

ÇEVİRİ

"YENİ KÜRESEL SAĞLIK" MANTIĞIN, TARİHİN VE İLKELERİN TERSYÜZ EDİLİŞİ*

Alison KATZ*

Çeviren: Nazmi ZENGİN**

"2000 Yılında Herkes İçin Sağlık" hedefine ulaşılamaması neoliberal ekonomik politikaların ve hem bu politikalardan kaynaklanan hem de bu politikaları besleyen sağlığa neoliberal yaklaşımın direkt bir sonucudur. Sağlığa neoliberal yaklaşım halk sağlığı ilkelerini ve yoksulluğun ve hastalığın kök nedenlerini inkar etmekte, diğerlerinin tümünü reddederek sadece bir ekonomik perspektifi dayatmakta, derin adaletsiz ve akıldışı ekonomik düzeni sürdürmek için daha fazla "bağış ve uluslararası yardım" önermektedir. Herkes İçin Sağlık hedefine ulaşamayışımızı statükoyu korumak için tasarlanmış belirli politikaların öngörülebilir bir sonucu değil de bir dizi talihsiz hataya bağlarsak güçlülerin borusunu çalmaya devam edeceğimiz demektir (CETİM, 2007).

"Herkes İçin Sağlık" 1978'de Alma Ata'da düzenlenen tarihi DSÖ/UNICEF Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı'nda DSÖ'nün sloganı haline gelmişti. Bunu "Les trentes glorieuses" (1945-1975) daha adil- ve dolayısıyla da daha sağlıklı- bir dünyaya doğru 30 yıl süren bir dönem izledi. Bu dönem, halkların kendi geleceklerini belirleme ve ulusal kaynaklarını kontrol etme hakları dahil kaynakların ve gücün yeniden dağılımının büyük oranda tanındığı ve temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için kapsamlı kamu hizmetlerinin gerekliliğine güçlü bir evrensel bağlılığın olduğu bir dekolonizasyon çağı idi. Bu bir optimizm, ahlaki vizyon ve gerçek bir ilerleme dönemi idi. Bu optimizm tamamen haklı nedenlere dayanıyordu, çünkü dünyanın

barışa, güvenliğe ve herkesin iyiliğine yetecek kadar bol kaynakları vardı ve hala da var olmaya devam ediyor. "Herkes İçin Sağlık" bir ütopya değildir. G8 ülkelerince tanımlanan ve sınırlanan bir dizi yetersiz tedbirden oluşan Milenyum Gelişim Hedeflerinden daha kapsamlı olmakla birlikte geçmişte ulaşılabilirliği mümkün olan ve hala da ulaşılabilir olan bir hedefti.

"Herkes İçin Sağlık" sosyal adalet ve insan haklarına dayanmaktadır ve politik bir projedir, her zaman da öyle olmuştur. Bu kesinlikle böyledir, çünkü güce ve ayrıcalıklı olmaya ciddi bir tehditti. O halde "Yeni Küresel Sağlık"ın arkaplanı Alma Ata'da açıklanan sosyal adalet projesinin neoliberalizm tarafından 30 yıldır işgal edilmesi ve çarpıtılması vardır. "Yeni Küresel Sağlık" ve Alma Ata'ya yapılan saldırılar bugün kendisini bilimsel gerçeklerle silahlanmış yansız ve nesnel bir otorite olarak sunmaktadır. Hastalık ve ölüm açıklamalarında ne bir aktör, ne bir neden, ne de bir çıkar ya da güç mücadelesi var. Bu açıkça apolitik ve tarihsiz söylem aynı zamanda ahklak dışı da. Sözünü ettiğimiz unsurların tartışma kapsamı dışında tutulması adaletsizliğin statükosunun sürüp gitmesine izin verecektir. Bu, işbirlikçi, tekelci kapitalizmin ve neokoloniyalizmin politik bir projesidir, böyle olduğu açıkça söylenmelidir.

