok basitti: bir yanda çok sayıda insan, diğer yanda yetersiz kaynaklar... Kişi başına düşen milli gelirin, kişi sayısı azaldıkça artacağı da ekonomi alanındaki bilim adamlarınca zaten gösterilmişti! Yoksul ülkeler de yeterli kaynakları olmadığından yoksul kabul edildiklerinden, çözüm aşıkardı: nüfus kontrolü.

Ancak, tam o sıralarda -1970'lerde- ortaya çıkan "petrol ve diğer hammadde krizi"ni, az gelişmiş ülkelerin söz konusu kaynaklara sahip oldukları halde, krizi daha derin yaşamaları bu savın etkisizliğini gösterdi. Bu kez, Batılı yardım kuruluşları, yeni bir "kılıf" bulmakta, gecikmediler: Yoksul ülkeler, yeterince maddi kaynaklara sahipler, ancak bunu kullanacak "entellektüel" kaynakları (teknoloji, "know-how" gibi) yoktu! Doğal olarak, çözüm ortadaydı: Teknoloji transferi. Bilimsel ve teknolojik yardım adı altında, yoksulluğa çözümler müdahaleleri yapıldı. Bu arada, oldukça ilginç kavramlar türedi. Örneğin birisi "uygun teknoloji"ydi⁽²³⁾ Bu kavramdan kasıt, bütün teknolojinin transferi değil, sadece "uygun" olanların transferlerinin yardımcı olacağıdır. Ama neye "uygun" olduğu net değildir.

Kimine göre "küçük"tür, kimine göre de "emek-
yoğun"dur.

Bu durum, bir yandan anti-teknoloji yaklaşımı ile de pekiştirildi⁽²⁴⁾. İvan İllich tarafından geliştirilen anti-teknoloji yaklaşımı, gelişmiş kapitalist ülkelerdeki anti-tıp, anti-psikiyatri gibi anti-kurumsal yaklaşımlarla birarada gündeme getirildi. "Anti-teknoloji"çiler, teknoloji transferine karşıydılar, böyle bir transferin bu teknolojiye bağımlılık yaratabilecek ve bu yolla da bireysel ve kollektif gelişim olanaklarını engelleyebilecek bir süreç olarak görüyorlardı. Bu genelde haklı saptamadan sonra getirdikleri alternatif ise, "Kendine özen" (Self-care) ve "öz güven" (Self-reliance) gibi, bireyin yararına olduğunu, dolayısı ile topluluğun da yararına olacağını düşündükleri kavramlara büyük önem vermek biçimindeydi.

Nüfus kontrolü, teknoloji transferi, "kendine-özen," "öz-güven" gibi tüm bu ideolojik yaklaşımlar, azgelişmiş dünyanın kalkınması ile "ilgilenen" kuruluşlar tarafından, bu ülkelerde yaşanan olaylardan bağımsız olarak değil, aksine bu olaylara tepki olarak geliştirilmekteydi. Az gelişmiş ülkelerin politik ve entellektüel merkezlerinde, yoksulluğun ne nüfus fazlalığından, ne de doğru tür teknoloji kullanımından değil, az sayıda devletin çok fazla, çok sayıda devletin ise çok az kontrol gücüne sahip olduğu dünya çapındaki ilişki tarzından kaynaklandığının farkına varılması bu yıllarda gerçekleşmekteydi. Bu merkezlerde, giderek sorunun konjonktürel değil, yapısal olduğu algılanması yayılıyordu. Bu da, gelişimsel eşitliğin değişkenlerinde ve ögelerinde değil, bu eşitliğin kendisinde olması gerekliliğini gündeme getiriyordu. Dünya kaynaklarının yeniden dağılımı talebi yükselmisti.

