

DOSYA

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK: ÖNLENEBİLİR ve KABUL EDİLEMEZ BİR POLİTİK EKONOMİ SORUNU

İlker BELEK*

GİRİŞ

Hakkında bir dizi sağlık hedefinin belirlendiği 2000 yılının eşiğinde, eşitsizlik olgusu halen en önemli sorunlardan birisi, belki de başlıcası olmaya devam ediyor. Hatta en "gelişmiş"ler sınıfındaki "Batılı" ülkelerde bile, genel olarak toplumsal sağlık düzeyindeki gözle görülür yükselmeye karşın, çeşitli toplumsal gruplar arasındaki eşitsizlikler varlığını sürdürüyor (Dahlgren G., Whitehead M. 1992: 1). Öte yandan Dünya ülkeleri ve daha kaba bir söylemle Dünya'nın Kuzey'i ile Güney'i arasında eskiden beri varolan sağlık eşitsizlikleri artıyor (WB 1993: 1; Patel MS. 1989; Belek İ. Ve diğ. 1994: 6-22).

Bütün bunlar eşitsizlik konusuna biçilen önemin de artarak sürmesine neden olmaktadır. Oysa gerek toplumların sağlık düzeyleri, gerekse sağlık sistemlerinin verimli işlemesi önünde oluşturduğu potansiyel engeller nedeniyle sağlıktaki eşitsizlik olgusu daha 1970'lerin ortalarından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunun gündeminde önemli yer edinmeye başlamıştı. Bu anlamda hem 1978 Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) felsefesinde, hem de 1984 Avrupa Bölgesi Herkes İçin Sağlık (HİS) hedefleri içinde eşitsizliğe özel bir vurgu yapıldığını görüyoruz.

1978 yılında yayınlanan Alma-Ata deklarasyonu, 2 nci Maddesinde, sağlıktaki özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ve ülkelerin kendi içlerinde varolan büyük eşitsizlik durumunu gerek politik, gerek sosyal ve gerekse de ekonomik bakımdan kabul edilemez olarak belirlemiştir (Tarimo E., Webster EG. 1994: 107).

2000 yılında HİS anlayışı doğrultusunda Avrupa Bölgesi hedefleri belirlenirken ise herkes için sağlığın eşitlik demek olduğu vurgusu yapılmış ve birinci hedef 2000 yılına kadar "dezavantajlı durumdaki devletler ile grupların sağlık düzeylerini yükselterek ülkeler arasındaki ve ülke

içindeki gruplar arasında mevcut sağlık düzeyi farklılıkları 2000 yılına kadar en az %25 azaltılmalıdır" şeklinde belirlenmiştir (WHO 1985: 24).

Şimdi eşitsizliklerin derinleşerek varlığını sürdürüşü, 1970'lerin sonlarında uluslararası düzeyde başlatılan ve yalnızca sağlık sektöründe sınırlı kalmaması gerektiği ısrarla vurgulanan çabaların başarısızlığının ya da yetersizliğinin kanıtı olarak da kabul edilebilir. Konuyu halen önemli kılan noktalardan bir diğeri de budur. Bütün Dünya'da genel sağlık düzeyinde artış olmasına karşın, gelişme daha çok, durumları eskiden beri daha iyi olan, bir başka deyişle daha avantajlı ülkelerde ya da gruplarda olmaktadır. Tersten ifade edersek, avantajsız konumdaki ülke ve grupların avantajlılıkları (hatta derinleşerek) sürmektedir.

Bu noktada yıllar önce belirlenmiş mücadele stratejilerinin ulusal hükümetlerce uygulanması aşamasında, hükümetlerin ortaya koydukları düşük performansın ve hatta açık karşı tutumun, eşitsizliklerin derinleşerek sürmesinin başlıca nedeni olduğu belirtilmektedir (Tarimo E., Webster EG. 1994). Sürecin bu yönü sorunu önemli kılan bir diğer noktadır ve tamamiyle kelimenin gerçek anlamıyla politika düzeyine ilişkindir.

Bütün bunların ötesinde sağlıktaki eşitsizlik olgusu gerek temel insani değerler, gerekse sağlık sisteminin olması gerekli politikaları bakımından kabul edilebilir bir durum değildir. Bu sonuncusu da derinleşerek süren eşitsizliği önemli kılan bir başka nokta olarak saptanabilir. Ve sonuncu olarak, sağlıktaki eşitsizliklerin esasen, arka plandaki daha geniş boyutlu ekonomik, sosyal, politik eşitsizliklerin bir göstergesi olduğunu eklemek gerekir. Bu anlamda eğer bir başarısızlıktan söz edilecekse, bu yalnızca sağlık sistemine ve bu sistem içindeki uygulamalara değil toplumsal sistemin doğrudan kendisine ilişkin olmalıdır. Çünkü sağlık sisteminin yapı ve uygulama tarzını belirleyen unsur, onu da içine alan toplumsal sistem bütünlüğüdür. Dolayısıyla sağlık eşitsizlikleri, eşitlikçi bir Dünya'nın

* Yrd.Doç.Dr., Akdeniz Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

özlemine duyanlar açısından, sorunları daha bütünlüklü bir çerçeve içine oturtabilmek çabasının somut başlangıç noktası da olabilir. Nitekim işte bu nedenle, sağlıktaki eşitsizlikler giderek daha çok oranda ekonomi biliminin de ilgi ve inceleme alanı içine girmektedir (Pereira J. 1990).

Bu yazı konuya böylesine büyük bir önem ve işlev atfediyor. Ancak kendisini, bu bütünlük içinde oldukça dar bir alanda sınırlıyor. İlerleyen bölümlerde görüleceği gibi; sağlıktaki eşitsizlik konusundaki kavramsal çerçeve, konuyla ilgili kavram karmaşalarının netleştirilmesi, eşitsizliği ortaya çıkaran temel nedenler, eşitsizlik olgusunun nasıl ölçüleceği ve izleneceği, eşitsizlikle teknik anlamdaki mücadele stratejileri yazının içeriğini oluşturacak. Tüm bu akış içinde, esasen sorunun asıl belirleyicisi olarak düşünülen toplumsal sisteme ise yalnızca bazı girdiler göndermekle yetinilecek.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİK NEDİR ?

Eşitsizlik konusunda, İngilizce literatürde birbirleriyle yakından ilgili, ancak oldukça farklı anlamları ifade eden iki temel kavramın kullanıldığı görülmektedir. Bizim açımızdan bu durumu önemli kılan ise, Türkçe'de sık sık birbirlerinin yerine kullanılmaları ve sıklıkla aynı şeylermiş gibi "eşitsizlik" kelimesi olarak, ancak aralarındaki farka da hiç dikkat çekmeyen bir tarzda Türkçeleştirilmeleridir.

Bu iki kavram Inequality ve Inequity'dir. İngilizce'de Inequality kelimesi Equal kelimesinden türemektedir. Equal ise "aynı (the same)" anlamında olmak üzere, matematiksel bir eşitlik durumunu ifade etmek üzere ("iki iki daha dört eder (two and two is equal to four)" şeklinde) kullanılmaktadır. Buna karşılık Inequity kelimesine kaynak oluşturan Equity ise hakça, adaletli (fairness) davranma anlamına gelmektedir (Collins Dictionary).

Kelimelerin İngilizce karşılıklarındaki bu farklılaşma nedeniyle, sağlıkla ilgili yayınlarda Sağlıkta Eşitsizlik derken kullanılan kelime Inequity olmakta ve kavram gereksinimleri de gözetilen ahlaki, etik bir boyutu da yansıtmaktadır. Inequality kelimesi ise daha çok toplumların sağlık durumlarında ya da sağlık hizmeti kullanımında çeşitli etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan somut farklılık durumunu tanımlamaya ve bu farklılığı matematiksel olarak da ifade etmeye yaramaktadır. Bu anlamda Inequality kelimesi Inequity kelimesine göre daha pragmatik ve dar kapsamlı bir kavram olarak yorumlanmaktadır (WHO 1986: 2).