"Yeni Küresel Sağlık"ı, mimarlarının (zengin ve güçlü ülkelerin hükümetlerinin oluşturduğu G8, bunların ulusötesi şirketleri ve uluslararası finans kuruluşları) gerçek ilgilerine ve niyetlerine göre değerlendirmek kritik öneme sahiptir. "Yeni Küresel Sağlık"ın büyük ölçüde temeli olan uluslararası yardımın bu jeopolitik ve finans mimarisinin ayrılmaz bir parçası olduğunu anlamak da aynı derece kritik öneme sahip bir başka konudur (David, 2002).

*Social Medicine, cilt 3, sayı 1 (Ocak 2008)'den

**Prof. Dr., Selçuk Üniv. Meram Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları AD

"Yeni Küresel Sağlık" ilerici analistler arasında bile yorum yapılmadan geçilen mantık, tarih ve ilkelerin tersyüz edilmesiyle karakterizedir. "Ekonomik kalkınma için sağlığa yatırım" muhtemelen en iyi örnektir. Birkaç hastalık üzerinde odaklanmanın bireylere, topluluklara hatta tüm uluslara refah getireceği düşüncesi bütün uluslararası inisiyatiflerin ve programların, kuşkusuz Dr. Brundtland yönetimindeki (1998-2003) DSÖ'nün örnek projesi ve yayını olan Sachs raporunda ileri sürülen tezin (aşağıda tartışacağız), arkasında yatan mantıktır (WHO, 2001).

Haydi açıkça söyleyelim. Yoksulluk bozuk sağlığın en belli başlı belirleyicisidir. Bozuk sağlık da var olan yoksulluğu daha da derinleştirir, ancak tekbaşına yoksulluğun en önemli belirleyicisi olmaktan uzaktır. Ne kadar mükemmel tıbbi girişimlerde bulunursanız bulunun borç, adaletsiz ticari yaptırımlar ve doğal kaynakların talanı kıskacına düşürülmüş bir ülkeyi ve orada yaşayan halkı zengin yapamazsınız. Bu olsa olsa onları yoksullaştıran kötü sistem hesabına biraz daha fazla çalışabilmeleri için o insanların ömrünü biraz daha uzatmaya yarar. Buradan anlaşılması gereken şey sağlıklı yoksulluk arasındaki ilişkinin iyi yönlü ancak asimetric olduğudur.

Ekonomik kalkınma için (daha dürüst olmak gerekirse gerçek, özgürleştirici kalkınma ile pek bir ilgisi olmayan büyüme, üretim ve GSMH için) bir yatırım olarak sağlık, bir insan hakkı olarak sağlıklı uyuşmaz. Dahası çok önemli bir ilkeyi tersyüz edip sağlığı bir nihai amaç olmaktan çıkararak bir nihai amaca araç haline getirir. Günümüz dünyasında büyük halk kesimleri (zengin ülkelerdeki marjinal gruplar da dahil) üretime ya da GSMH'ye herhangi bir katkı yapmaktan uzak olduğunu da belirtmek gerek. Bu mantığa göre, anılan gruplar, çocuklar, ileri yaşlılar ve engellilerle birlikte, sağlık hakkı talep etmemelidir.

Sağlığın kalkınma için bir yatırım olarak görülmesi halk sağlığı tarihinin de ters yüz edilmesidir. Bir asırlık halk sağlığı tecrübesi göstermiştir ki kaliteli gıda, temiz su, yeterli sanitasyon, barınma ve güvenlik vb. fonksiyon gören bir başlıklık sisteminin, dolayısıyla da sağlığın temel belirleyicileridir. Bu gerçekler sıradan insanlarca dahi bilindiği ve yüzlerce makalede belgelendiği için burada ayrıntılı biçimde anlatılması gereksizdir. Sefil yaşama koşulları dile getirilmedikçe, kozmetik ve sürdürülemez "başarı öyküleri" yapılan işler için bir "kanıt"mış gibi teşhir edilseler de, yoksul ülkelerde önlenebilir hastalıklar ve ölümler utanç verici düzeylerde olmaya devam edecekler.