Bu yeni durumda "kalkınma" kuruluşları, kaynakların dünya çapındaki dağılımında bazı değişiklikler yapılmasını kabul etmek, ama bu değişikliklerin çatışma ile değil **kooperasyon** ile, olmasında ısrar etmek durumunda kaldılar. Bu "kooperasyon" kavramı, tüm dünya uluslarının hümanizm, sosyal adalet anlayışlarına seslenen ahlaki çağrılarla süslendi. Bu arada gelişmiş kapitalist ülkelerin kendi çıkarlarının daha iyi farkına varmalarına yarayan çağrılar yapıldı. Böylece gelişmiş ülkelerin zenginliklerinin bir kısmını, az gelişmiş ülkelerle paylaşması, aksi takdirde dünya düzeninin çökeceği, ayrıca az gelişmiş ülkelerde yoksulluğun azalmasının tüketme kapasitesinin artmasının gelişmiş ülke ürünleri için yeni pazarlar anlamına geleceği savunuldu.

Bu tutumun tipik bir örneği, 1980 yılındaki Willy Brandt Komisyon Raporu'ydu⁽²⁵⁾. Günümüz dünyasının ideolojik politik şekillenmesi konusunda önemli adımlar sayılabilecek bu ve benzeri belgeler, ortak insani değerler, ortak çıkarlar gibi çok anlamlı kavramların içinin boşaltıldığı sürecin kilometre taşlarıdır. Bugün "duvarlar"ın yıkılması ile görünür hale gelen "Batı"nın ideolojik-politik-ekonomik hegemonyasının başlangıç yıllarıdır. Dünyanın Kuzey-Güney diye, sahip-olanlar ve olmayanlar diye ayrılması; sınıf çatışmasını çağrıştıracak kavramların kullanılmaması, bunların yerine "global dayanışma", "ortak çıkarlar" gibi içi boşaltılmış terimler önerilmesi; kapitalist dünya düze-

ninde kapitalist ve emperyalist sömürüye dayalı bir çatışma olmadığı, bunun yerine uzlaşma ve dialogların yer alabileceği çerçeve amaçlandığı; değişimin, değiştirilemez ulusal ve uluslararası güç ilişkileri içinde gerçekleşmesi gerekliliği, az gelişmiş ülkelerin kalkınma hedeflerinin, daha fazla büyümeye ve daha çok üretime teşvik ederek, ama iç politikadaki değişikliklerin global sistemdeki yenilikler için temel koşul olması gerektiğinin önerildiği; uluslararası düzeyde değişimin, gelişmiş ülkelerin, azgelişmiş ülkelerdeki yoksulluğu ortadan kaldırmalarının kendi çıkarlarına olacağını farketmeleri ile gerçekleşeceği v.b. argümanlar söz konusu yaklaşımı ifade etmektedir⁽²⁶⁾.

Bilinen bazı uluslararası kuruluşlar "ortak çıkarlar, tüm ülkelerin ve insanların makul görülen kendi çıkarlarından kaynaklanmaktadır"⁽²⁷⁾ ibaresinden yola çıkarak, "sahip-olan" ve "olmayan" ülkelerin çıkarlarının ortak olduğunu bu ülkelere farketirmek işlevine soyundular. Zaten bir kez bu ortak çıkarlar farkedilince "o zaman hem duygusal hem pratik nedenler, güçlüye olduğu kadar, güçsüze de birleşik eylem ve reform doğrultusunda yol gösterecektir"⁽²⁸⁾. Bu "senar-yo" ile eşitlik, sosyal adalet ve hümanizm, soyut ahlaki sınıflamalar olarak ortaya çıkmaktadır. Program dahilindeki terimler içinde bunların anlamı, ortak faydayı paylaşma sürecinde, kaynakların daha iyi dağıtılmasıdır.

Sonuçta; bu "yeni" ideolojik-politik tutumda; çatışma, sömürü, kamulaştırma gibi "abes" kavramların yeri yoktur. Bunun yerine bugünkü dünya yoksulluğuna çözüm olarak öne sürülen işbirliği, paylaşma, beraberlik! Sınıf ve sınıf çatışması gibi kavramların yer almadığı bir teorik çerçevedir, bu.

