

## SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİ SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN TEMEL NEDENİ OLABİLİR Mİ?

Özlem ÖZKAN\*

**Öz:** Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve 2005 yılında ona bağlı olarak kurulan Sağlıkın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK), o tarihten bugüne, sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin mevcut durumunu, temel nedenini ve çözümünü "sağlığın sosyal belirleyicileri" (SSB) ile açıklamaktadır. Böyle olunca SSB, günümüzde uluslararası düzeyde egemen sağlık politikası, uygulaması, kapsamlı halk sağlığı stratejisi ve bilimsel bilgi üretiminin öncelikli konularından birisi haline gelmiştir. Bu çalışma, DSÖ SSBK'nin SSB'yi nasıl bir tarihsel geçmişe ve deneyimlere dayandırdığını, iddia edildiği gibi, SSB tanımının ve kapsamındaki faktörlerin yeni olup olmadığını, sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel ya da kök nedeni yanında, onları azaltmada önerdiği eylem ve stratejilerin yeterli olup olmadığını eleştirel bir perspektifle incelemeyi amaçlamaktadır. Bunun için DSÖ'nün SSB ile ilgili yedi temel raporuna ek olarak, literatür taramalarından elde edilen makalelerden de yararlanılmıştır. Derleme makalede, DSÖ SSBK'nin iddia ettiğinin tersine, SSB'nin sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel/asil/kök nedeni olmadığı, SSB kapsamındaki faktörler üzerinden yapılan müdahalelerin ise bu sorunlara çözüm getirmediği ortaya konmuştur. Çünkü SSB, DSÖ SSBK'nin ileri sürdüğü gibi, sağlıksızlığın ve sağlıktaki eşitsizliklerin temel nedeni değil, onların risk faktörleri, etkileyen faktörleri, ara nedenleri, kolaylaştırıcıları, orta düzey belirleyicileri ya da öncüleridir.

**Anahtar sözcükler:** Dünya Sağlık Örgütü, sağlıkın sosyal belirleyicileri, sağlıktaki eşitsizlik, sağlıktaki hakkaniyetsizlik, sağlık politikası

### *Can Social Determinants of Health be the Fundamental Cause of Inequalities in Health?*

**Abstract:** The World Health Organization and the Commission on Social Determinants of Health (CSDH) set up in 2005 under the former explains the present state of inequalities and inequities in health, its fundamental causes and ways of solution by referring to "social determinants of health" (SDH) since then. As such, SDH has today become one of the priority issues in prevailing health policy at international level, its implementation, and a comprehensive health strategy, and in production of scientific knowledge. This study seeks to examine from a critical perspective the historical background and experience that WHO-CSDH bases SDH upon, whether the definition of SDH and factors it covers are new as asserted by the Commission, and whether actions and strategies suggested to mitigate inequalities and inequities are indeed sufficient besides their fundamental or root causes. In this context, articles available in the relevant literature were reviewed in addition to seven major reports on SDH issued by the WHO. The article finds that SDH is not the fundamental/root cause of inequalities and inequities in health as claimed by the WHO-CSDH and interventions made over factors covered by SDH do not bring solutions to existing problems. The main idea is that contrary to the opinion of the WHO-CSDH, SDH is not the root cause of absence of and inequalities in health but their risk factors, affecting factors, intermediate causes, promoters, medium-level determinants or precursors.

**Key words:** World Health Organization, social determinants of health, inequalities in health, inequities in health, health policy

### I. Giriş

Kapitalizmin 1970'li yıllardan bugüne devam eden krizleri karşısında, sermaye sınıfı ve aktörlerinin sistemi devam ettirmek ve kâr oranını artırmak amacıyla yaşama geçirdiği neoliberal ekonomi politikalar başarısız olmuştur. Bunun en önemli sonucu, sağlıktan, eğitime, eğitimden sosyal güvenliğe, konuttan gıdaya, özetle, yaşamın bütün alanlarında eşitsizliklerin ve yoksulluğun giderek artan düzeyde devam etmesidir. Örneğin, Malawi Cumhuriyeti'nde yaşam beklentisi 47 yıl iken, Japonya'da 83 yıldır. Bir başka ifadeyle, yaşam beklentisi açısından ülkeler arasındaki fark, 36 yıla kadar çıkmıştır. Böylesi

durumlar karşısında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ne yazık ki Alma-Ata Bildirgesi, sağlık reformları, 21.yy'da Herkes için Sağlık ya da Sağlık 21, Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH) gibi sistem içi yaklaşımlarla sorunlara çözüm bulacağını düşünmüştür. Oysa bu çözüm gibi görünen öneriler, sağlık sistemini metalaştıran, piyasalaştıran ve ticarileştiren özelliklere sahip ya da onların taşıyıcısı olduğundan, kapitalizmin diğer etkilerine de bağlı olarak, eşitsizlikler giderek artmış ve yeniden üretilmiştir. İkibinli yılların ortalarına gelindiğinde ise BKH'nin hedeflerine ulaşamadığı, sağlık reformlarının eşitsizlikleri

\*Doç. Dr., Kocaeli Dayanışma Akademisi (KODA) (ORCID No: 0000-0003-1063-7489)

Geliş Tarihi / Received : 27.08.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 28.09.2019

ortaya çıkarıcı ve artırıcı olduğu bilimsel olarak da ortaya konmuştur. Sağlıkta eşitsizliklerde ve hakkaniyetsizliklerde geline nokta DSÖ: "...sosyal hakkaniyetsizlikler, insanları büyük ölçüde öldürüyor ve bu, kabul edilemez bir durumdur...", Birleşik Krallık (BK) Başbakanı M. Brown ise Londra Konferansı'nda "...sağlıktaki eşitsizlikler sadece haksızlık değil, aynı zamanda, milyonlarca kadını, çocuğu ve erkeği önlenbilir sağlık sorunlarına mahkûm etmektedir..." ifadeleriyle özetlemiştir (**Rapheal, 2006b; Sheiham, 2009; WHO ve CSDH, 2008**). Hatta, DSÖ, bu sorunları azaltmadaki geç kalmışlığının nedenini, konuyla ilgili bilgi ve kanıt yetersizliğiyle, kendisinin bir güç olamamasına bağlamıştır. Böyle olunca DSÖ, 2000'li yıllardan itibaren, sağlıktaki eşitsizliklerle ve hakkaniyetsizliklerle ilgili tabloyu ortaya koymak, kanıtlarla belgelemek, gerçek/kök/temel nedenlerini saptamak, BKH'nin yaşam bulmasına katkıda bulunmak ve küresel düzeyde eylem başlatmak için 'yeni' reçeteler aramaya başlamıştır (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/social-determinants>; **WHO, 2005; Starfield, 2006; WHO ve CSDH, 2008**). DSÖ bünyesinde 2005 yılında kurulan Sağlıkta Sosyal Belirleyicileri Komisyonu (SSBK), sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin eşitsizliklerin reçetesinin "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri (SSB)" modeli/yaklaşımı/uygulaması/politikası olduğunu ilân etmiştir. DSÖ ve SSBK için SSB'nin altı temel işlevi;

- Küresel hastalık yükünün, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin ve eşitsizliklerin en güçlü nedeni ya da insan ıstırabının büyük bir kısmının kökeni,
- Dünyanın en yoksul ve en savunmasız topluluklarının sağlığında kazanımlar elde etmek için eşi görülmemiş, olağanüstü bir fırsat,
- Sosyal politikaların sağlık politikalarını teşvik etmesinde önemli bir araç,
- Politikaların değiştirilmesinde güçlü bir faktör,
- Sağlıkta iyileşmeleri sağlayabilmek için etkili bir stratejik planlama ve
- Sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri ve eşitsizlikleri azaltmanın ya da baş etmenin en önemli aracı olarak tanımlanmıştır (**WHO, 2005; WHO ve CSDH, 2008; Irwin ve Scali, 2007; Baum ve Harris, 2006; Solar ve Irwin, 2010**).

Özetle, DSÖ SSBK, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin ve eşitsizliklerin temel nedeninde ve çözümünde SSB'yi bir anahtar olarak görmektedir. Dolayısıyla, DSÖ SSBK'nin temel görevi de bunların gerçekleşmesini

sağlamak, onlarla ilgili kanıtlar toplayarak, küresel bir hareketi teşvik etmektir. Aralarında Michael Marmot, Giovanni Berlinguer ve Amartya Sen gibi ondokuz bilim insanından oluşan SSBK, 2008 yılında konuyla ilgili son raporunu yazarak, görevini tamamlamıştır (**WHO ve CSDH, 2008**; [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/)). Ancak DSÖ'nün bu konudaki çalışmaları hâlen artarak devam etmektedir.