İşte bu nedenle Whitehead sağlıkta eşitsizlik olgusunu dile getirmek bakımından Equity kelimesinin daha uygun bir kavramlaştırma yolu olduğunu belirtmektedir (Whitehead M. 1992: 431). Çünkü kelime, bir yandan önlenebilir, bu anlamda toplumsal düzeyde kabul edilemez olan sağlık farklılıklarını dile getirmekte ve bir yandan da önlenebilir doğaları nedeniyle bu farklılıkların haksız, adil olmayan bir ortam yaratıklarına ve böyle bir ortam tarafından yaratıldıklarına vurgu yapmaktadır. Kestirme bir ifade ile Eq-

uity kelimesinin sergilediği anlama göre sağlıktaki eşitsizlik durumu içinde, eşitsizliğin derecesine göre değişen bir haksızlık söz konusu olmaktadır.

İşte bu nedenlerle gereksinimleri farklı olan toplumsal kesimlere (örneğin gecekonducularla, kent merkezine), kabaca Equal (yani matematiksel anlamda eşit) hizmet götürmek (örneğin finansal kaynakları bu iki bölge arasında eşit olarak bölüştürmek) kavramın gerçek anlamıyla eşitlikçi (Equity) bir politika tarzı olmayacaktır. Gereksinimler gözetildiğinde matematiksel açıdan eşitlikçi olmayan, ancak daha adil olanı, gereksinimi daha çok alan gecekondu bölgesine daha çok kaynak aktarmak olacaktır. Bu nedenle Musgrove sağlık hizmeti kullanımı açısından eşitliğin, en başından itibaren, herkese eşit sağlık hizmeti kullanımı olanağı yaratmak olduğunu ve alttaki nedenler ne olursa olsun eşitsizliğin (Inequity); bazı grupların, insanların hizmeti kullanabilme yeterliliklerinin engellenmesi olduğunu vurgular (Musgrove P. 1986: 325).

Bu yazıda eşitsizlik derken kastedilen kavram Inequity kelimesinin karşılığı ve gereksinimleri de dikkate alınır. Bu anlamda sağlıktaki eşitsizlik için net bir tanım yapmak gerekirse şöyle toparlanabilir: Sağlıkta eşitsizlik; doğal değil, toplumsal nedenlerden kaynaklanan; doğal nedenlerin ise ancak toplumsal nedenler dolayısıyla etki gösterdikleri; önlenebilir, önlenebilir olduğu için de kabul edilemez nitelikte olan; bireysel değil toplumsal bir bağlam içinde saptanması, ele alınması, incelenmesi, mücadele edilmesi gereken; bu nedenle de tüm bu süreçte ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı disiplinlerin de etkinliğinin gerektiği toplumsal gruplar arasındaki sağlıkla ilgili farklılıklardır.

Yukarıdaki tanım eşitsizlik olgusunun, aslında bilimsel gelişmenin bugün ulaştığı düzey içinde önlenebilir bir sorun olduğunu, ancak kaynakların toplumsal kullanım biçimine bağlı olarak ve toplumun genel ekonomik, politik organizasyon biçiminin içinden türeyen bir takım etkenler nedeniyle derinleştiğini tespit etmektedir. Yani eşitsizlikle ilgili "önlenebilir", "kabul edilemez" olma durumları; bilimin olanaklarıyla, mevcut gerçekliğin arasındaki açıyı belirleyen tamamen objektif ölçütlerdir. Örneğin "önlenebilir" olma, sağlık düzeyi düşük olan ülke ve/veya toplumsal grupların sağlık düzeylerinin pekala sağlık düzeyleri daha yüksek olanlarınkinin düzeyine çıkarılabileceğini gösterir. Yani "önlenebilir" olma durumu esasen ölçülebilir bir farklılığı ifade etmektedir. Böylece eşitsizlikle ilgili temel sorun farklılıkları yaratan teknik ve politik organizasyon sorunlarını gidermektedir.

Bu nedenle de yukarıdaki tanımın içinde çözümün de ancak toplumsal düzeydeki ekonomik ve politik önlemlerle üretilebileceği öngörüsü bulunmaktadır. Bu tespit kesinlikle sağlık durumunun bireysel düzeyde belirlenip, geliştirilemeyeceği anlamına gelmez. Bunun dışında, bireysel sağlık durumunun ve bireysel sağlık sorunlarının arkasında toplumsal bir dizi etkenin bulunduğunu ve bu etkenlerin toplumsal düzeydeki politik etkinliği zorunlu kıldığını belirler.

Whitehead şu dört etkenin önlenebilir sağlık eşitsizlerine neden olduğunu belirtmektedir: a) Kişinin kendi yaşam şansını seçme, belirleme olanağının oldukça sınırlı olduğu durumlar, b) sağlıksız ve stresli iş ve yaşam koşulları, c) sağlık ve sosyal hizmetlere ulaşmadaki yetersizlik, güçlükler, d) hasta kişilerin, hastalıklarına bağlı nedenlerle sosyal ve sınıfsal konumlarının dezavantajlı bir konuma gelmesi. Bu nedenle de doğal ve biyolojik varyasyonlara bağlı olarak ortaya çıkan sağlık farklılıkları eşitsizlik olarak kabul edilemez. Bunlar olsa olsa kaçınılmaz farklılıklar olarak tanımlanabilirler (Whitehead M. 1992: 432).

Görüldüğü gibi yukarıdaki etkenlerin tümü hemen tamamen, ancak toplumsal yapıyı değiştirmeye yönelik politikalarla ortadan kaldırılabılır bir nitelik taşımaktadır. Bu durum, sağlıktaki eşitsizlik sorununu yalnızca sağlık sektörünün değil, bütün toplumun gündemine sokan ve ona doğrudan politik bir içerik ve önem atfeden boyut olmaktadır.

NEYİN EŞİTSİZLİĞİ?

Başlığı sağlıktaki eşitsizlikler olan bir yazı içinde böyle bir sorunun sorulması saçma görünebilir. Öte yandan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2. Dünya Savaşının hemen sonrasında sağlık için oldukça kapsamlı bir tanım yapmış olması bu bölümün başlığındaki soruya iyiden iyiye gereksiz bir görüntü verebilir.

Oysa sağlık kavramının tanımlanması yıllar boyu hep bir sorun olagelmıştır. DSÖ'nün tanımına kadar sağlık hep ölüm ve hastalık gibi, sürece negatif yönden yaklaşan parametrelerin olmayışı olarak tanımlanmıştır. Yani olumsuz bazı durumların olmayışı pozitif bir olgunun göstergesi olarak kabul edilmiştir (Hansluwka HE. 1985: 1208; Badura B., Kickbusch I. 1991: 103). Hep kısıtlı olduğu vurgulanan, ancak uzun bir dönem boyunca içindeki bu kısıtlılık aşılabilen böyle bir tanıma bağlı kalınmasının iki temel pratik nedeni bulunmaktadır: a) ölüm ve hastalık gibi negatif göstergelerin ölçülmesindeki kesinlik ve kolaylık, b) sağlığı pozitif yönden tanımlayabilecek pozitif göstergelerin bir türlü saptanamaması.

Bu anlamda, DSÖ'nün fiziksel, mental ve sosyal tam iyilik halini vurgulayan tanımı, önceki tanımdaki bu kısıtları aşma yönündeki bir çaba olarak değerlendirilebilir. Bu tanımın öncekini aşan bir yönü daha bulunmaktadır. Önceki tanım salt biyolojik ve tıbbi parametrelerle sağlığı tanımlarken, yenisinde sağlığı belirlediği düşünülen pek çok dışsal, toplumsal etkeni de değerlendirme kapsamına almaya kapı aralayan bir perspektif bulunmaktadır. Bunun da ötesinde bu yaklaşım sağlık tanımını profesyonel sağlıkçıların belirleyici olduğu alandan çıkararak ve onu bilimsel disiplinlerin daha geniş çerçevede etkileştikleri, daha dinamik ve kapsamlı bir düzeye yönelten bir potansiyele de sahiptir. Özellikle sosyal iyilik hali vurgusunun toplumsal ilişkileri sağlık kavramı içine çeken güçlü bir yönü bulunmaktadır.