BİRKAÇ TEORİK BELİRLEME:

Tüm bu yayılmak istenen illüzyonlara, "yıkılan duvar edebiyatına", ortak insani değerler "muhabbeti"ne karşın, bugünkü dünya sistemini belirleyen sınıf, iktidar ilişkileriyle açıklanan ve bu bağlamda yer alan temel bir çatışmanın varlığıdır. Bu çatışma, yok demekle kaybolmayacak kadar, nesnel ve bizim irademizden bağımsızdır. Ve günümüzde dünyada, yalnızca "sahip-olanlar" ve "olmayan" ülkeler arasında yapısal bir çatışma vardır. Bu çatışmalar birbirlerine bağımlıdır ve birbirlerini pekiştirebilirler. Aslında, bu dünya sisteminden en önemli yeri işgal eden, hem gelişmiş, hem azgelişmiş ülkelerin "sahip-olanları"dır. Ve yukarıdaki çağrıların hitap ettiği kesim de, özünde bunlardır. Gelişmiş kapitalist ülkelerin "sahip-olanlar"ı, kendi çıkarlarını korumak için bu dünya sisteminin örgütlenmesinde anahtar rolü oynarken, azgelişmiş ülkelerin "sahip-olanlar"ı çoğunlukla işbirlikçi konumdadırlar. Bu işbirlikçi kesim, uluslararası işbölümüne uygun olarak devleti ve ekonomiyi örgütlemekle görevlidir⁽²⁹⁾. Bu nedenle, gerçek uçurum Kuzey ile Güney arasında değil, bir yanda gelişmiş kapitalist metropoller ve kapitalist periferideki hakim sınıflar ile kapitalist periferinin yoksullaştırılmış nüfusu arasındadır.

Bu kadar teorik "laf"tan sonra, zorunlu bazı belirlemelere geçelim. Son 20 yılda, dünyanın bu büyük sorunlarına çözüm olarak getirilen nüfus kontrolü, tekno-

loji transferi, iş birliği ve ortak faydaya dayanan yeni ekonomik düzen gibi öneriler, yoksulluğun sürmesi için hazırlanan komplolar değildir, gerçeği gölgelemek amacı da taşımamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), UNICEF, ve benzeri kurumların oluşturduğu bu önerileri, bu kurumların gerçeği görmediklerini göstermektedir. 1960'larda USAİD ve Rockefeller Vakfı gibi kuruluşların nüfus kontrolü tezi, net bir şekilde bilinçli olarak sınıf-temelli, DSÖ benzeri, kuruluşların önerileri aynı bilinçlilikte değildir. Buna karşın, egemen ideolojiden etkilenmişliği yansıtmaktadır.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ; KİME HİZMET EDİYOR? NEYİ SAVUNUYOR?

Tüm bu ideoloji ve tutumlar, DSÖ v.b. kurumlar tarafından kendi araçları ile yeniden üretilmektedir. Az gelişmiş ülkelerin sağlık sorunlarına DSÖ tarafından çözüm olarak nüfus-kontrolü programları, teknolojik transfer, kendine-özen, işbirliği ve ortak çıkarlara dayalı yeni ekonomik düzen ard arda sunulmuştur. DSÖ, yıllardır bu ideoloji ve tutumların aktarılması işlevini yerine getirmektedir. Bu en temel iki noktada belirginleşmektedir: Politika/teknoloji ve ideoloji/bilim. Bilim ve teknoloji nötr olmamasına, güç ilişkilerini yansıtan ve yeniden üreten ideoloji ve değerleri içlerinde taşımalarına karşın⁽³¹⁾ yukarıdaki bu öneriler bunlar arasındaki ilişkiyi yok saymaktadır. Bu bakımdan DSÖ; Birleşmiş Milletler'in teknik bir araç olarak, teknoloji dilinin ve uygulamalarının kullanılmasıyla siyasi "pozisyonları" yeniden üreten ve dağıtan politik bir araçtır da⁽³¹⁾ Başka bir deyişle, DSÖ sadece dünyayı etkileyen sağlık sorunları ve hastalıkların yok edilmesine, onlara çare bulunmasına yönelik bir teknik araç değildir. Sadece görüntü ile ilgili bu saptama, diğer tüm uluslararası araçlar gibi, DSÖ'nün de ilişkiler dizisinin birbirinin egemen olduğu, her biri kendi ideoloji, dil ve pratiğine sahip güç ilişkilerinin bir sentezi olduğu gerçeğine aykırıdır⁽³²⁾.