Sefil yaşama koşullarının uluslararası topluluk tarafından dile getirilmesi, gücün ve kaynakların yeniden dağılımı da dahil olmak üzere dünyada radikal düzenlemeler yapılmasını gerektirdiği için, neredeyse mümkün görünmemektedir. Daha radikal bir yaklaşımla konuşursak, bir an için bunların samimi diğergam hareketler olduğunu saksak dahi sağlık hakkının hayırseverliğin ya da uluslararası yardımın konusu olmadığını belirtmemiz gerekir. Muazzam servetleri dünyadaki milyarlarca insanı yoksullaştıran sistemden kaynaklanan "yardımseverlik" kuruluşlarının halk sağlığı

politikalarının geliştirilmesinde hiçbir rolleri yoktur ve bu tutumlarının nedeni acilen araştırılması ve aydınlatılması gereken bir konudur. Diğer sosyal ve ekonomik haklar gibi sağlık hakkı da egemen devletlerin yabancı müdahale olmadan vatandaşlarının temel haklarını sağlayabilecekleri vergi sistemleri de dahil adil bir uluslararası düzenle desteklenmelidir. İşin doğrusu, yardımseverlere düşen herhangi bir vatandaş gibi vergilerini ödeyerek sağlığa katkıda bulunmaktadır.

Sefil yaşam koşullarının üstesinden, sonuçta Kalkınma Hakkı ve Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı'nı gerçekleştirecek sosyal adalet amaçlı makroekonomik reformlar yoluyla gelinecektir. Ve kazanılan diğer insan hakları gibi, onlar da kitleler tarafından politik ve sosyal hareketler yoluyla mücadele edilerek alınmalıdır. Tarihin bu noktasında uluslararası topluluğun yapması gereken en olumlu iş bu mücadelede onları desteklemektir.

Yardımlarla kalkınma?

Mantığın, tarihin ve ilkelerin tersyüz edilmesi bizi makroekonomi ve sağlık alanındaki temel soruya götürür. Kalkınma çabaları "başış/ uluslararası yardımlar" yoluyla milyonları mı, yoksa sağlığı ve sağlık için gerekli şartları bir insan hakkı olarak tanıyan adil bir uluslararası ekonomik düzen yoluyla milyarları ve trilyonları mı hedeflemelidir? Kuşkusuz ikincisi Alma Ata'da DSÖ üyelerinin yaptığı seçimdi.

Sachs Raporu, "Ekonomik Kalkınma İçin Sağlığa Yatırım", küresel sağlık politikası geliştirme için plan olarak kabul edilmiştir ve başış yoluyla finansmanla desteklenmek üzere bazı tıbbi girişimler öne sürmektedir. Sachs'ın önderliğinde bir araya gelen dünyanın en etkili on dokuz ekonomistini bir araya getiren DSÖ Makroekonomi ve Sağlık Komisyonu'nun raporunda gelirlerin ve mal varlığının ülkeler arasında dağılımının uluslararası yardımdan başka yolu olmadığı öne sürülmektedir.

Basit makroekonomik tedbirlerle kazanılacak yıllık yüzlerce milyar, muhtemelen trilyonlarca, dolar toplam para ile uluslararası yardımla elde edilebilecek yaklaşık 50 milyar dolar arasında çarpıcı bir orantısızlık vardır. Sachs raporu, başışçılar 2015'e kadar bir dizi temel tıbbi girişimlere her yıl 27 milyar katkıda bulunursalar 2015-2020 yılları arasında 360 milyar dolar kazanılacağını tahmin etmektedir.

Bu yaklaşımın değerini araştırmak için, bu 360 milyar USD'lik (kazanç) her yıl yoksul ülkelerin Güneyden Kuzeye adil olmayan uluslararası transferlerle kaybettiği parayla dengelenmeli ya da makroekonomik reformlar uygulanırsa ve yeni bir uluslararası ekonomik düzen (NIEO) kurulursa yoksul ülkelere verilmeli. Bu uluslararası transferler (Güneyden Kuzeye) borçlanma, adilane olmayan ticaret şartları ve Kuzeyli korunmacılığı, vergi cennetleri ve sermaye kaçışı, serbest ticaret bölgeleri, Yapısal Uyum Programları (SAPs) ve Yoksulluğu Azaltma

Stratejileri Belgeleri (PRSPs), doğrudan yabancı yatırım, fikri mülkiyet ve TRIPS, beyin göçü, yardımın kendisi ve -yeniden diriltilen bir kolonyal uygulama olarak- egemen devletlerin kaynaklarını zorla zimmete geçirmek üzere işgal edilmesini içermektedir.