Ancak Hansluwka'nın da belirlediği gibi tanım daha yapıldığı anda bir dizi ciddi tartışmayı da başlatmıştır. Tar-

tışma bu kez, tanımın, tam iyilik hali gibi pozitif bir yöne vurgu yaparken, tanımlamaya yöneldiği olguyla ilgili olarak yarattığı ciddi belirsizlik ortamı ile ilgilidir (Hansluwka HE, 1985: 1208). Öyle ya nedir tam iyilik hali ve nasıl ölçülebilir ya da Dünya'da böyle bir durumun bilinen bir örneği var mıdır?

Bu soruya hemen dönüp, devam edeceğiz. Ancak bu noktada çok kısaca olaya pozitif yönden yaklaşan çabaların önemine ilişkin bir kaç noktanın altını çizilmesinde yarar olacaktır. Birincisi bireysel sağlık, bireyin içinde yaşadığı yakın ve uzak toplumsal çevrenin ilişkilerinden, bu ilişkilerin oluşturduğu yapıdan doğrudan etkilenen bir olgu/durumdur. Tabii bunun tersi de doğrudur. Yani birey de hem yakın hem de uzak çevresini etkiler. İkincisi, ilk noktaya bağlantılı olarak, bireyi etkileyen toplumsal ilişkiler yapısının da sağlıklı ve olması gerekli niteliklerinin belirlenmesine gereksinim vardır. Yani nedir sağlıklı birey için gerekli olan toplumsal, ekonomik, politik ilişkilerin özellikleri? Zor görünse de, bu sorunun yanıtı mutlaka verilmelidir. Üçüncüsü, bu durumda, doğal olarak sağlık durumuyla ilgili standartlar salt bireye değil, topluma da ilişkin olarak belirlenmek durumundadır. Dördüncüsü, sağlıklı ilgili bütün çabalar bireyle toplumun harmonisini sağlamaya yönelmelidir. Bu harmoninin bireysel yetenekler ve toplumsal gereksinimler ilişkisi içinde sağlanabileceğini önerebiliriz. Yani toplum bireysel yetenekleri engelsiz geliştirici bir ilişki yapısına, birey de toplumun ortak gereksinimlerine katkıda bulunmayı benimseyen bir psikolojik edime sahip olmalıdır. Kanımızca psikolojik ve toplumsal sağlığın en objektif belirleyicileri bu ölçütler olacaktır. Ve nihayet gerek sağlık durumunun kendisi, gerekse bu durumu geliştirmeye yönelik tüm çabalar aslında bir sürece işaret ederler. Yani zaman içinde hem bireyin yeteneklerine ilişkin beklentiler, hem de toplumsal gereksinimler değişime uğrar. Burada önemli olan, değişimin hep pozitif ve eşitlikçi yönde olması gerektiğidir. Örneğin, hiç bir zaman toplumun, belli bir azınlık grubun dar çıkarı adına, geniş kesimlerin yoksulluk içinde yaşamasına göz yumması beklenemez ve bu bağlamdaki eşitlikçi yaklaşım son derece objektif, ölçülebilir, uğruna mücadele edilebilir bir hedeftir. Amaç herkesin yeteneğinin, herkesin gereksiniminin karşılandığı bir ortamda geliştirilmesidir (Bu genel görüşler için bkz. Belek İ, ve diğ. 1992: 15-20)

Şimdi DSÖ'nün tanımıyla gündeme gelen ve bir üstteki paragrafın sonunda bıraktığımız soruya dönebiliriz. Aslında bu soruların yanıtları yukarıdaki beş tespit sonrasında da en azından kavramsal düzeyde bir ölçüde belirginleşmiş bulunuyor. Tam iyilik hali önerisi gerçekten bir belirsizlik olarak kabul edilebilir. Ancak fiziksel, mental ve sosyal iyilik halleri için de pekala bir takım ölçütler belirlenebilir. Fiziksel ve mental sağlık için daha kolay olan böyle bir çaba, sosyal sağlık için toplumun bütün ekonomik, siyasal ilişkilerinin göz önüne alınmasını ve toplumsal olarak kesinlikle eşitlikçi bir perspektifin belirlenmesini gerektirir.

İşte özellikle 1980'lerden itibaren sağlık olgusunun kavramlaştırılmasında ve ölçülmesinde böyle bir çabanın

varlığı izlenmektedir. Bu çabanın, konuya kavramsal/teorik düzeyde yaklaşımın temel sorunları aşıldıktan sonra, temelde iki boyutunun bulunduğu anlaşılmaktadır. Öncelikle böyle bir çaba, deyim yerindeyse bir kompartmanlaştırma, sağlığı kompartmanlara ayırma çabasıdır. Sonrasında ise, bu şekilde alanı daraltılmış sorunu ölçmeye ve izlemeye yarayacak bir dizi (pozitif ve negatif) göstergenin geliştirilmesi süreci başlamaktadır.

Kompartmanlaştırma bireysel sağlık düzeyinde fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığın ölçülmesine yönelik olmaktadır. Örneğin Algılanan Sağlık, Geçici ve Uzun Süreli Yeti Yitimi, Sosyal Yeti Yitimi, Kronik Hastalıklar, Akut Yakınmalar, Fiziksel Aktivite, Psikolojik Sağlık, Vücut Kitle İndeksi, Sigara Alışkanlığı, Doğum Kilosu, Yaşam Umudu gibi sağlık göstergeleri aslında bireysel düzeyde belirlenen kompartmanların en önemlileridir. Ulusal surveylerde ve uluslararası sağlık karşılaştırmalarında da oldukça sık kullanılırlar (**Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996: 49-87**). Yine bireysel sağlık düzeyinde; objektif fizyolojik ölçütler, fonksiyonel kapasite ve bu ilk ikisinin algılanan durumu bir başka kompartmanlaştırma yöntemidir (**Goldberg M., Dal W., 1987: 180**). Öte yandan konuya daha çok toplumsal sağlık düzeyi boyutunda yaklaşan ve sağlık durumunu Sağlık Dengesi, Sağlık Gelişimi, Sağlık Kaynakları gibi kompartmanlara ayıran kavramlaştırmalar da vardır (**Noack H., Abelin T. 1987: 96-100 ve Yellowless H., Thuriaux MC., 1986: 321**). Yine toplumsal düzeyde Bebek Ölüm Hızı gibi mortalite göstergeleri, çeşitli hastalık hızları ve ortalama yaşam süreleri sağlığı ölçmek için (belki de en sık olarak) kullanılmaktadır (**Hansluwka HE. 1985**).

Bireysel düzeydeki sağlık ölçümlerinde sağlığın kompartmanlaştırılarak ölçülmesinin ötesinde, sağlığın genel olarak değerlendirilmesine olanak tanıyacak bir yaklaşımın (genel sağlık durumunun belirlenmesi) ve buna uygun araçların geliştirilmesi çabaları da vardır. Sonuç olarak bireysel düzeyde sağlığın ölçülmesi amacıyla kullanılan/geliştirilen ölçekler başlıca üç grupta toplanmaktadır. İlk grup sağlığı genel olarak değerlendirmeye yöneliktir ve "jenerik araçlar" olarak tanımlanmaktadır. İkinci grup bir fonksiyonun yeterliliğini tanımlamaya çalışır, bu anlamda da sağlığı bu fonksiyon/kompartman üzerinden değerlendirir. Bunlara da "boyuta özel araçlar" denilmektedir. Son grup ise iyiden iyiye daraltılmış bir alanı, belli bir hastalık durumundaki işlevleri tanımlamaya yöneliktir ve bunlara da "duruma özel araçlar" denilmektedir. Yalnızca örneklemek gerekirse, Nottingham Health Profile, Duke Health Profile ilk; Barthel Index, General Health Questionnaire ikinci; Living with Asthma, Diabetes Health Profile ise üçüncü tür ölçeklerdendir (**ERGHO 1995**).