Bir tanım, kavram, model, politika ya da uygulama; eleştirel bir perspektifle onları kavramsallaştıran ya da ileri süren kişi ve/veya kurum kim(ler) olduğu, tarihsel ve toplumsal bağlamı, ait olduğu bütünün parçaları ve onları belirleyen egemen üretim tarzı ilişkisiyle analiz edildiğinde, gerçeğin bilgisi açığa çıkarılmış olur. Bu derleme makalede, böyle bir ele alışla, sırasıyla aşağıdaki dört soruya yanıt aranmıştır;

- DSÖ SSBK, SSB'yi nasıl bir tarihsel geçmişe ve deneyimlere dayandırıyor?
- DSÖ SSBK'nin geliştirdiği SSB tanımı ve kapsamındaki faktörler yeni midir?
- DSÖ ve SSBK'nin iddia ettiği gibi, SSB, sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel nedeni/kökü midir?
- DSÖ ve SSBK'nin iddia ettiği gibi, SSB yaklaşımı ve uygulamaları sağlıktaki eşitsizliklerle ve hakkaniyetsizliklerle mücadelede yeterli bir araç mıdır?

Makalede bu dört sorunun yanıtında, öncelikle DSÖ ve/veya SSBK'nin raporları birbirleriyle karşılaştırılarak incelenmiş, daha sonra, eleştirel bir yaklaşımla analiz edilmiştir. Bunun için DSÖ ve/veya SSBK'nin SSB'ye yönelik temel dokümanlarıyla literatür taramalarından elde edilen makaleler kullanılmıştır. Temel yedi doküman şunlardır;

- World Health Organization-WHO. (2005) Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health (CSDH). WHO, March.
- Kelly MP, Bonnefoy J, Morgan A, Florenzano F. (2006) The development of the evidence base about the social determinants of health. Geneva: WHO, CSDH, Measurement and Evidence Knowledge Network.

3. CSDH. (2007) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health Draft.
4. CSDH. (2007) Achieving health equity: From root causes to fair outcomes. Interim Statement.
5. WHO, CSDH. (2008) Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva.
6. Solar O, Irwin A. (2010) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion Paper 2 (Policy and Practice).
7. Saunders M, Barr M, McHale P, Hamelmann, C. (2017) HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities. Health Evidence Network, WHO.

DSÖ ve SSBK'nin raporlarında ya da sağlık alanının hâkim literatüründe, genellikle sağlıkta hakkaniyet ve hakkaniyetsizlik (equity, inequity in health), nadiren sağlıkta eşitlik ve eşitsizlik (equality, inequality in health) kavramları tercih edilmektedir. Hatta her iki kavram birbirinin yerine dâhi kullanılmaktadır. Örneğin, DSÖ'nün SSB ile ilgili ilk raporunda, daha fazla "eşitlik ve eşitsizlik terimleri kullanılırken, daha sonraki raporlarında, onların yerini "hakkaniyet ve hakkaniyetsizlik kavramları almıştır. Oysa, eşitlik ve hakkaniyet ile eşitsizlik ve hakkaniyetsizlik birbirlerinin yerine kullanılmayacak kadar anlam olarak farklıdır. Hakkaniyet; farklılıkların adaleti olup, bölüşümün adaletli olması, hakkaniyetsizlik; farklılıkların adaletsizliğidir. Burada insanların yetenek ve becerisinden kaynaklı farklılıklar kabul edilir ve sıklıkla bu farklılıkların temel nedeni göz ardı edilir. Eşitlik ise hayatın öznesinin insan olduğu bir toplumsal yaşantıda her bir kişinin gereksinimlerinin karşılanmasıdır (**Hamzaoğlu, 2014**). Özetle hakkaniyet, toplumdaki bölüşüm ilişkileri, eşitlik ise üretim ilişkileri içinde ele alınır. Bu makalede raporlardaki bilgiler aktarılırken, raporda hangi kavram varsa makalede de o kullanılacaktır. Makalenin diğer bölümlerinde ise "eşitlik ve eşitsizlik" kavramları tercih edilecektir.

## II. SSB pandemisi

SSB, 2005 yılından bugüne, başta DSÖ olmak üzere, pek çok kurum ve kuruluşun planlama, politika ve teknik çalışmalarının çok büyük bir bölümünü oluşturmaktadır, bunun için önemli bir bütçe ayrılmaktadır.

Örneğin, DSÖ, sadece 2008-2009 yılları arasında yaklaşık 66 milyon dolarlık bütçesiyle SSB çalışmalarını desteklemiştir. Avrupa Komisyonu'nun Avrupa Birliği (AB) Sağlık Fonu, bu zamana değin, konuyla ilgili AB'den ve bazı aday ülkelerden yaklaşık 700 kurum ve kuruluşun 40 milyon tutarındaki 64 projesini finanse etmiştir (**WHO ve CSDH, 2008; Donkin ve ark., 2017**).

Uluslararası düzeyde çok sayıda mevzuatla desteklenen SSB, küresel ölçekte aynı zamanda, egemen sağlık politikalarının ve uygulamalarının ideolojik arka planını oluşturmaktadır. SSBK, özellikle DSÖ'ye üye ülkelerle kuruluşundan hemen sonra, yani 2005 yılının sonlarında, çalışmaya başlamış ve hakkaniyetsizliklerle ilgili veri tabanlarının ve kayıt sistemlerinin kurulması ya da geliştirilmesi gibi çok sayıda girişimde bulunmuştur. Bunun için, 21 Ekim 2011 tarihinde 125 üye ülkenin katıldığı "SSB Dünya Konferansı"nda Rio Bildirgesi'yle sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmak ve diğer küresel önceliklere ulaşmak, ulusal eylem planları ve stratejileri geliştirmek amacıyla küresel düzeyde eylemler başlatılmıştır. Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, 2011 yılında "Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Bildirgesi"nde bu hastalıkların altında yatan faktörlerin SSB olduğu çağrısında bulunmuştur. DSÖ Avrupa Bölgesi'nin Türkiye dâhil üye 53 ülkesi tarafından 10-13 Eylül 2012 tarihinde düzenlenen toplantıda, SSB, "Avrupa Sağlık Politikası Sağlık 2020"nin çerçevesini oluşturmuştur. 65. Dünya Sağlık Asemblisi, Mayıs 2012'de Rio Bildirgesi'ni ve orada önerilen beş öncelikli eylemi desteklediğini ve bunun için gerekli önlemleri alacağını açıklamıştır. Ardından, DSÖ SSBK, Ortadoğu Bölgesi'nde 2012 yılının Ekim ayında Kahire'de Rio Bildirgesi'ni yaşama geçirmek amacıyla bir toplantı yapmıştır. Yine 2012 yılında, bu konuda İran'da veri tabanı oluşturmak, Afganistan'da veri toplamak ve analiz etmek, Irak ve Ürdün'de ise alt yapı kurmak için çalışmalara başlanmıştır. Aynı yıl BM, üye devletlere halk sağlığıyla ilgili alınacak önlemlerde SSB yaklaşımını benimsemeleri için geniş kapsamlı bir çağrı yapmıştır. Üç yıl sonra kabul edilen Oslo Bildirgesi'yle SSB konusunda sağlık çalışanlarının liderlik ve savunuculuk rolleri tanımlanmıştır. Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO), 2014-2019 yılları arasındaki beş yıllık plana SSB'yi entegre ederek, sağlıkta hakkaniyeti sağlamak amacıyla, ona odaklanacağını belirtmiştir. DSÖ, 2010-2015 yılları arasında Afrika bölgesinde BKH'yi başarmak amacıyla SSB'ye yönelik çalışmalar için adım atmıştır. Kuzey Amerika'nın çoğu eyaletinde sağlık bakanlıklarının eylem planlarının beş önceliğinden birisi olarak görüldüğünden,

merkezi konu haline gelmiştir. Ayrıca, BM 2015 yılında BKH'ye ulaşamayınca, aynı yıl, "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"ni kabul etmiş, SSB ise onun en önemli gündemlerinden birisi olmuştur (**Rasanathan, 2018; Donkin ve ark., 2017; Saunders ve ark., 2017**).