Buna, DSÖ'nün en üst karar organı Dünya Sağlık Asamblesi'nin her ülkenin bir oy hakkı olması kanıt gösterilerek itiraz edilebilir. Buna inanmak, ülkemizde en-üst düzey karar organının Parlamento olduğuna inanmaktan, herhalde farkı yoktur. "Oy, hak verir ama iktidar vermez"⁽³³⁾. Parlamenter ülkelerdeki egemen sınıfların iktidarı, seçim organlarıyla değil, büyük ölçüde yönetsel, teknik, profesyonel araçlarla ve bunları besleyen ideolojik kurumlar (üniversiteler) üzerinde kurdukları hegemonya ile kullandığı gerçeği⁽³⁴⁾, DSÖ için de geçerlidir. DSÖ'nün Latin Amerika ile ilgili kuruluşu PAHO'nun konferans ve makalelerinin değerlendirilmesi, Batı'lı akademik çevrelerin egemen ideolojilerine uyumlu ampirik ve fonksiyonel tutumların tutarlı bir sunumunu; bazı seçeneklerin dışlanması; ampirik ve fonksiyonel tutumların teknik ve apolitik olarak, bunların dışındaki tutumların teknik olmayan ve politik olarak sunulduğunu göstermiştir. Bu sadece PAHO'ya özgü değildir. DSÖ'nün pek çok alt kuruluşunda görülmektedir. Burada temel amaç, politik müdahalelerin depolitizasyonu ve bunların teknik müdahalelere dönüştürülmesidir⁽³⁶⁾.

Bir başka örnek, 1970'lerin başında, DSÖ tarafından, "çıplak ayaklı doktor" kavramının büyük ölçüde tanıtılmasıdır. Bu girişim, özünde politik olan bu deneyimin, Çin Halk Cumhuriyeti'nde yaşanan politik güçlerinin yapısının bir sonucu şeklindeki politik önem dışlanarak, diğer politik çevrelerde örnek alınmaya değer şekilde "paramedikal personelin 'zekice' kullanımı" olarak sunulmasıdır. Diğer ortamlarda işlemeceği kısa zamanda anlaşılan bu deneyimin, "çıplak ayaklı doktor"un politik bir olay olduğu, DSÖ raporlarında anlaşılmamaktadır⁽³⁶⁾. Aslında bu olayın depolitizasyonunun kendisi, politiktir.

Özetlersek, politik tutumların sürekli teknik raporlarla sunulması, alternatif tutumların sürekli olarak bastırılması: İşte DSÖ'nün işlevi.

SONUÇ

(YA DA YENİ BİR BAŞLANGICIN İLK SÖZLERİ)

Yeni hükümetten başladık, kitle-meslek örgütlerinin işlevine, oradan Alma-Ata Bildirgesi'ne geçtik, 1970'lerin dünyasındaki az gelişmiş ülke kalkınma tartışmalarından, "ortak insani değerler'e ve bunu yayan araçlardan DSÖ'ye vardık. Bu kadar sorun, bir yazının kapsamını oldukça aşan bir çapta. Ama, bugüne sorunları daralta daralta gelmedik mi? Sanırım bunca söz, yeniden bir tanımlama-tartışma sürecinin anlamlılığını ortaya koyabiliştir.

Alma-Ata Bildirgesi ve benzeri tarza sahip sağlık sorunu sunuşları, tüm teknik ve apolitik görünümüne, karşın, tümüyle politiktir. Bunun en son örneğini, seçim öncesi TTB'de yaşadık. Bir komisyon olarak hazırladığımız "Sağlık Hizmetlerinde Son 11 Yılın Değerlendirilmesi ve Talepler" raporu, politik bulunmuş, bir başka rapor tümüyle "apolitik ve teknik" görünümü ile oldukça benimsenmişti. Aradaki fark, sadece üslup sorununa indirgenmişti. Üslup sorununu reddetmekle birlikte, özü bu denli örtmesine izin vermek ne ile açıklanabilir?