Görülebileceği gibi bireysel düzeydeki sağlık durumu değerlendirmeleri, birey üzerindeki objektif fiziksel ölçümlere (tansiyon ölçümü gibi) bağlı olanların dışında kalanlar için, bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgili subjektif değerlendirmelerine dayanır. Subjektif olsa da bu öz değerlendirme bireyin sağlığı hakkında son derece değerli bilgiler verir. Ek olarak, bu konuda başka türlü bilgi alabilmenin olanağı da yoktur.

Sonuç olarak sağlıkta eşitsizlik denildiğinde şu düzeylerdeki farklılıklardan söz etmek gerekecektir: 1) Ancak bireysel düzeyde ölçülebilen algılanan sağlık, yeti yitimi, psikolojik sağlık, kronik hastalık ve akut yakınmalar, genel sağlık durumu gibi sağlık bileşenlerinin oluşturdukları toplamların, çeşitli toplumsal gruplar arasındaki farklılıkları. Bu tür sağlık kompartmanları ancak bireysel düzeyde ölçülebilirler de, bireysel sonuçların toplamı alınarak, gruplar arasında karşılaştırmalar yapılabilir. Böyle değerlendirmeler her şeyden önce o bireyin algılanan sağlığı, fiziksel ve sosyal yeti durumu, psikolojik sağlığı, vb hakkında fikir verirler ve sonucu bireysel bir ortalama puan olarak belirlemek mümkündür. Ancak bunun ötesinde belli toplumsal grupların içine giren bireylerin puanlarının ortalaması alınarak, bu kez gruplar arasında karşılaştırmalar da yapılabilir.

Sonuçta, bireysel sağlık bağlamındaki eşitsizlik çalışmaları siyah ve beyazlar arasında ya da dar ve yüksek gelirli toplumsal gruplarda ya da yüksek ve daha alçak statülü mesleki gruplarda, vb. algılanan sağlık durumunun, kronik hastalık sıklığının, vb. karşılaştırılması gibi sonuçlar verecektir. 2) Öte yandan, ikinci grupta, ancak toplumsal ya da grupsal düzeyde ölçülebilen, bu anlamda da ancak toplumsal düzeydeki sağlık düzeyinin değerlendirilmesine olanak tanıyan, bireysel sağlık durumu hakkında ise, bireyin, hakkında konuşulan gruba girmesi dolayısıyla dolaylı biçimde fikir verebilen göstergeler üzerinden yürütülen eşitsizlik çalışmaları bulunmaktadır. (Bebek ölüm hızı gibi) mortalite göstergelerinin, çeşitli hastalık hızlarının, çeşitli yaşlardaki beklenen yaşam sürelerinin toplumsal gruplar, bölgeler, ülkeler arasında karşılaştırılması gibi.

Bugün sağlık durumundaki eşitsizlik çalışmaları daha çok bireysel sağlık durumları üzerinde yoğunlaşmakta ve bireysel sağlık üzerinden ülkeler, toplumsal gruplar, ırklar, mesleki statü ve sınıflar arasında karşılaştırmalar yapılmaktadır (**Bruin A., Picavet HSJ., Nossikov A. 1996**). Ancak bu toplumsal düzeydeki sağlık karşılaştırmalarının önemsiz olduğunu göstermemektedir. Yalnızca, sağlığın çeşitli boyutlarının bireysel düzeyde değerlendirilmesi ve bu amaçla özel araçların geliştirilmesi özellikle son 20 yıl içinde üzerinde yoğunlaşılacak yeni bir alandır ve gerçekten de sağlığın ölçülmesi alanındaki çalışmalara çok önemli katkılar getirmiştir.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİ AÇIKLAYAN KURAMLAR VE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN MAKRO NEDENLERİ

Sağlıktaki eşitsizliği açıklamak bakımından üç önemli kuramdan söz edilmektedir. Aslında bu kuramlar yalnızca sağlıktaki eşitsizliği değil, hastalık ve sağlık kavramlarını ve bu olguları belirleyen etkenleri açıklamak bakımından da tezler ileri sürerler. Bunlar geleneksel tıbbi model, epidemiyolojik model ve sosyopolitik model'dir (**Hexel PC., Wintersberger H. 1986: 151-152**).

Geleneksel model sağlığı hastalığın yokluğu olarak tanımlar ve sağlık olgusuna tamamen tıbbi bir eksenle yaklaşır. Bu modele göre hekim hasta arasındaki iyi ilişkiler

ve iyi bir tıbbi bakım hizmeti sağlığın da gelişmesini sağlayacaktır. Böylece sağlıktaki eşitsizlik de tıbbi bakım hizmetinin eşitsiz kullanımı sonucunda ortaya çıkan bir olumsuzluktur.

Epidemiyolojik model, sağlık ve hastalığa bireysel düzeyde değil, toplumsal düzeydeki istatistikleri kullanarak yaklaşır ve neden sonuç ilişkisini bu analizlerden çıkarmaya çalışır. Büyük vurgu koruyucu tıp uygulamalarına yapılır. Bölgeler arasındaki sağlık düzeyi farklılıklarını ciddi sosyal farklılıkların bir göstergesi olarak kabul eder. Eşitsizliklerin giderilmesi için yüksek riskli gruplara özel tıbbi programların uygulanmasını önerir. Bu yaklaşım sağlık kaynaklarının yeniden ve gereksinime göre dağıtılmasını gerektirecektir.

Sosyopolitik model ise özellikle epidemiyolojik modelin vurgularını kabul etmekle birlikte, bu modelde ortaya konulan neden ve sonuçların toplumsal formasyon ve onun iç güç ilişkileri tarafından belirlendiğini savunur. Yine aynı kurama göre, örneğin tüberküloz ve diğer enfeksiyon hastalıkları erken kapitalist dönemdeki işçi hastalıklarıdır. Buna karşılık kronik dejeneratif hastalıklar, kanserler, kalp hastalıkları geç/olgun kapitalizmin ürünüdür. Erken kapitalizmde işçilerin sağlık hizmetlerinden yoksunluğunun nedeni kapitalistlerin sınırsız sınıfsal gücü iken, sonradan ortaya çıkan sosyal güvenlik sistemleri işçi sınıfının artan kolektif gücünün ürünü olmuştur. Bu durumda sağlıktaki eşitsizlikler sosyoekonomik eşitsizlikler olarak tanımlanır ve eşitsizliklerin önlenmesi ve yok edilmesi için de refah politikaları, genel yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi daha reformist olanlarından, devrimci dönüşümlere kadar bir dizi toplumsal, politik değişiklik önerilir.

Reformist ve devrimci diye nitelenen öneriler arasında tam bir uyum ve görüş birliği oluşturma çabalarından umut beklemek olanaksız görünse de, meta üretimini ve karı hedefleyen kapitalist üretimin eşitsizlikçi bir ortam yarattığı konusunda en azından yaygın bir görüş birliği bulunmaktadır. İşte bu nedenle kapitalist gelişme tarzının karşısında insanı daha merkeze alan insan merkezli gelişme kavramının öne çıktığı izlenmektedir. "Eşitlikçi gelişme" ve "temel gereksinimler" gibi gelişme teorileri bu eleştirel yaklaşımın sonucunda ortaya atılmışlardır (Ercan, F. 1996: 224).

Sosyopolitik yaklaşım, bize, sağlık ve hastalık olgularını ve sağlıktaki eşitsizlik gerçeğini ekonomik, toplumsal, politik bileşenleri bulunan daha kapsamlı bir düzeyde ele alma olanağı sunmaktadır. Ancak bu açılım hiç de yeni değildir ve bu olanaktan en tam ve en net biçimde yararlanan esasen Marksist kuram olmuştur. Marks Kapital'in ilk cildinde, (halen günümüzün sistemi olan) kapitalist üretim tarzının, meta üretimini, en genel anlamda işçi tarafından üretilen ancak, sermaye sahibi kapitalistler tarafından el konulan artı değer üretimi temelinde yaşayabildiğini kanıtlar (Marks K. 1978: 49-160). Böylece kapitalist üretim tarzı içinde her türlü eşitsizlik tartışmasını öncelleyen ve eşitsizlikleri koşullayan nesnel bir ortam zaten vardır.