ABD, Kanada, BK gibi gelişmiş kapitalist ülkelerde SSB, 1990'lı yıllarda tartışılmaya başlanmış, sınırlı sayıda da olsa onu destekleyici kimi uygulamalar gerçekleşmiştir. Fakat, daha önceden de belirtildiği gibi, SSB ile ilgili çalışmalar 2005 yılından itibaren hız kazanmıştır. Ancak, bu hızlı ilerleme tüm ülkeler için aynı olmamıştır. SSB'nin yoğun tartışıldığı 2000'li yıllarda Kanada, ABD, BK vb. ülkeler, konuyla ilgili çalışmalarda büyük bir yol katederken, Arjantin, Meksika, Polonya, Tayland, Yeni Zelanda ve Norveç çalışmaya sadece istekli olduğunu beyan etmiştir. Fransa, Almanya, Hollanda gibi ülkeler ise yeterli düzeyde destek verememiştir. Kanada Sağlık Bakanlığı, daha 2005'li yıllarda kamusal olarak SSB'yi önceleyeceğini ve destekleyeceğini beyan etmiş, bununla birlikte, SSB, öncelikli araştırma konularından birisi haline gelmiştir. İsveç'te, 2002 yılında, SSB ile ilgili bugüne değin, en geniş kapsamlı ulusal halk sağlığı stratejisi uygulanmaya başlamıştır. Brezilya, Kanada, Şili, İran İslam Cumhuriyeti, Kenya, Mozambik, Sri Lanka, İsveç ve BK, 2005-2008 yılları arasında SSB ile ilgili eylem ve politikalarını açık olarak benimseyerek, SSBK'nin çalışmalarına ortak olmuştur. Buna paralel olarak, SSBK'ye ekonomik olarak en fazla destek, Brezilya, Kanada, Şili, Çin, Mısır, İran, Japonya, Kenya, İsveç ve BK'den gelmiştir. Ayrıca, Brezilya'da 2006 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde SSBK kurulmuştur. Yine 2005-2008 yılları arasında Avustralya ve Asya Pasifik ülkeleri bu yaklaşımı politik bir gündem olarak kabul etmiş, Arjantin ve Şili ise bu konuda politikalar oluşturmaya başlamıştır. Fransa ancak 2013 yılında SSB odaklı ulusal bir sağlık stratejisine adım atmış, Zambiya'da aynı yıl Sağlık Bakanlığı'nda bir birim kurulmuştur. Bunların tersine, DSÖ SSBK, SSB çalışmalarını öncelikle geliştirmek ve az gelişmiş ülkelerde başlanmasını hedeflese de bugüne değin, bu, başarısızdır (**CSDH ve WHO, 2008; CSDH, 2007a; CSDH, 2007b; WHO, 2005; Irwin ve Scali, 2007; Donkin ve ark., 2017; Rapheal, 2006a**).

Yukarıda belirtilen gelişmelerle beraber, genelde sosyal alanda, özelde sağlıkta giderek artan eşitsizlikler, SSB'ye yönelik uluslararası ve ülke düzeyinde egemen sağlık politikaları ve uygulamaları, akademik ortamı ve akademisyenleri de doğrudan

etkilemiştir (**Solar ve Irwin, 2006**). Bu nedenle, SSB yaklaşımı öncelikle halk sağlıklarının, sosyal epidemiyologların ve sağlık alanındaki diğer akademisyenlerin önemli bir akademik ve bilimsel gündemi olmuştur. DSÖ SSBK, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin ortaya koyulmasından azaltılmasına ve eylemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesine kadar her aşamada halk sağlıklarının önemli işlevleri olduğunu belirtmiştir (**WHO ve CSDH, 2008**). Böyle olunca, halk sağlıklar arasında bireylerin ve toplumların sağlığının, SSB tarafından belirlendiği görüşü hızla yaygınlaşmıştır. Ayrıca, 2000'li yıllardan itibaren sağlık alanının lisans ve lisans üstü, halk sağlığının ise lisans üstü eğitimlerinde SSB kavramı, kapsamı ve anlayışına yönelik dersler yer almaya başlamıştır (**Lucyk ve McLaren, 2017**). Yine 2005 yılından itibaren, çok sayıda ülkede çarpıcı bir biçimde SSB ile ilgili proje, sistematik inceleme, araştırma ve derleme makalelerle üretilen bilimsel bilgi sayısı da artmaya başlamıştır. Örneğin, sadece 2012 yılında 39 veri tabanında yapılan literatür taramasında SSB ile ilgili doğrudan 2732 makale bulunmuştur (**Embrett ve Randall, 2014**). Lancet dergisinde SSB'ye 932 atıf yapılmıştır (**Rasanathan, 2018**). İran'da yürütülen bir sistematik incelemede 2005 yılından itibaren, diğer bir sistematik incelemede, Kanada'da 2010 yılından sonra (%60), diğer ülkelerde ise 2005-2009 yılları arasında konuyla ilgili yayın sayısında artma olduğu (%41.7) ortaya konulmuştur (**Bahadori ve ark., 2017; Lucky ve McLaren, 2017**). Yine, ikinci sistematik incelemeye göre, yayınların en fazla; Kanada, ABD, BK, İsviçre ve Avustralya'da yürütüldüğü, araştırmacıların ise %70.4'ünün akademisyen olduğu belirlenmiştir. Bu akademisyenlerin meslekleri ise sırasıyla; halk sağlığı uzmanı hekimler, halk sağlığı hemşireleri, demografiler, halk sağlığı uzmanlık alanı dışındaki hemşireler ve hekimlerdir (**Lucky ve McLaren, 2017**). Bilimsel bilgi üretimindeki böylesi artışlarla, sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin kaynağının SSB olduğuna dair kanıtlar da artmaya başlamıştır (**Saunders ve ark., 2017**). Bunların dışında, pek çok ülkede SSB, sosyal tıp literatürünün ve toplumsal hareketler ağı olarak büyüyen halk sağlığı hareketinin temel yapı taşı olarak da nitelendirilmektedir (**Chapman, 2013; Baum ve Harris, 2006**). Ülkemizde ise SSB "başlığı"nda Yüksek Öğretim Kurumu'nun tez tarama web sayfasından tarama yapıldığında, beklenen tersine, tıpta sadece iki uzmanlık tezi, Google akademik veri tabanında ise yalnızca 10 makale bulunmaktadır. Buna karşın, sağlık alanının lisans ve lisans üstü programlarında SSB kavramına, kapsamına ve anlayışına yönelik dersler ya da ders