DSÖ de, teknolojik ve yönetsel raporları aracılığı ile yukarıda sıralanan ideoloji ve politik tutumları yeniden üretmektedir. Ve Alma-Ata Bildirgesi, bu anlamda istisna değildir.

Ancak, burada özellikle, dikkat edilmesi gereken bir noktanın altını çizmek istiyorum. Amaç, DSÖ ve Alma-Ata Bildirgesi'ni karalamak değil, eleştirmektir. Ülkemizde bazı tartışmaları kaşıyarak, alternatif tartışmalarına katkıda bulunabilmektir. Kimin neyi söylediği belli olmayan bir ortamın, uzlaşmanın değil, karmaşanın ve sinmişliğinin göstergesi olduğunu göstermektir. Çatışmayı gündeme getirmek değil, insanların kimlerle ne için, hangi hedefe yöneldiğini bilmesine olanak sağlamaktır.

Bu çerçevede, Alma-Ata Bildirgesi ve benzeri metinlerde sunulan, sağlık hizmetlerindeki önceliğin birinci basamağa kaydırılması önerisi, önemli bir belirlemedir. Ancak, bu ve diğer öneriler, genellikle kalkınmacı düzenin görüşlerini yeniden üretmekten başka bir işe yaramaz. Bu görüşler de, çözümün değil, sorunun parçasıdır. Bugünün dünyasında egemen olan kesimlerin bakış açısını temsil ederler.

DSÖ başta olmak üzere Birleşmiş Milletler ve ona bağlı diğer teknik kuruluşlardaki değişimleri belirleyecek olan, dünya çapındaki değişimler ve bunları açıklayan; güç ilişkileridir. Bu noktada DSÖ için de, bu değişimin göstergesi, nasıl tanımlanırsa tanımlansın ve sağlık bakımı ya da birincil basamak sağlık bakımı olarak genişletilsin, sağlığı tıbbi bakımın bir sonucu olarak gören tıbbi ideolojiden kopuş ve sağlığı bugününün az gelişmiş dünyasında politik olarak belirlenen ekonomik ve sosyal yapısal değişimlerin bir sonucu olarak gören sistematik sağlık yapısıyla kucaklaşmak olacaktır.

Sağlık ve sağlık mücadelelerinin bu yeni anlayışı, DSÖ'nü gelecekte şunlara yöneltmelidir⁽³⁷⁾:

1- Kurumsallaşmış şiddet ve hastalığa karşı, özgürlükçü hareketlere somut yardım.

2- Sağlık ve sınıflar üzerindeki yapısal kısıtlamaların ve temel değişikliklere direnişin tüm biçimlerinin analizi.

3- Mevcut personel ve danışman yapıların, egemen ideolojiden uzaklaşacak ve sağlık üzerine geniş bir alana yayılan tüm bakış açılarını daha iyi yansıtacak şekilde değişimi.

4- Sermaye ve emeğin uluslararası hareketliliğini ve bu hareketliliğin sağlık üzerindeki etkileri hakkındaki bilgi depolama ve araştırma.

Bugün ülkeler arasındaki işçilerin hareketliliği/göçü, ülkeler arası sermaye akışı-toksik endüstriler de dahil- ve bunların sağlık sonuçları, istihdam/işsizlik ve sağlık, yapısal ekonomik değişiklikler ve sağlık gibi konularda sistematik bilgi toplayan uluslararası bir kuruluş olmadığı gibi, bu konular "tartışmaya çok açık" ya da "politik" oldukları için gündemden dışlanmaktadır. Aslında doğrudur, bunlar tartışmaya açıktır. Ancak, sosyal gündemdeki kabul edilebilir konuları tanımlayan egemen güçlerin çıkarlarını tehdit etmektedirler. Buna karşın, bunlar DSÖ'nün tutumunda egemen olan "teknolojik" söylemin izin verilebilir sınırlarını tayin eden grupların çıkarlarından başka çıkarlara hitap ederler.