Daha sonradan eşitsizlikçi toplumsal ilişkilerin nesnel dinamiklerini bütünlüklü bir çerçeve içinde analiz etmek çabası çağdaş Marksistler ve Marksist çevrelerce de sürdürülmüştür. Mandel İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki kapitalist genişleme hamlesini ve bunun hemen arkasından gelen bunalım dönemini yine artı değer yasası ile açıklamayı başarmış (Mandel E. 1986), Fransız Düzenleme Okulu aynı dinamikleri Fordizm ve PostFordizm kavramları ile analiz etmiş ve devletin artı değer sömürsündeki ve bundan kaynaklanan eşitsizliklerin tamponlanmasındaki ve deyim yerindeyse standardize edilmesindeki rolüne ilişkin önemli saptamalarda bulunmuştur (Aglietta M. 1979; Hirsch J. 1991).

Bütün bunlar esasen kapitalist ulusal sınırlar içindeki eşitsizliklerin gerçek nedenine ilişkin oldukça ayrıntılı analizler yaparlar. Gelir dağılımındaki eşitsizliğin, bireyler arasındaki genel fırsat eşitsizliğinin nedeni kapitalist üretimin yapısına ve bireylerin üreten bir sınıfın mı yoksa sermaye sahibi bir sınıfın mı üyesi olduklarına bağlıdır (Wright EO. 1995: 91-97).

Bugün yaygın olarak "gelişmekte olan" ya da "geri kalmış" olarak nitelenen ve kapitalist-emperyalist Dünya sisteminin periferisine düşen ülkelere ilişkin özgün konumu açıklamak içinse daha farklı kavramlaştırmalara gerek duyulmaktadır. Aslında bu konudaki ilk ve en önemli kavram emperyalizmdir ve çok kabaca tanımlamak gerekirse, üretim normları ve sermaye birikimi bakımından tekelleşmiş ve ülkeler arasında katı bir hiyerarşik sistem üzerine oturmuş kapitalist aşamayı tanımlamak için kullanılmaktadır (Adalı C. 1997: 35-60). İşte bu sistem içinde perifer kapitalist ülkeler İkinci Dünya Savaşı sonrasında içine mali politikaların da yedirildiği bir politik ekonomik retorik içinde merkez kapitalist ülkelerin yörüngesine oturtulmuşlar ve bir kaç 10 yıl içinde de sistemli biçimde borçlandırılmışlardır. IMF bu ülkelerin içine düşürüldüğü borç krizinin yönetimi için; Dünya Bankası ise borçlanma sonucunda artık önerilen her türlü şeyi uygulamak zorunda olan bu ülkelere, kendilerini merkez kapitalist ülkelerin yörüngesinde tutmaya devam edecek "yapısal uyum programları"nın dayatılması için oluşturulmuştur (Başkaya F. 1994: 139-154). IMF ve Dünya Bankası politikalarının ve periferi ülkelerin giderek daha fazla oranda içine gömüldükleri borç batağının, Dünya nüfusunun çok önemli kısmını barındıran bu ülkelerdeki ekonomik yoksullukta ve her tür eşitsizlikte belirleyici öneme sahip oldukları konusunda da yaygın görüş birliği bulunmaktadır (Bland Y. 1994; Brand H. 1994).

Bu alt bölümde buraya kadar özetlenenleri, özellikle bir vurguyu öne çıkarmak açısından bir kez daha özetlememiz gerekiyor: Sağlıktaki eşitsizlik olgusu bir dizi toplumsal, ekonomik, politik etkenden kaynaklanmaktadır. Örneğin sağlık sisteminin tedavi yönelimli olarak organize edilmesi bile, DSÖ'nün de halen yakındığı politik bir tercihtir. Ancak maalesef konu burada bitmemektedir. Şöyleki... Esasen bu üç güç dinamiği (ekonomik, toplumsal, politik etkenler) birbirlerinden yalıtık ve kendi içlerine kapalı bir tarzda değil; tam tersine birbirleriyle ilişkili,

birbirlerini bütünler ve birbirlerinin etkilerini potansiyalize eder bir tarzda etki gösterirler. Hatta ortaya koydukları etki, ayrı ayrı gösterdikleri etkinin basit bir aritmetik toplamı olmayıp, yeni nitelikte ve apayrı bir etkileri söz konusudur. İşte bu bütünlüğün günümüzdeki karşılığı kapitalist sistem ve bu sistemin nesnel yasaları olmaktadır. Bu saptama önemli midir? Kanımızca önemlidir. Hatta yaşamsal derecede önemlidir. Çünkü mücadele stratejisinin ulaşacağı bütünlük düzeyini de bu saptamadaki tercih belirleyecektir. Bundan sonraki bölümde bireysel sağlık üzerindeki etkili olan etkenlerden söz edilecek, yani bu bölümde makro düzeyde başlatılan neden-sonuç analizi, bundan sonrakinde mikro düzeyde sürdürülmeye çalışılacaktır.

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN MİKRO NEDENLERİ

Bir önceki bölümde sağlıkta eşitsizliğin nedenlerinin genel olarak sosyopolitik ve ekonomik olduğu saptamasında bulunulmuştu. Bu saptama esas olarak mikro düzeydeki analiz açısından da geçerli görünmektedir. Hatta bu yazının başında yapılan eşitsizlik tanımı hatırlanacak olursa, sağlıkta eşitsizliğin tanım olarak bile bir takım sosyoekonomik etkenlerle ilişkilendirildiği, daha da ötesinde sağlıkta eşitsizlik tanımının kendi içinde sosyoekonomik etkenlerle ilişkili olarak ortaya çıkan sosyoekonomik sağlık farklılıklarını anlattığı anlaşılır. Nitekim bu nedenle pek çok yayında sağlıkta eşitsizlik ve sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlik terimleri sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır ve böylesi bir kullanım yanlış da gözükmemektedir. Hatta coğrafi bölgeler arasındaki eşitsizliklerin bile (ki bu tür eşitsizlik çalışmalarına Ekolojik Çalışmalar denilmektedir) bu bölgelerin ortalama sosyoekonomik statüleri ile bağlantılı olduğu anlaşılmaktadır (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 43).

Eşitsizlik yazınında meslek, gelir ve eğitim sosyoekonomik statüyü belirleyen etkenlerdir (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 35). Ancak eşitsizlik analizlerinde bu üçü ayrı ayrı ele alınırlar. Bir başka deyişle, sağlık eşitsizlikleri yazınında, sağlıktaki eşitsizliklerin belirleyicisi bireylerin mesleki statüleri, gelir ve eğitim düzeyleri arasındaki farklılıklardır.

Yukarıdaki etkenler içinde meslek, aslında daha kapsamlı bir yapı olan sınıf olgusunun tanımlanmasında da kullanılmaktadır. Gerçekten de sınıf kategorisinin epidemiyolojik çalışmalarda giderek daha çok ilgi çektiği anlaşılmaktadır. İngiltere’de özellikle ölüm hızlarının karşılaştırılması amacıyla mesleki zeminde tanımlanan sınıf karşılaştırmalarının kullanımı 1911 yılına kadar uzanmaktadır. Bu anlamda İngiltere ulusal düzeyde sağlık analizlerine sınıf boyutunu sokan ilk ülke olarak da bilinmektedir (Liberatos P. et. All 1988: 87-91).

İngiltere’nin mesleki sınıf şeması sonraki yıllarda değişiklikler gösterse de, halen önemli oranda orijinal biçimini korumaktadır. Bu şemada profesyonel meslek grupları 1., orta gruplar 2., becerili kafa emekçileri 3., becerili el işçileri 4., yarı becerili ve becerisiz el işçileri ise 5. sınıfı oluştur-

maktadır. Bugün en çok kullanılan sınıf şeması ise; a) yüksek düzey emekçiler, sermaye sahipleri ve profesyoneller, b) aşağı düzey emekçiler, c) becerili işçiler, d) becerisiz emekçiler, e) çiftçiler, g) diğer kendi hesabına çalışanlar şeklindedir (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 35).