**Tablo 1. DSÖ SSBK'ye göre tarihsel geçmişte SSB'nin ortaya çıkmasını etkileyen faktörler**

Tarihsel Süreç	Olumlu Etkileyen Faktörler	Olumsuz Etkileyen Faktörler
Sağlıkta sosyal yaklaşımın kökleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 19.yy'da sanitasyon kampanyaları</li> <li>* R. Virchow gibi modern halk sağlığı kurucularının çalışmalarları</li> <li>* DSÖ'nün kuruluşu ve Anayasa'sının oluşturulması</li> <li>* DSÖ'nün yeni sağlık tanımı</li> </ul>	
1950'ler: Teknolojiye ve hastalığa özgü kampanyalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Çığır açıcı bilimsel araştırmalar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Soğuk savaş politikaları</li> <li>* Sömürgecilik</li> <li>* Askeri baskılar</li> <li>* Sosyalist ülkelerin BM'den çekilmesi</li> <li>* Yüksek teknoloji odaklı hastaneler</li> <li>* Kampanya odaklı sağlık hizmetleri</li> <li>* Sıtma, çiçek, tüberküloz gibi hastalıklara yönelik dikey toplum sağlığı programları ve uygulamaları</li> <li>* Spesifik hastalıklara yönelik teknoloji odaklı ve dikey yönelimli kampanyalar</li> <li>* Kentli elitlere hizmet vermek için tedavi odaklı hastaneler kurulurken, kırsal kesimin göz ardı edilmesi</li> <li>* Sömürge yönetimi altında gelişen sağlık modelleri</li> <li>* Aşıların, antibiyotiklerin ve diğer önemli ilaçların üretiminde sanayiinin gelişmesi</li> </ul>
1960'lı ve 1970'li yılların başarıları: Toplum temelli yaklaşımların yükselişi	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Antiemperyalist mücadeleler</li> <li>* Diktatörlüklerin yıkılması, Güney Afrika'daki Apartheid rejimine karşı direnişlerin olması</li> <li>* Toplum temelli sağlık programları ve uygulamalarının başlaması</li> <li>* Akademisyenlerin, halk sağlıkçıların ve DSÖ gibi kurumların çalışmalarının ve toplum temelli uygulamaların uluslararası düzeyde önem kazanması</li> <li>* Thomas McKeown ve Simon Szreter'in çalışmaları</li> <li>* Dikey halk sağlığı programlarına karşı alternatif arayışlar</li> <li>* DSÖ'nün dikey hastalık programları ve yüksek teknoloji odaklı sağlık hizmetlerine yönelik eleştirileri</li> <li>* Yüksek donanımlı teknoloji kullanımının azalması</li> <li>* Hekim dışı sağlık çalışanlarının toplum temelli koruyucu hizmetlere katılımı</li> <li>* DSÖ ve UNICEF raporları ve çalışmaları</li> <li>* Orta Amerika, Güney Afrika ve Filipinler'de toplum temelli sağlık programlarının sağlık, sosyal adalet ve insan hakları gündemlerini birbirine bağlayan toplumsal hareketlere dönüşmesi</li> <li>* DSÖ'nün "herkese sağlık" ilkeleri</li> <li>* 1974 yılında Kanada'da Lalonde raporu</li> </ul>	
Bir hareketin kristalleşmesi: Alma-Ata ve Temel Sağlık Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sağlık için sektörlerarası eylem</li> <li>* Ottawa bildirgesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Yoksullar arasında sağlıkta kazanım sağlayacak uygun koşulların bulunmaması</li> </ul>
Düşük maliyetli iyi sağlık	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ülke örnekleri: Kosta Rika, Küba, Sri Lanka ve Hindistan'ın Kerela eyaleti</li> </ul>	
Seçici temel sağlık hizmetlerinin yükselişi	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Maliyet etkili tıbbi müdahaleler</li> </ul>	

**Tablo 1'in devamı. DSÖ SSBK'ye göre tarihsel geçmişte SSB'nin ortaya çıkmasını etkileyen faktörler**

Tarihsel Süreç	Olumlu Etkileyen Faktörler	Olumsuz Etkileyen Faktörler
1980'lerin politik-ekonomik bağlamı: Neoliberalizm	* 1980 yılında BK'de Sağlıkta Eşitsizlikler Çalışma Grubu'nun "Black Raporu" * 1985-1988 yılları arasında Whitehall-II çalışması	* Neoliberalizme bağlı yapısal uyum programları * Sağlık reformları * Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) vb. kurumların kuralları
1990'lar ve ötesi: Tartışmalı paradigmlar ve değişen güç ilişkileri a. Kalkınma ve küreselleşme tartışmaları b. DSÖ'den karışık sinyaller c. Ülke düzeyinde SSB Yaklaşımları	* Neoliberal politikaların, yapısal uyum programlarının, Bretton Woods kurumlarının, G-8 gibi ulus ötesi kurumların sorgulanması * 1996 yılında "Ağır Borçlu Yoksul Ülkeler" girişiminin başlaması * 1999 yılında DB ve IMF'nin "Yoksulluğun Azaltılması Strateji Belgeleri"ni uygulaması * 1990'lı yılların başlarında Kanada İleri Araştırmalar Enstitüsü'nün desteklediği disiplinlerarası bir araştırma * M. Marmot ve arkadaşlarının çalışmaları * 1990'lardan itibaren sağlığın sosyal boyutlarını ele almada dikkate değer adımların atılması	* Neoliberal ekonomi politikaların yaygın olarak uygulanması * Yerel ve bölgesel krizler
2000'li yıllar: Yeni fırsatlar	* 2000 yılında BKH * 2003 yılında R. Wilkinson ve M. Marmot'un "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Sağlam Gerçekler" başlıklı raporu	

Kaynak: WHO, 2005; CSDH, 2007a; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010

konuları hızla artmaya başlamıştır. Ayrıca bu konu, DSÖ Avrupa Bölgesi'nin "Avrupa Sağlıklı Kentler Ağı" projesi kapsamında Türkiye'deki çok sayıda belediyenin aktif yer aldığı sağlıklı kent tartışmalarının da merkezinde yer almaktadır.

Sonuç olarak, DSÖ SSBK'nin 2005 yılında kurulmasının ve SSB çalışmalarının başlamasından 14 yıl gibi kısa bir süre geçmesine rağmen, yukarıda da görüldüğü gibi, SSB yaklaşımı, politikası ve uygulaması, dünyada adeta pandemiye dönüşmüştür. Öyle ki bu yaklaşım, bugün, 1978-2000'li yıllar arasında egemen bir uluslararası sağlık politikası ve uygulaması olan Alma-Ata'dan daha güçlü bir konuma gelmiştir. Bu nedenlerden dolayı, makalede aşağıdaki dört sorunun yanıtı sırasıyla verilmeye çalışılacaktır.

### III. DSÖ SSBK, SSB'yi nasıl bir tarihsel geçmişe ve deneyimlere dayandırıyor?

DSÖ ve/veya SSBK, SSB kavramının her şeyden izole ve boşlukta ortaya çıkmadığından, geniş ölçüde kendisinden önceki bilgi ve deneyimlere yaslandığını, bu nedenle öneminin fark edilmesinin de yeni olmadığını belirtmektedir. DSÖ'nün tarihselliğe yaptığı böyle bir vurgunun gerekçesi, SSBK'nin hedeflerine ulaşması için tarihten öğrenmesi ya da dersler çıkarması, hedefler ve stratejilerle ilgili önemli soruları gündeme taşıması, uygulanan stratejilerin öneminin algılanmasına yardımcı olması ve uzun vadede başarı şansını artırması ya da bu konuda iyimser olmaya olanak tanınması şeklindedir

### (Solar ve Irwin, 2010; WHO, 2005; CSDH, 2007a).

Bu nedenle, DSÖ'nün 2005 yılındaki ilk raporunun hem başlığı hem de içeriği doğrudan geçmiş deneyimlere dayalı olup, raporun toplam 47 sayfasının 30'u tarihsel süreçte SSB'nin ortaya çıkmasına katkıda bulunan olumlu ya da olumsuz gelişmelerdir. Ayrıca, raporun temel üç amacından birisi, sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmaya katkıda bulunacak geçmişteki negatif ve pozitif deneyimlerin neler olduğu sorusuna yanıt vermektir (WHO, 2005). İki yıl aradan sonra, ilk rapor gözden geçirilerek, hazırlanan ikinci rapor (CSDH, 2007a) ile diğer raporda (Solar ve Irwin, 2010) ise tarihsel sürece sadece ikişer sayfa yer ayrılmıştır. DSÖ'nün bu üç raporunda SSB'nin tanımı, modeli, politikası ve uygulamasının arkasındaki tarihselliğe yaptığı vurgu, çok sayıda bilim insanı tarafından da desteklenmiştir (Baum ve Harris, 2006; Solar ve Irwin, 2006; Irwin ve Scali, 2007). Buna karşın, DSÖ SSBK'nin konuyla ilgili diğer raporlarında, tarihsel sürece hiç yer verilmemiştir (WHO ve CSDH, 2008; Kelly ve ark., 2006; CSDH, 2007b; Saunders, ve ark., 2007).