Bu transferler yoluyla oluşan kayıplar değişkenlik gösterebilmekle birlikte aşağıdaki rakamlar orantısızlığı açık biçimde ortaya koymaktadır (Katz, 2004, 2005). Adaletsiz ticaret sonucu her yıl 700; borçlanma yoluyla 382, sermaye kaçışı ve vergi cennetleri yoluyla 160 milyar dolar kaybedilmektedir. Denetimsiz finans akışı (günlük 1.5 trilyon dolar) yoksul ülkelerin ekonomisini ciddi biçimde istikrarsızlaştırmaktadır. Bunlar vergilendirildikleri takdirde, yıllık 250 milyar dolar kazanç sağlanacaktır. Gelişmekte olan ülkelerin üretim potansiyelinin ülke dışındaki kuruluşlara transfer edilmesi doğrudan yabancı yatırım (foreign direct investment, FDI), en son geliştirilen entrikadır. 1972'de dünyanın 7. büyük ekonomisine sahip olan Arjantin, FDI aracılığıyla yabancılarca yağma edildi.

Yabancı yardım yardım eden ülkeye yardım edilen ülkeye oranla ortalama bir buçuk kat daha fazla kazandırmaktadır. Bugün, yardımın çoğu borcu ödemek için kullanılmaktadır ve bu durumun uluslar düzeyinde boğazı tokluğuna çalışılan bir kölelik düzeni oluşturduğunu söylemek hiç de abartı değildir. Ancak borcun, yardımın ve Kuzeyden güneye kaynak transferinin bir çok diğer biçiminin gerçek değeri demokratik yönetimle ilişkili koşullarla açıkça tezat oluşturacak biçimde yoksul ülkelerin ekonomik politikalarının sıkboğaz edilmesidir.

Gelişmekte olan ülkeler yıllık 27 (ya da 37) milyar dolarlık uluslararası yardımla makroekonomik reformlar yoluyla gelişmekte olan ülkelerin halklarına hükümran

devletlerinin yabancılar karışmaksızın ihtiyaçlarını karşılamak üzere yıllık 700 + 382 + 160 + 250 milyar dolar sağlanması arasında bir tercih yapmak durumundadırlar. Bu zor bir seçim değildir ve gelişmekte olan ülkelerin halklarına şeffaf biçimde açıklanmalıdır.

"Herkes İçin Sağlık" için sosyal adalet mücadelesi tüm dünyada hayatın tüm yönlerine neoliberal politikaların uygulanmasına karşı dirençle paralel gitmektedir. Bu bolluk dünyasında, "Herkes İçin Sağlık" bir ütopya değildir. Bir başka dünya mümkündür, "Herkes İçin Sağlık" da. Mesele, hırs ve sömürünün neden olduğu şiddetin yol açtığı istikrarsızlığa, sosyal adalet ve insan haklarına gerçek saygıyla elde edilen barışın oluşturduğu istikrarla karşı durmaktır.

KAYNAKLAR

Centre Europe Tiers Monde (CETIM) (2007) People's Health Movement (PHM). La Santé pour Tous ! Se réappropriier Alma Ata. CETIM, Genève, janvier.

David S. (2002) Give and Take. What is the matter with international aid. Zed Books.

World Health Organization (2001) Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. WHO, Geneva, December.

Katz, A. (2004, 2005) The Sachs Report: Investing in Health for Economic Development - or increasing the size of the crumbs from the rich man's table? Int J Health Services, 34 (4): 751-773 ve 35 (1): 171-188.