Bilindiği gibi sınıf tartışmalarının kökeni Marks ve Weber’e kadar uzanmaktadır. Bugünkü sınıf tartışmaları da bu iki düşünürün çizgisinde gelişmektedir. Bugün Yeni Weberci sınıf analizi sınıfı mesleki konum, gelir durumu gibi yaşamsal olanaklarla tanımlanan bir statü olarak ele almaktadır. Böylece yukarıda sunulan ve en eski biçimini İngiliz resmi sınıf şemasında bulan yöntemin Weberci bir gelenekten esinlendiği söylenebilir. Marksist sınıf analizi ise sınıf konumunu belirlemede üretim araçları mülkiyeti ile artı değer üretimi sürecindeki konumu (üretici ya da sermaye sahibi olarak) esas parametreler olarak kullanmakta ve meslek, işyeri hiyerarşisindeki konum, gelir gibi olguları ancak ara sınıf konumlarını netleştirmeye yarayan ikincil etkenler olarak ele almaktadır (Sınıf tartışmaları konusunda bkz. Öngen T. 1994 ve Belek İ. 1997).

Weberci ve Marksist sınıf analizlerinin karşılaştırılması ve sosyal bilimler ile sağlık alanındaki araştırmalarda hangisinin tercih edilmesi gerektiği yönündeki tartışma gerçekten de apayrı bir yazının konusudur. Ancak geçerken şu iki saptamayı yapmak da olanaklıdır: 1) Öncelikle mesleki zeminde yapılan Weberci sınıf tanımları ciddi eleştirilere maruz kalmaktadır. Örneğin İngiliz sınıf şemasına yöneltilen en yaygın eleştiri, bu yüzyılın başındaki mesleki yapıya göre yapılan sınıf analizinin, isimleri aynı kalsa da, içerik ve toplumsal statüleri önemli oranda değişmiş aynı mesleki adlandırmaları kullandığı şeklindedir. (Illsley R., Baker D., 1991: 359). İkinci ve asıl önemli eleştiri Marksist cepheden gelmektedir. Buna göre mesleki sınıf tanımlamasının asıl yetmezliği, aynı meslek grubunda olan, ancak sermaye mülkiyeti ve genel olarak yönetim aygıtıyla mesafe bakımından aralarında çok ciddi farklar bulunabilen bireylerin arasındaki “statü” farkını tanımlamaktaki yetersizliğidir ve bu farklar bireyleri bütün yaşamsal olanaklar bakımından, aynı meslekten olsalar da, son derece farklı olanaklara sahip kılabilirler. 2) Marksist sınıf analizi yukarıdaki eleştirilerden muaf değildir. Ancak bireylerin sınıf konumlarını Marksist anlamda analiz edebilmek için meslek dışında, genel olarak üretim ilişkileri ve daha dar anlamda da üretim ortamı içindeki konumlarına ilişkin bilgilere (sermayeye ortak olup olmama, işin kafa ve kol emeği bileşimi gibi) gereksinim vardır ve bunların toplanması daha zor olmaktadır. Mesleki zeminli bir sınıf analizini örneğin nüfus sayımlarındaki verilerden yararlanarak yapmak olanaklı iken, Marksist sınıf analizi için ayrı araştırmalara gereksinim bulunmaktadır (Weberci sınıf analizinin kapsamlı bir eleştirisi ve Marksist bir sınıf şeması için bkz. Callinicos A., Harman C. 1989). Anlaşılabilirliği gibi Marksist sınıf analizi, sınıf konumunu belirlemede yalnızca mesleği değil, üretim ortamı ve toplumsal ilişkilerde bireysel düzeyde ilintili başka parametreleri de kullanılmaktadır. Bu anlamda gerçek yaşamdaki ilişkilerin çok yönlülüğünü daha tam biçimde tanımlayabilme avantajına da sahiptir.

Gelir ve eğitim ise ölçülmeleri daha kolay olan ve daha az tartışmalı konulardır. Gelir konusundaki önemli sorun, bireylerin gelirleri konusunda genellikle bilgi vermeme ya da eksik bilgi verme eğiliminde oluşlarıdır. Bu nedenle de gerçek gelir düzeyini ortaya çıkaracak dolaylı (proxy) göstergelerin kullanılması önerilmektedir (Kunst AE., Mackenbach JP. 1995: 42).

Meslek, gelir ve eğitim durumu karşılıklı olarak birbirlerinin düzeyini etkileyen etkiler gösterebilir de (mesleki statüsü yüksek olanların zaten yüksek gelirli olmaları gibi), kontrollü araştırmalarda, sağlık üzerinde birbirlerinden ayrı etkiler gösterebildikleri anlaşılmaktadır.

Bütün araştırmalarda ortaya çıkan sonuç düşük gelirli, eğitilmiş ve mesleki statüsü olan bireylerin bütün bireysel sağlık göstergeleri bakımından daha kötü durumda oluşlarıdır. Ancak bu ilişkinin, düşük gelirli ülkelerde her zaman saptanması olanaklı olamamaktadır. Hatta bu ülkelerde, beklenenin tersine, sosyoekonomik konumları düşük olan bireylerin subjektif değerlendirmeyle ölçülen sağlıkları daha iyi çıkabilmektedir. Bu ters ilişki, sağlığın algılanış ve değerlendirilişindeki farklılıkla açıklanmaktadır. Yani geri kalmış ülkelerde, düşük sosyoekonomik konumlu bireyler, objektif olarak sağlıkları bozuk olsa da, bunu algılayamamakta ve bu alanda gerçekten de oldukça kabarıklık bir literatür bulunmaktadır ve bu yazıyı uzatmamak bakımından bu literatür bilgisinin ayrıntısına girilmeyecektir. Buna karşın bu literatürlerde açığa çıkan kimi önemli noktaların özellikle belirtilmesi de yararlı olacaktır:

1-) Sağlıktaki eşitsizlikler yalnızca düşük gelirli ülkelerle sınırlı değildir. Tersine, DSÖ Avrupa Bölgesi 2000 yılı hedefleri için çeşitli Avrupa ülkelerinde ve başka amaçlarla diğer Batılı ülkelerde benzer yöntemlerle yapılan karşılaştırmalı araştırmalar yüksek gelirli ülkelerde de sorunun önemli olduğunu ortaya koymuştur. Ancak bu bakımdan İskandinav ülkelerinin ve sonra da İngiltere'nin daha iyi durumda oldukları, ABD'nin ise en olumsuz tabloyu sergilediği anlaşılmakta ve aradaki farklılık sosyal politikalarla açıklanmaktadır (Kunst A. et. All 1995). Özellikle İngiltere verilerinin ortaya çıkardığı iki önemli sonuç bulunmaktadır: a) Bu yüzyılın başından beri toplam ölüm hızları düşse de mesleki sınıflar arasındaki eşitsizlik ısrarla varlığını korumakta, hatta artabilmektedir. b) Yaşam koşullarının genel olarak düzelmesinden en fazla oranda yararlananlar zaten iyi durumdaki mesleki sınıflar olmaktadır ve bu veri sağlık düzeyi ile sosyoekonomik etkenler arasındaki ilişkiyi daha da öne çıkarmaktadır (Marmot MG. 1991: 136).

2-) Ölüm hızları ile sosyoekonomik statü arasındaki ilişki ters orantılıdır ve bu gerçek her iki cins ve bütün ölüm nedenleri için geçerlidir. En büyük orandaki ilişki ise bebek, çocuk ve perinatal ölümler için geçerli olmaktadır (Najman JM. 1993:158-159). Sağlık sonuçları üzerinde etkili olan sigara, diyet, hareketsiz yaşam gibi bireysel alışkanlıkların da sonuç olarak sosyoekonomik statü tarafından belirlendiği anlaşılmaktadır (Adler NE. et. All, 1993: 3142).