Tablo 1'de görüldüğü gibi, üç raporda da SSB'nin ortaya çıkışını etkileyen faktörlerin tarihsel olarak ele alınışı benzerlik göstermektedir. DSÖ SSBK, SSB'nin ortaya çıkışını ve gelişimini dokuz dönemle değerlendirmiştir. DSÖ'ye göre, SSB ile ilgili ilk çalışmalar, 1800'lü yıllarda özellikle halk sağlıkçıların sanitasyon faaliyetleriyle başlamış (WHO, 2005; CSDH, 2007a; Solar ve Irwin, 2010), R. Virchow ve T. McKeown'u

ise katkı veren bilim insanlarına örnek olarak gösterilmiştir. Oysa bu, oldukça eksik ve taraflı bir bilgidir. Çünkü, SSB'ye yönelik ilk çalışmalar, iddia edilen tersine, 19.yy'da değil, ondan binlerce yıl önce, Mısır papirüsünde de görüldüğü gibi, mesleğin ve sosyal statünün sağlıktaki hakkaniyetsizliğe nasıl yol açtığına ele alınmasına dayanmaktadır (**Solar ve Irwin, 2006**). Ayrıca, SSB'nin ortaya çıkmasına ve gelişmesine katkı verenler sadece R. Virchow ve T. McKeown'undan da ibaret değildir. Resmi halk sağlığı hareketinden E. Chadwick, C.E.A Winslow, J. Simon, S. Neumann, A. Grotjahn gibi, çok sayıda bilim insanının sayısız katkısı vardır. Bunların dışında, 1662 yılında W. Petty ve J. Graunt'un "Ölümlerin Faturaları Üzerine-Yapılan Doğal ve Politik Gözlemler" (**Banta, 1987**), F. Engels'in 1846 yılındaki "İngiltere'de Emekçi Sınıflarının Durumu" (**Raphael, 2006a**) ve 1872 yılındaki "Konut Sorunu" kitapları ve Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) ilk Sağlık Bakanı NA. Semaşko'nun katkıları, paha biçilmez bir öneme sahiptir. Çünkü Engels ve Semaşko, toplumun sağlığıyla üretim ilişkileri arasındaki diyalektik ilişkiyi, Semaşko ve arkadaşları ise eşitlikçi sağlık sisteminin ilkelerini, sağlıklı olma halinin temel nedenini ve ara nedenlerini açık olarak ortaya koymuştur (**Özkan, 2002**). Hatta Engels'in bu alana katkıları, Raphael tarafından da ifade edilmiştir. Engels ve Semaşko'nun bu çok önemli katkılarından sonra, egemen üretim tarzının sağlık sistemi ve sağlıktaki eşitsizliklerle arasında kurulan diyalektik ilişki, tarihsel materyalistler arasında kullanılmaya devam etmiştir (**Raphael 2006a**).

DSÖ SSBK, 1950'lere kadar olan dönemde SSB'ye olumlu katkı veren gelişmeleri, sadece DSÖ'nün kurulması, Anayasası'nın oluşturulması ve yeni sağlık tanımının geliştirilmesi olarak görmüştür (Tablo 1) (**Irwin ve Scali, 2007; Solar ve Irwin, 2006; WHO, 2005**). DSÖ, yeni sağlık tanımıyla, sosyal sağlık modeline katkı sağlanacağını ve sağlığın sosyal refah, konut, eğitim, tarım gibi çevresel ve sosyal faktörlerle birlikte ele alınacağını ileri sürmüştür (**Irwin ve Scali, 2007**). Ancak kuruluşundan 1970'li yıllara kadarki dönemde, teknik danışmanlık yapmanın ötesine geçemediğinden, ileri sürdüğü gibi, sağlığa tümelci yaklaşamamıştır (**Aksakoğlu, 2002**). DSÖ, 1900-1950'li yılları ele alırken, kendisini adeta değerlendirme dışı bırakmıştır. Ayrıca, bu dönemde, sosyalizminin SSCB dışında diğer ülkelerde hızla yayılmasına bağlı olarak, sağlığa tümelci yaklaşım, kurulan eşitlikçi sağlık sistemi sayısı da artmıştır. Bu açıdan, SSB yaklaşımına en önemli katkı, sosyalist ülkelerden gelmesine karşın, DSÖ, bunu da tümüyle görmezden gelmiş, raporlarında ise bu bilgilere hiç yer vermemiştir (**Özkan, 2002**).

DSÖ SSBK, 1950-1960 yılları arasındaki dönemi, büyük oranda SSB yaklaşımını olumsuz etkileyen ve onu geriletken bir dönem olarak nitelendirmiştir. Gerçeklerini; sömürgecilik, askeri baskı, sosyalist ülkelerin BM'den çekilmesi ve ADB yetkililerinin sağlığın sosyal modeline sahip çıkmaması, toplumsal olaylar, hastanelerin ve tedavi edici sağlık hizmetleri giderek artarken, yoksulların ve kırsal kesimde yaşayanların bunlardan yararlanamaması olarak göstermiştir. Ayrıca, teknoloji odaklı hastanelerin varlığı, hastalıklara yönelik yoğun kampanyaların olması ve en sık görülen sağlık sorunlarından birisi olan sıtma dikey sağlık hizmetlerinin başarısız olmasıdır (**WHO, 2005; CSDH, 2007a; Irwin ve Scali, 2007**) (Tablo 1). Dikey örgütlenme çalışmalarına katılan ve DSÖ'nün ileride direktörlüğünü yapacak olan H. Mahler de bu faktörlerin özellik geliştirmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerini bozduğu eleştirisini yapmıştır. Latin Amerika'da ortaya çıkan, hijyen, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik uygulamalarına ağırlık veren sosyal tıp hareketleri (**Solar ve Irwin, 2006; WHO, 2005**) yine bu dönemde sosyalist ülkelerdeki sağlık perspektifi ve uygulamaları SSB'ye olumlu katkılar sunmasına rağmen, bir önceki dönemde olduğu gibi, DSÖ SSBK raporlarında ise bunlara hiç yer verilmemiştir.

DSÖ SSBK, 1960-1970'li yıllar arası dönemi, "toplum temelli" yaklaşımın yükseldiği üçüncü dönem olarak adlandırmıştır. Bir başka ifadeyle, bu dönemde, bir önceki dönemin başarısızlıklarıyla yüzleşilip, dikey hastalık kampanyalarına alternatif arayışların arandığı, yoksul kesimlere sağlık hizmetinin ulaştırılmaya yönelik çabaların başladığı ve hekim dışı sağlık çalışanlarının koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif olarak yer aldığı bir dönemdir. Nikaragua'daki Somoza diktatörlüğünün yıkılması, Güney Afrika'daki Apartheid rejimine karşı direnişlerin olması, diğer bazı ülkelerde anti-emperyalist mücadeleler ve ABD'nin prestijinin azalması, toplum temelli sağlık hizmetleri uygulamalarına zemin hazırladığı düşünülmüştür. Yanı sıra, DSÖ'nün, 1975 yılında, Afrika, Asya ve Latin Amerika'daki toplum temelli sağlık uygulamalarının başarı hikâyelerini anlatan kitabı, aynı yıl yine DSÖ'nün UNICEF ile birlikte "Halklarla Sağlık" başlıklı diğer kitabı, dikey hastalık programlarını eleştirmiş, yoksulluk, yetersiz konut ve eğitim eksikliği vb. sosyal faktörlerin sağlığı nasıl etkilediğini, sağlığın diğer sektörlerle eşgüdüm içinde olmadığında nasıl başarısız olduğunun altını çizmiştir (Tablo 1). Son olarak, DSÖ genel direktörü Mahler öncülüğünde 1977 yılında toplanan 29. Genel Kurulu'nda "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefleriyle yetersiz beslenme, cehalet, kontamine içme

suyu ve hijyenik olmayan barınma gibi sağlık için engel oluşturan sosyoekonomik faktörlerle mücadele edilmesi gerektiği belirtilmiştir (WHO, 2005; Irwin ve Scali, 2007; Aksakoğlu, 2002). Hatta bu dönemde gerçekleşen bu tür uygulamaların, sağlık kararlarında toplumun katılımına ve güçlendirilmesine olanak tanıdığı, sağlığın sosyal ve çevresel belirleyiciler yanında, politik ekonomi ve iktidar ilişkileriyle beraber ele alındığı bile iddia edilmiştir (WHO, 2005; Rapheal, 2006b). DSÖ SSBK'ye göre özetle bu dönem, SSB'nin ortaya çıkmasına ve gelişmesine olumlu katkılar sunan bir dönemdir.