Dünya sisteminin 1930'lardan bu yana karşı karşıya geldiği en büyük kriz derinleşmektedir. Değişim taleplerini de arttırarak! Ancak, bu değişim talepleri dünyada olduğu gibi ülkemizde de, değişim taleplerinde ifadesini bulan bazı ideolojik-politik-sosyal belirlemelerin içeriğinin boşaltılarak tarihsel olarak bu taleplere karşı olanlarca sahiplenilmesi yolu ile engellenmek istenmektedir. Alma-Ata Raporu'nu aşacak güçler de, ülkemizdeki geçmişin olumluluklarını sahiplenerek yeni alternatif oluşturacak olanlar da; yeni, cesur ve cüretli çözümleri ortaya koyacak olanlardır. Bu, Batı'nın, eskinin kalkınmacı sürecinin dışında, "değişik sistemler içinde şimdi sadece birkaç kişiye esirgenmeyen, herkese verebilecek; güneşin altındaki muhteşem ülkelerindeki haklarını adilce ilan edecek, az gelişmiş ülkelerdeki çoğunlukların 'otantik' temsilcilerinden gelecektir"⁽³⁸⁾.

KAYNAKLAR

- 1- Nevzat Eren, Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bölümü Yayını No: 18, Ankara 1982,
- 2- Alma-Ata 1978, Temel Sağlık Hizmetleri, UNICEF-TETM, S. 9, Ankara, 1980.
- 3- Alma-Ata a.g.e. S. 3-6.
- 4- Nevzat Eren, a.g.e.
- 5- Medical Care in Developing Countries, Office of Health Economics, London, 1972.
- 6- Health Sector Policy Paper, World Bank, 1975.
- 7- Alma-Ata, a.g.e., S.14.
- 8- Alma-Ata, a.g.e., S. 42.
- 9- Alma-Ata, a.g.e., S. 38.
- 10- Alma-Ata, a.g.e., S. 44-45.
- 11- Alma-Ata, a.g.e., S. 45.
- 12- V. Navarro, "A Critique of the Ideological And Political Positions of the Willy Brandt Report And The WHO Alma Ata Declaration, Social Science and Medicine, 18 No: 6, p. 473, 1974.
- 13- Alma-Ata, a.g.e., S. 48.
- 14- Alma-Ata, a.g.e., S. 37.
- 15- Alma-Ata, a.g.e., S. 40.
- 16- V. Navarro, Op. cit. p. 473.
- 17- Ibid. p. 473.
- 18- J. H. Bryant, WHO program of health for all by the year 2000 a macrosystem for health policy making-challenge to social science research, Social Science and Medicine, 14 A. 382, 1980.
- 19- Seventh General Programme of Work, World Health Assembly, WHO Chronicle 36, 1982.
- 20- V. Navarro, op. cit. P. 467.
- 21- J. H. Bryant, op. cit.
- 22- Drinking Water and Sanitation 1981-1990. A Way to Health, WHO, Ceneva, 1981.
- 23- E.F. Schumacher, Small Is Beautiful: Economics as if People Mattered, New York, 1975.
- 24- Ivan Illich, Limits to Medicine (Medical Nemesis), Penguin Books, 1976.
- 25- The Report of the Independent Commission on International Development Issues under the Chairmanship of Willy Brandt, Cambridge, MA. 1980.
- 26- Ibid.
- 27- Ibid.
- 28- W. D. Graf, Anti-Bandt: a critique of northwestern prescriptions for world order, Socialist Register, 33, 1981.
- 29- J. Petras, Critical Perspectives on Imperialism and Social Class in the Third World, P. 36, Monthly Review Press, NY. 1978.
- 30- V. Navarro, Work, Ideology and Science, the Case of Medicine. Social Science and Medicine, 14 c. 191-205, 1980.
- 31- V. Navarro, A. Critique of... op. cit, 470.
- 33- Ibid. 470.
- 33- A. Gramsci, Prison Notebooks, International Publishers, NY, 1971.
- 34- N. Poulantzas, Satte, Power and Socialism. New left Books, London, 1978.
- 35- V. Navarro, A Critique of ... op. cit 470.
- 36- Ibid. 470.
- 37- Ibid 473.
- 38- Ibid 473-474.