3-) Yoksulluk sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen en önemli etken olarak sıklıkla vurgulanmaktadır. Avrupa'da yoksul sınıflarda hem hastalık hem de ölüm hızları daha yüksektir ve bu gerçek tıbbi teknolojiye bütün gelişmelere ve sağlık programlarının nüfus bakımından genişleyen kapsamına karşın değişmemektedir (Power C. 1994: 1153). Gelir ve yoksulluk sağlık üzerinde, özellikle gelirin düşük olduğu ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere göre daha belirleyici olmaktadır (Duncan GJ. 1996: 420; Fiscella K., Franks P. 1997; Wilkinson RG. 1997). Yoksulluk ve eşitsizlik arasındaki bu ilişki ve yoksulluğun giderek artan bir sorun olarak varlığını koruyucu oluşu nedeniyle DSÖ, yoksulluğu Dünya'nın en büyük katili olarak tanımlamış ve Uluslararası Hastalık Sınıflaması'nda Z59.5 olarak kodlamıştır (WHO, 1995: 377).

4-) Özellikle Wilkinson tarafından vurgulanan ilginç bir nokta, sağlıktaki (gerek ölüm gerekse yaşam umudu olarak) eşitsizliğin (gelişmiş ülkelerde) mutlak gelir düzeyiyle değil, daha çok relatif yaşam standartlarıyla ve gelir dağılımındaki eşitsizlikle ilişkili olduğudur. Wilkinson gelir dağılımı bozukluğu ile sağlık düzeyinin düşüklüğü arasındaki ilişkiyi, daha düşük gelirli olan bireyleri sarıp sarmalayan ve gelir dağılımındaki bozukluğun algılanmasından ileri gelen psikososyal etkenlerle açıklamaktadır. Yani gelir dağılımının bozukluğu gibi ancak toplumsal düzeyde ölçülebilecek bir ekonomik etken, psikososyal süreçler üzerinden bireysel düzeyde etkili olmaktadır. (Wilkinson RG. 1997: 591; Kaplan GA. Et. All 1996; Kennedy BP. Et. All 1996). Düşük gelirli ülkelerde ise toplumda mutlak yoksulluk sınırının altında yaşayanların oranı ve kişi başına düşen gelir gibi gelire ilişkin mutlak göstergeler daha belirleyicidir (Wilkinson RG. 1992: 167).

5-) Sağlıkta eşitsizlik Batılı ülkelerde, özellikle (50 yaş altındaki) genç yaş gruplarında belirgindir. Bu durum bu yaş dönemlerinde yaşamsal olanaklardan yoksunluğun daha olumsuz algılanışı ve yaşam üzerinde genel olarak kontrol eksikliğini algılamayla açıklanmaktadır ki bunlar da esasen Wilkinson'ın görüşlerini destekleyen verilerdir (Vagero D. 1991).

6-) Sosyoekonomik ortam denildiğinde, yalnızca ölçüm yapıldığı andaki koşulların değil, çocukluktan itibaren içinde bulunulan ortamın dikkate alınması önerilmektedir (Smith GD. Et. All 1997; Vagero D. 1991).

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLE MÜCADELE STRATEJİLERİ

Şüphesiz ki, sağlıktaki eşitsizliklerle mücadele eşitsizliklerin nedenlerini ele alışı yakından ilişkilidir. Dolayısıyla eşitsizlikle mücadele stratejileri oldukça dar kapsamlı, reformist nitelikli değişimlerden; geniş kapsamlı, radikal, toplumsal ekonomik yapının genelini hedefleyen deyim yerindeyse devrimci nitelikli politikalara kadar uzanabilir. Nitekim böyle bir durumun varlığı eşitsizliği açıklayan kuramlarda da saptanmaktadır.

Esasen toplumsal eşitsizliklerle mücadele genel politik mücadelenin etkinlik alanı içine girer. Bu nedenle bu

alandaki yapılacak tercihlerin doğrudan politik nitelik ve de politik dolaylılar sergilemeleri son derece olağandır. Eşitsizlik olgusuyla mücadele ve eşitsizlik durumunun ortaya çıkışının en başından engellenmesi ve daha doğru bir ifade ile eşitlikçi politikalar izlenmesi, toplumsal kalkınmada, üretim ortamında, tüketim ilişkilerinde, servetin paylaşım ve kullanımında, kısa bir deyişle üretim ilişkileri olarak bilinen bütünlüklü yapıda eşitlikçi tercihlerin yapılmasını gerektirir. Bütün bunlar doğrudan sağlıkla ilişkili disiplinlerin ilgi alanı içine girmeyen, ancak sağlığı doğrudan etkileyen tercihlerdir. Dolayısıyla sağlıktaki eşitsizlik olgusunun ele alınması, geleneksel anlamda politikaya özgün olarak tanımlanan ilgi alanının, sağlıktaki eşitsizliklerle ilgilenenlerce ihlal edilmesini gerektirir. Başka türlü mücadele stratejisi geliştirebilmek olanaklı değildir. Kısaca sağlıktaki eşitsizlikle mücadele edenler, kelimenin gerçek anlamıyla politika yapmak zorundadırlar. Bu zorunluluk yalnızca sorunun tespiti aşamasında bile geçerlidir ve tamamen insani bir etkinliktir.

Bugün daha teknik düzeyde sağlıktaki eşitsizliklerle mücadele stratejileri bakımından herkesçe kabul edilebilir ilkeler belirlemek olanaklı olmaktadır. Şöyle ki (**Mücadele stratejileri konusunda bkz. Whitehead M. 1992; Dahlgren G., Whitehead M. 1992; Najman JM. 1993; Vagero D. 1991; Hexel PC., Wintersberger H. 1986**):

1-) Sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması öncelikle yaşam ve çalışma koşullarındaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını gerektirir.

2-) Sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması yoksulluğun ortadan kaldırılmasını gerektirir.

3-) Sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması gelir dağılımında eşitliğin sağlanmasını gerektirir.

4-) Sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması işsizliğin yok edilmesini gerektirir.

5-) Sağlıktaki eşitsizliklerin ortadan kaldırılması toplumu sınıflar, Dünyayı ise gelişmişler/gelişmemişler, vb. şeklinde dilimleyen ulusal ve uluslararası ilişkilerin yeniden düzenlenmesini gerektirir.

6-) Sağlık hizmetlerinin sağlıktaki eşitsizlikler üzerindeki etkisi genel ekonomik ve politik düzenlemelere göre daha arkadan gelmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sunumundaki ve toplumsal sınıfların sağlık hizmetlerinden yararlanımındaki eşitsizlik ortadan kaldırılmadıkça, sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümüne katkıda bulunulamayacağı da açıktır.

7-) Eşitsizliklerle mücadelede, sağlık hizmetinin eşitlikçi biçimde yaygınlaştırılması ve hizmeti kullanımın önündeki finansal engellerin aşılması kadar önemli olan bir diğer nokta, hizmetin TSH yönelimli olarak örgütlenmesidir. Çünkü ancak bu şekilde sağlık hizmeti toplumun öncelikli sorunlarına yönelebilir ve sağlığı toplumsal gelişmenin vazgeçilmez bileşenlerinden birisi olarak ele alabilir.

8-) Sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümü toplumun sorunun çözümüne politik, teknik katılımını gerektirir.

9-) Sağlıktaki eşitsizlik olgusunun çözümünde bireysel davranışların sağlıklı yönde değiştirilmesi mutlaka gerekir.

Ancak bunun yukarıdaki noktalarda sıralanan genel ekonomik ve politik önlemler sonrasında gerçek boyutta anlam kazanabileceği unutulmamalıdır.

Yukarıdaki genel ilkelerin uluslararası düzeyde, hatta politik bakımdan herhangi bir sınırlama konulmaksızın herkesçe kabul edildiğini saptamak yanlış olmayacaktır. Öte yandan herhangi bir politik ekonomik sistemin en baştan eşitsizlikçi bir toplumsal yapı hedeflediğini belirlemesi de olanaklı değildir. Ancak sonuçta ortaya çıkan olgu, bütün bunlara rağmen Dünya kapitalist sisteminin hem ulusal sınırlar içinde, hem de uluslararası düzlemde eşitsizliklerle karakterize bir ortam yarattığıdır.

Bu nedenle politik sistemlerin kendi iddialarına bakmaksızın, sağlıktaki eşitsizlik olgusunun, nesnel ölçütlerle ve toplumun genel ekonomik, politik örgütlenme tarzı gözetilerek ele alınması zorunluluğu bulunmaktadır.