DSÖ SSBK, dördüncü dönemi, temel sağlık hizmetlerinin dayanağı olan Alma-Ata bildirgesiyle başlatmıştır. DSÖ için Alma-Ata, sadece bir bildirme değil, aynı zamanda uluslararası düzeyde egemen sağlık politikası, uygulaması ve anlayışı olmuştur. Bu nedenle olsa gerek, DSÖ, Alma-Ata'nın SSB'nin özünü oluşturduğunu ileri sürmüştür. Hatta DSÖ SSBK son raporunda, Alma-Ata'nın SSB'nin öncülü olduğuna, sağlık için sadece sağlık politikasının ve sağlık hizmetlerinin yetmediğine ve sektörler arası entegrasyona ihtiyaç olduğuna dikkat çekmiştir (WHO, 2005; CSDH, 2007a; Rapheal, 2006b; Solar ve Irwin, 2006; WHO ve CSDH, 2008). Beşinci dönemde, DSÖ, Kosta Rika, Küba, Sri Lanka ve Hindistan'ın Kerala eyaletindeki deneyimlere yer vermiştir. DSÖ'ye göre, buralardaki sağlık uygulamaları "düşük maliyetli" olarak tarif edilmiştir (WHO, 2005; Irwin ve Scali, 2017). Şaşırtıcı olan şey, DSÖ'nün Küba'yı diğer ülkelerden daha uzun incelemesi ve sosyalist devrimin olduğu bu ülkede, SSB'nin en iyi şekilde uygulandığını kabul etmesidir (WHO, 2005). Fakat, Alma-Ata'nın üzerinden daha bir yıl geçmişken, Dünya Bankası (DB), Rockefeller Vakfı ve ABD Uluslararası Kalkınma Ajansı (USAID) gibi sermaye kurumları tarafından desteklenen, ilk kez J. Walsh ve K. Warren tarafından dile getirilen "seçimli temel sağlık hizmetleri" yaklaşımını kabul etmesi çelişkili tutumunu göstermektedir. DSÖ, "Seçimli temel sağlık hizmetleri"ni, aslında birinci basamak sağlık hizmetlerinde geçici bir strateji olarak görüp, özellikle az gelişmiş ülkelerde başta çocuk sağlığı olmak üzere, kısa vadede sonuç alınabilecek pragmatik bir girişim olarak kabul etmiştir. Oysa bu, piyasa yönelimli ve maliyet etkili sağlık uygulamalarından birisidir (WHO, 2005; Solar ve Irwin, 2006; Irwin ve Scali, 2007). Bunların yanında, DSÖ beşinci dönemde, yine önceki dönemlerde olduğu gibi, kendisini değerlendirmek yerine, sadece "seçimli temel sağlık hizmetleri"ni savunanların ve karşı duranların görüşlerine yer vermekle yetinmiştir. Kapsamlı

temel sağlık hizmetlerinin güçlü, ama, politik, zayıf ve gerçekleşme ihtimali olmadığını iddia etmiştir. DSÖ bütçesine katkıda bulunan, birlikte çalışmalar yürüten UNICEF ve diğer bazı kalkınma ajanslarının yetkilileri de Alma-Ata'nın etik duruşuna sempati duymakla beraber, kapsamlı temel sağlık hizmetlerine ulaşmada teknik olarak belirsiz ve ekonomik olarak ise gerçekçi olmadığını savunmuştur (WHO, 2005; Raphael, 2006b). Tüm bunlar, DSÖ'nün SSB'nin özünü oluşturduğunu iddia ettiği Alma-Ata anlayışından kısa sürede nasıl vazgeçip, onun tersi sağlık politikalarını savunduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu dönemde DSÖ, sağlığın sosyal boyutunu küçümsemiş, sağlığı hastalığın yokluğundan başka bir şey görememiş, kalkınmanın geniş bağlamını ve ülkelerin adil bir biçimde kalkınmasını göz ardı etmiş, temel sağlık hizmetlerinden ve SSB yaklaşımından uzaklaşmış, dikey programları andıran "dar ve teknik" anlayışı tercih etmiştir (Solar ve Irwin, 2006; WHO, 2005; Irwin ve Scali, 2007). Yine bu bilgi ve eleştiriler, DSÖ'nün raporlarının sadece satır aralarında yer almıştır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, DSÖ SSBK, 1980-1990 yılları arasındaki yedinci dönemde, ne önceki ne de de daha sonraki dönemlerde görülmeyen bir biçimde, ekonomi politik bağlamla sağlık reformlarını değerlendirmiştir. Örneğin, sağlık reformlarının neoliberal ekonomi politikaların, beraberinde yapısal uyum programların, uluslararası ticaret anlaşmalarının sonucu olarak ortaya çıktığı ve bu nedenle, olumsuz sağlık göstergelerine yol açtığı eleştirilerini yapmıştır. DSÖ SSBK bu durumu şu cümleyle özetlemiştir: "...Ne yazık ki sağlık reformları, sağlık sorunlarını çözmeye başarısız oldu. Hatta bazı durumlarda sağlık sorunlarını daha da kötüleştirdi...". Dolayısıyla, bu dönem, SSB'yi olumsuz etkileyen bir dönem olarak tarif edilmiştir (WHO, 2005; WHO, 2007a). 1990-2000 yılları arasındaki sekizinci dönemde DSÖ SSBK, sisteme ve sağlık reformlarına yaptığı eleştirileri terk etmiş, kapitalizmin neoliberal ekonomi politikaları yaşamın her alanını olabilecek en olumsuz biçimde etkilediği halde, ona olumlu anlamlar yüklemeye bile başlamıştır. Örneğin, DB ve Uluslararası Para Fonu (IMF)'nun ağır borçlu yoksul ülkelere yardım için yeni programların başlamasının öneminden bahsetmiştir. Böyle olunca, DSÖ'nün 1980-2000 yılları arasındaki dönemi kendisiyle ilgili yaptığı çelişkili değerlendirmelerle geçmiştir. 1980'den itibaren, teknik alanındaki sorumluluklarını DB, UNICEF gibi kurumlara devretmiş, kendisi de sağlık reformlarının en önemli destekçisi ve savunucusu rolünü üstlenmiştir (Aksakoğlu, 2002; WHO,



**2005).** Bir başka ifadeyle, bu tarihten günümüze DSÖ'nün ideolojik işlevi, neoliberal ekonomi politikaların gereksindiği sağlık sistemini sürdürmeye ve yeniden üretmeye yönelik olmuştur. Bu nedenlerle olsa gerek DSÖ, 1990 yılı sonrasında kendisini objektif olarak değerlendirmek yerine, "Herkes için Sağlık Hedefi" ne bağlı kaldığını ancak, büyük mali kaynaklara sahip DB'nin sağlık politikalarına egemen olması ve bunun otoritesini azaltması nedeniyle yaşama geçiremediğini belirtmiştir. Hatta DSÖ ilk raporunda (2005), DB'nin 1990 yılına kadarki nüfus ve sağlık sektörüne ayırdığı banka kredilerinin DSÖ'nün toplam bütçesini aştığını, 1993 Dünya Kalkınma Raporu'ndaki sağlık politikası ve modelinin ise DB'yi başat bir kuruma dönüştürdüğünü ifade etmiştir. Bunlar DSÖ ve SSBK'nin oldukça eksik değerlendirmeleridir.

DSÖ'nün 1997 yılında, "2000 Yılına Herkese Sağlık", daha sonra "21.yy'da Sağlık 21" hedeflerine ulaşamayacağı anlaşılınca, 2005 yılında SSB'nin de önemli bir referans kaynağı olan BKH belirlenmiştir. BKH'nin mevcut küresel kalkınma gündemini şekillendirdiği, yeni olanaklar sunduğu ve sağlık ile sosyal koşullar arasındaki karşılıklı ilişkileri dikkate aldığı bile iddia edilmiştir. Ne varki 2015 yılına gelindiğinde, BKH'nin de hedeflerine ulaşamadığı görülmüştür. Bu defa, "2030 yılında Sürdürülebilir Kalkınma" için 17 hedef belirlenmiştir. Tüm bu sağlık politikaları ve uygulamaları, aslında, Alma-Ata'nın bile daha gerisindedir ve referans noktaları da doğrudan ya da dolaylı kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarıdır. Nitekim, Solar ve Irwin (2006) de Alma-Ata bildirgesinin yaşama geçirilememesinin asıl nedeninin 1980'lerde başlayan neoliberal ekonomi politikalar olduğunu açık olarak ifade etmiştir.

Özetle, DSÖ SSBK, SSB'yi tarihsel geçmişin ve deneyimlerin bir sonucu olarak, dokuz dönemde incelemiştir. Ancak bunu yaparken, yalnızca kendisi açısından önemli olayları, değişimleri ve deneyimleri almıştır. Bunlar da bağlamsız ve birbiriyle ilişkisizdir (**Rapheal, 2006b**). Öyle ki bazı sosyal bilimciler, halk sağlığı ve sosyal epidemiyologlar, üçyüz yıldan beri tarihsel materyalizmi kullanarak, kapitalist toplumsal yaşantının sağlığı nasıl etkilediğini ortaya koyduğu halde, DSÖ SSBK, bu bilgileri görmezden gelmiştir. Raporlarında, sağlığı ve sağlık sistemini üretim ilişkileri bağlamıyla değerlendiren ve yaşama geçiren Küba dışındaki hiçbir sosyalist ülke deneyimine yer vermemiştir. Küba'daki sağlık sistemi ise oldukça kısa bir biçimde yer almıştır. Ayrıca, tarihsel süreçte ne kendisini ne de SSB'nin ortaya çıkmasına yol açan faktörleri eleştirel bir perspektifle değerlendirmiştir.

Dolayısıyla, SSB, böyle bir eksik ve taraflı tarih bilgisi üzerine oturmaktadır. Nitekim, Solar ve Irwin (2006): "...DSÖ SSBK, SSB ile ilgili geçmiş deneyimleri aktarıken, sadece tarihin bilgisini kullanmıyor, aynı zamanda, tarihsel bakışını da ortaya koyuyor..." saptamasıyla, ona yapılan eleştirileri desteklemektedir.

#### **IV. DSÖ ve SSBK'nin geliştirdiği SSB tanımı ve kapsamındaki faktörler yeni midir?**

SSB terimi, Rapheal'a göre (2006b), bilim insanların farklı sosyoekonomik düzeydeki kişilerin eşitsizlikler gösteren sağlık sorunlarıyla, onların nedenleri ya da altında yatan faktörleri arama çabasından ortaya çıkmıştır. Dummer (2018)'e göre ise hastalığın biyomedikal bir sonuç olmasına rağmen, sosyoekonomik eşitsizliklerin küresel, ulusal ve yerel düzeyde artarak devam etmesinden kaynaklanmaktadır. Bu iki bilim insanı ve DSÖ SSBK, sağlıktaki eşitsizlikler ve hakaniyetsizlikler söz konusu olunca, 1970'li yıllardan günümüze kadar olan dönemi referans almaktadır. Oysa, sağlık dâhil, yaşamın tüm alanlarındaki eşitsizlikler, sınıflı üretim tarzının ortaya çıkmasıyla başladığından, oldukça uzun bir tarihsel geçmişe sahiptir. Ve eşitsizlikler, sınıflı üretim tarzının olduğu ülkelerde halen artarak devam etmektedir.

Hâkim literatüre göre, SSB teriminin ortaya çıkışı, tanımlanması, kavramsal çerçevesi, modeli ve kapsamındaki faktörleri ya da belirleyicileri 1999 yılı öncesi, 1999-2004 ve 2005 yılı ve sonrası olmak üzere, üç dönemde incelenmektedir (**Shokouh ve ark., 2017**). 1999 yılı öncesindeki dönemde, sağlığın belirleyicileriyle SSB terimleri birbirinin yerine kullanılmıştır. Her ikisi de genelde sağlıkta, özelde halk sağlığında, Kanada'da 1970'lerin ortalarında, BK'de ise 1980'lerde gündem olmaya başlamıştır (**Lucyk ve McLaren, 2017**). SSB'yi ilk olarak, Williams (1990), bireylerin genel ve psiko sosyal sağlığında sağlık hizmetlerinden çok, sosyo ekonomik statünün etkisinin olduğu iddiasıyla kullanmıştır (**Shokouh ve ark., 2017**). İlerleyen zaman içinde, SSB tanımlanmaya devam ederken, terimin çok yönlü olması nedeniyle, kapsamındaki faktörlerin birey, aile, grup, topluluk ve toplum düzeyinde birbiriyle nasıl bir bağlantı içinde olduğunu ve nasıl çalıştığını gösteren kavramsal çerçevesi ya da modeli geliştirilmeye başlanmıştır. Bu dönemde, sağlığın belirleyicileri ve SSB ile ilgili yedi farklı model geliştirilmiştir. Bunlar;

- *Evans ve Stoddart (1990): Sosyal ve bireysel faktörlerle sağlık arasındaki ilişki modeli,*

- *Dahlgren ve Whitehead (1991): Sağlığın temel belirleyicilerinin gökkuşağı modeli,*

- Diderichsen ve Hallqvist (1998): Hastalığın sosyal üretimi modeli,
- Brunner ve Marmot (1999): SSB modeli,
- Hertzman (1999): SSB ve insani gelişim çerçevesi,
- Najman (2001): Hastalığın sosyal ve biyolojik nedenlerini birbirine bağlayan nedensel yollar modelidir (Graham, 2004).

Yedi modelin geliştirilmesiyle birlikte, sağlığın belirleyicileri ve SSB tanımları çeşitlenmiş, kapsamındaki faktör sayısı artmaya başlamıştır (Lucyk ve McLaren, 2017). Dahlgren ve Whitehead 1991 yılında, sağlığın temel belirleyicilerini gökkuşağı modeliyle açıklamıştır. Bu modele göre, en dış katmanında temel yapısal belirleyiciler olan genel sosyo-ekonomik, kültürel ve çevresel özellikler, daha sonraki katmanda çalışma ortamı, su, sanitasyon, sağlık hizmetleri, eğitim, tarım, gıda, işsizlik gibi yaşam ve çalışma koşulları, diğer katmanda sosyal ağlar, en iç katmanda ise yaş, cinsiyet, kalıtsal faktörler gibi bireysel risk faktörleri yer almıştır (Dahlgren ve Whitehead, 2007). Mackenbach ve arkadaşları 1994 yılında sağlıktaki sosyo ekonomik eşitsizlikleri açıklarken, seçim ve nedensellik yaklaşımını kullanmıştır. Bu yaklaşıma göre, seçim süreci, çocukluktan (ebeveynler ve çocuklar arasındaki sosyo-ekonomik konum değişikliği vb.) yetişkinliğe kadar tüm yaşam dönemlerinde (işgücü piyasasına girdikten sonra, değişen sosyo-ekonomik durum vb.) sağlığın sosyoekonomik pozisyonu etkilediği, nedensellik süreci ise sosyo ekonomik pozisyonun belirli risk faktörlerine maruziyeti artırarak, sağlığı etkilediği yaklaşımdır. Bu yaklaşım kapsamındaki faktörler; yaşam tarzı (sigara, beslenme, fiziksel egzersiz vb.), yapısal ya da çevresel (maddi yoksunluk, barınma, mesleki maruziyet vb.) ve psikososyal strese bağlı faktörler (sosyal destek, yaşam olayları vb.)'dir. Dolayısıyla, Mackenbach ve arkadaşlarının bu yaklaşımıyla birlikte, hem SSB'nin kapsamı genişlemiş hem de her bir faktör bir bağlam içinde birbiriyle ilişkilendirilmiştir (Mackenbach ve ark., 1994; Shokuh ve ark., 2017; CSDH, 2007a).

SSB terimi sistematik olarak ilk kez, 1996 yılında Tarlov tarafından kullanılmaya başlamıştır. Tarlov çalışmasında konut, eğitim, istihdam ve gelir kalitesindeki eşitsizliklerin hastalığı nasıl etkilediğini ortaya koymuştur. SSB kapsamındaki faktörleri ise genetik, biyolojik, tıbbi bakım, bireysel sağlıkla ilgili davranışlar ve daha baskın olan "yaşamın gerçekleştiği yerlerdeki sosyal faktörler" olarak tanımlamıştır (WHO, 2005; Rapheal, 2006b). Daha sonra, bu