Dolayısıyla yukarıdaki genel ve daha çok teknik boyutlu olan önerilerin bir sistem bütünlüğü içinde ele alınmaları gerekmektedir. Yukarıda yapılan öneriler gerçekten de toplumun genelinin çıkarları doğrultusundaki açılımlara olanak tanımaktadır. Ancak önemli olan, bu teknik doğruları dile getirmenin de ötesinde, bunların yaşama geçebilecekleri ekonomik, toplumsal ve politik ortamın tanımlanmasıdır. İşte bu bilimsel zorunluluk, artı değer sömürüsüne dayanan kapitalist üretim ilişkilerinin eleştirisinin, genel olarak bilimsel çalışmaların ve eşitsizliklerle mücadele hattının merkezine oturtulmasını gerekli kılmaktadır. Bu tespit, tamamen, eşitsizliği yaratan koşulların mesleki farklılıklar, eğitim düzeyi farklılıkları, gelir dağılımındaki eşitsizlikler gibi parça parça mı ele alınacağı; yoksa bütün bu parçaların esasen kapitalist üretim ilişkilerinin ortaya çıkardığı ve birbirlerini tamamlayan bileşenler mi olduklarına karar vermek noktasında düşümlenmektedir.

KAYNAKLAR

Adalı C. (1997), Günümüz Kapitalizmi ve Devleti Üzerine, Sarmal Yayınevi, İstanbul.

Adler N.E. (1993), Socioeconomic Inequalities in Health, JAMA, 269: 3140-3145.

Aglietta M. (1979), A Theory of Capitalist Regulation, The US Experience, NLB, London.

Badura B., Kickbusch I. (Ed. By) (1991), Health Promotion Research, WHO, England.

Başkaya F. (1994), Kalkınma İktisadının Yükselişi ve Çöküşü, İmge Kitabevi, Ankara.

Belek İ. Ve diğ. (1992), Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi, Sorun Yayınları, İstanbul.

Belek İ., Kırılmaz A., Bilgiç H. (1994), Sağlık Nereye?, Toplum ve Hekim, 9 (60): 6-22.

Belek İ. (1997), "Postkapitalist Paradigmalar", Sorun Yayınları, İstanbul.

- Bland Y. (1994)**, The Economics of Imperialism and Health: Malta's Experience, *Int. J. Health Serv.*, 24(3): 549-566.
- Brand H. (1994)**, The World Bank, The Monetary Fund, and Poverty, *Int. J. Health Serv.*, 24(3): 567-578.
- Bruin A., Picavet H.S.J., Nossikov A. (Ed. By) (1996)**, Health Interview Surveys, WHO, Finland.
- Callinicos A., Harman C. (1994)**, Değişen İşçi Sınıfı, Z Yayınları, İstanbul.
- Collins Dictionary, 1979**, Glasgow.
- Dahlgren G., Whitehead M. (1992)**, Policies and Strategies to Promote Equity in Health, WHO, Copenhagen.
- Duncan G.J. (1996)**, Income Dynamics and Health, *Int. J. Health Serv.*, 26(3): 419-444.
- Ercan F. (1996)**, Gelişme Yazını Açısından Modernizm, Kapitalizm ve Azgelişmişlik, Sarmal Yayınevi, İstanbul.
- ERGHO (1995)**, European Research Conferences, Functional Status Evaluation, Groningen.
- Fiscella K., Franks P. (1997)**, Poverty or Income Inequality as Predictor of Mortality: Longitudinal Cohort Study, *BMJ*, 314: 1724-1727.
- Goldberg M., Dal W. (1987)**, Complex Indexes for Measuring a Complex Phenomenon, ((Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 175-194.
- Hansluwka H.E. (1985)**, Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations, *Soc. Sci. Med.*, 20(12): 1207-1224.
- Hexel P.C., Wintersberger H. (1986)**, Inequalities in Health: Strategies, *Soc. Sci. Med.*, 22(2): 151-160.
- Hirsch J. (1991)**, Fordism and Post Fordism: The Present Social Crisis and Its Consequences, (PostFordism and Social Form A Marxist Debate on the PostFordist State, Ed. By Bonefeld W., Hollaway J. MacMillan Press Ltd., London içinde), 8-34.
- Illsley R., Baker D. (1991)**, Contextual Variations in the Meaning of Health Inequality, *Soc. Sci. Med.*, 32(4): 359-365.
- Kaplan G.A. et All (1996)**, Inequality in Income and Mortality in the US: Analysis of Mortality and Potential Pathways, *BMJ*, 312: 999-1003.
- Kennedy B.P. Et. All (1996)**, Income Distribution and Mortality: Cross Sectional Ecological Study of the Robin Hood Index in the US, *BMJ*, 312: 1004-1007.
- Kunst A.E. Et. All (1995)**, International Variation in Socioeconomic Inequalities in Self-Reported Health, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 117-123.
- Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1995)**, Measuring Socioeconomic Inequalities in Health, WHO, Copenhagen.
- Liberatos P. et all (1988)**, The Measurement of Social Class in Epidemiology, *Epidemiologic Reviews*, 10: 87-121.
- Mandel E. (1986)**, Kapitalist Gelişmenin Uzun Dalgaları, Yazın Yayıncılık, İstanbul.
- Marks K. (1978)**, Kapital Cilt 1, Sol Yayınları, Ankara.
- Marmot M.G. (1991)**, Socioeconomic Status and Disease, (Health Promotion Research, Ed. By Badura B., Kickbusch I. İçinde): 113-146.
- Musgrove P. (1986)**, Measurement of Equity in Health, *Wld. Hlth. Statist. Quart.*, 39: 325-334.
- Najman J.M. (1993)**, Health and Poverty: Past, Present and Prospects for the Future, *Soc. Sci. Med.*, 36(2): 157-166.
- Noack H., Abelin T. (1987)**, Conceptual and Methodological Aspects of Measurement in Health and Health Promotion (Measurement in Health Promotion and Protection, Ed. By Abelin T., Brzezinsky ZJ., Vera DL., WHO, Copenhagen içinde): 89-102.
- Öngen T. (1994)**, Prometheus'un Sönmeyen Ateşi Günümüzde İşçi Sınıfı, Alan Yayıncılık, İstanbul.
- Patel M.S. (1989)**, Eliminating Social Distance Between North and South, UNICEF, USA.
- Pereira J. (1990)**, The Economics of Inequality in Health: A Bibliography, *Soc. Sci. Med.* 31 (3): 413-420.
- Power C. (1994)**, Health and Social Inequality in Europe, *BMJ*, 308: 1153-1156.
- Smith G.D. Et. All (1997)**, Lifetime Socioeconomic Position and Mortality: Prospective Observational Study, *BMJ*, 314: 547-552.
- Tarimo E., Webster E.G. (1994)**, Alma Ata Declaration (Primary Health Care Concepts and Challenges in a Changing World, WHO, Geneva içinde).
- Vagero D. (1991)**, Inequality in Health-Some Theoretical and Empirical Problems, *Soc. Sci. Med.*, 32(4):367-371.
- Whitehead M. (1992)**, The Concepts and Principles of Equity and Health, *Int. J. Health Serv.*, 22(3): 429-445.
- WHO (1985)**, Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All, Denmark.
- WHO (1986)**, Social Justice and Equity in Health, Report on WHO Meeting, Leeds.
- WHO (1995)**, The State of World Health, WHF, 16:377-385.
- Wilkinson R.G. (1992)**, Income Distribution and Life Expectancy, *BMJ*, 304: 165-168.
- Wilkinson R.G. (1997)**, Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards? *BMJ*, 314: 591-594.
- Wilkinson R.G. (1997)**, Income Inequality Summarizes the Health Burden of Individual Relative Deprivation, *BMJ*, 314: 1727-1728.
- World Bank (1993)**, Investing in Health, Oxford.
- Wright E.O. (1995)**, The Class Analysis of Poverty, *Int. J. Health Serv.*, 25(1): 85-100.
- Yellowless H., Thuriaux M.C. (1986)**, Use of Indicators for Health for All Strategies, *Wld. Hlth. Stat. Quart.*, 39: 320-324.