terim, bugüne değin yaygın olarak kullanılmış ve bugünkü SSB tanımının da çatısını oluşturmuştur. Ayrıca, süreç içerisinde, SSB'nin birbirine benzeyen yeni tanımları yapılmış, kavramsal çerçeve ve model geliştirme çalışmaları hız kazanmıştır (Graham, 2004). Örneğin, 1990'lı yılların sonlarına doğru, Kanada İleri Araştırmalar Enstitüsü, sağlığın belirleyicilerini; gelir, sosyal statü, sosyal destek ağları, eğitim, istihdam, çalışma koşulları, biyoloji, genetik, kişilerin sağlık uygulamaları, baş etme becerileri, sağlıklı çocukluk gelişimi, sağlık hizmetleri, fiziksel ve sosyal çevre olarak belirlemiştir (Alint. Rapheal, 2006b). Diderichsen ve Hallqvist, 1998 yılında geliştirdiği "sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin mekanizmaları" ya da "hastalığın sosyal üretimi" modelinde Mackenbach ve arkadaşları gibi, SSB kapsamındaki faktörleri teker teker saymak yerine, bir bağlam içinde onların arasındaki ilişkiselliğe dikkat çekmiştir. Ayrıca bu model, sosyal pozisyonu merkezi bir rolde gördüğünden, sosyal ve politik bağlamın sosyal pozisyonu belirlediği, sosyal pozisyonun ise hastalık gibi olumsuz sonuçlara maruz kalmayı artırdığı görüşe dayanmaktadır (Solar ve Irwin, 2010). Bu döneme son katkı, Wilkinson ve Marmot'un editörlüğünde 1998 yılında yayımlanan ilk raporla olmuştur. Onlara göre SSB; sosyal değişim, stres, erken çocukluk dönemi, sosyal dışlanma, işsizlik, sosyal destek, bağımlılık, gıda ve ulaşım (WHO, 1998). Sonuç olarak, bu dönemde, sağlığın belirleyicileriyle SSB, hemen hemen aynı anlamda ve birbirinin yerine kullanılmıştır. Geliştirilen yedi modelde de SSB kapsamındaki faktörler birbirleriyle ilişkilendirilmiştir. Yedi modelden sağlığın temel belirleyicilerinin gökkuşağı modeliyle hastalığın sosyal üretimi modelleri halk sağlığında, ikincisi ise DSÖ SSBK'nin SSB kavramsal çerçevesinde etkileri en fazla olan modeller olmuştur (CSDH, 2007a, 2007b).

İkinci dönemde (1999-2004) Diderichsen ve arkadaşları (2001), SSB kavramsal çerçevesinde belirleyici olan hastalığın sosyal üretim modelini revize ederek, son biçimini vermiştir. Modele göre, toplum yapısını veya sosyal ilişkilerini içeren sosyal ve politik bağlam, kişiler arasında sosyal tabakalaşmaya yol açar ve buna bağlı olarak farklı sosyal konumlara sahip kişiler ortaya çıkar. Ve sosyal tabakalaşma da sağlığı bozan koşulları hazırlar (CSDH, 2007a; Solar ve Irwin, 2010). İki yıl sonra, Wilkinson ve Marmot'un editörlüğünde hazırlanan ikinci raporda, SSB tanımı ilk rapordakiyle aynı olup, "insanların çalıştığı, yaşadığı ve yaşam biçiminin geliştiği koşullar" olarak tanımlanmıştır (WHO, 2003). Braverman ve Gruskin (2003) ise "hane halkların, toplulukların

yaşam ve iş koşullarıyla, bu faktörlerden herhangi birisini etkileyen sağlık hizmetleri, sağlık politikası ve programları" biçiminde tarif etmiştir. Onların tanımı, bir önceki tanımdan daha dar kapsamlıdır. Aynı yıl DSÖ Avrupa bölgesi, SSB kapsamındaki faktörleri daha öncekilerine benzer olarak; sosyal gradyanlar, stres (işyeri stresi), erken çocukluk gelişimi, sosyal dışlanma, sosyal destek, bağımlılık, inanç, sosyal çeşitlilik, sağlıklı yiyeceğin ve ulaşımın mevcut olması olarak belirtmiştir (**USDHHS, 2019**). Daha sonra, Rapheal (2006b) de SSB'yi, "sağlığın geliştirilmesinde kullanılan biyomedikal ve davranışsal risk faktörü yaklaşımlarının daha ilerisinde olan elverişli bir araç" şeklinde nitelemiştir. Ayrıca, bu dönemde, SSB ile ilgili Bullseye modeli, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyiciler modeli, halk sağlığı modeli, Alberta sağlık çerçevesinin sosyal belirleyiciler modeli, sağlık durumu öncüllerinin kavramsal modeli olmak üzere, 13 farklı model daha geliştirilmiştir.

Graham, ikinci dönemde yapılan SSB tanımlarına, modellerine, ön açıcı ve geliştirici eleştiriler yapmıştır. İlk eleştirisi, SSB'nin hem bireylerin ve toplumların maruz kaldığı hakkaniyetsizlikleri ve nedenleri hem de onların hakkaniyetsiz dağılımı olmak üzere, birden fazla anlama sahip olmasıdır. İkinci eleştirisi, gerek tanımlamada, gerekse model geliştirmede sağlığın belirleyicileriyle, eşitsizliklerin kök nedenini ifade eden SSB, farklı tanımlar olmasına karşın, birbirinin yerine kullanılmasıdır. Graham, sağlığın belirleyicileri ve SSB aynı anlamda kullanılırsa, belirsizliğin ve anlaşılabilirliğin devam edeceğini, bunun da özellikle hakkaniyetsizliklerle ve eşitsizliklerle mücadelede sorun oluşturacağını ifade etmiştir. O nedenle Graham, her ikisini ayrı ayrı tanımlamış, onların kapsamının hangi öğeleri içerdiğini netleştirmiştir. Graham'a göre SSB, insanların sağlıklı kalmasına yardımcı olan faktörler, eşitsiz dağılımlarının altında yatan sosyal süreçler ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın bir yoludur (**Graham, 2004; CSDH, 2007a**). Özetle, bu dönemde bir öncekine benzer olarak, SSB'nin tanımlaması devam etmiş, kapsamındaki faktör sayısı artmıştır. Bu çok sayıda faktör, DSÖ SSBK (2007a) ile Rapheal (2006b)'e göre, materyalist yaklaşım (yaşam koşulları), neo-materyalist yaklaşım (yaşam ve sosyal alt yapı koşulları) ve psikososyal karşılaştırma yaklaşımı (hiyerarşi ve sosyal mesafe) olmak üzere, üç grupta toplanmıştır. Bu dönemin önceki dönemden farkı, SSB modelinin geliştirilmesinin daha yaygınlaşması ve SSB ile sağlığın belirleyicileri tanımlarının birbirinden ayrılmasıdır.

Üçüncü dönemde (2005 yılı ve sonrası), DSÖ, ilk raporunda SSB'yi "insanların yaşadığı ve çalıştığı toplumsal koşullar" sosyal belirleyicileri ise "kişilerin statü, güç ve kaynaklar açısından sosyal merdivende farklılaşmış konumlarını yansıtan faktörler" ayrı ayrı tanımlamıştır. Aslında, ilk rapordan önce, SSB ile ilgili yedi model ve kavramsallaştırma geliştirilmesine karşın, DSÖ bunların hiçbirinden yararlanmamıştır (**WHO, 2005; Mackenbach ve ark., 1994; Shokouh ve ark., 2017**). Bu nedenle olsa gerek, ilk rapordaki (2005) SSB tanımına, yaklaşımına ve kapsamındaki faktörleri ele alma biçimine çok sayıda doğru eleştiri gelmiştir. İlk eleştiri, DSÖ SSBK'nin SSB kapsamındaki faktörleri sadece sıraladığı, faktörler arasındaki bağlantıların gerçekte ne olduğunu ve neyi içerdiğini belirtmediğidir. İkinci eleştiri, toplumsal farklılıkların tümüyle "sosyo ekonomik grup" olarak tek bir değişkenle açıklamasıdır. Üçüncü eleştiri, SSB tanımı ve kapsamındaki "sosyal" kelimesinin DSÖ'nün iddia ettiği gibi, toplumu değil, sadece bireyler ve gruplar arasındaki ilişkilerden ibaret olmasıdır (**Starfield, 2006**). Dördüncü eleştiri, DSÖ'nün büyük oranda SSB kapsamındaki faktörleri sıralamaya odaklanıp, bu faktörlerin sosyal gruplar arasındaki farklılıklarını ve dağılımını görmezden gelmesidir. Beşinci eleştiri, DSÖ SSBK'nin bireylerin ve grupların sağlığının çeşitli sosyal belirleyicilerden güçlü bir şekilde etkilendiğini kabul ederken, sağlık ile ekonomi politik ya da mevcut üretim tarzıyla ilişkisini göz ardı ederek, kaynakların ve sağlık sorunlarının kişilerin sosyal statülerine göre nasıl farklı dağıldığıyla ise hiç ilgilenmemesidir. Altıncı eleştiri ise DSÖ SSBK'nin iddia ettiğinin tersine, SSB modeli geliştirmemesidir; geliştirdiği, kavramsal çerçevedir. Bu eleştirilerden yola çıkarak, bazı bilim insanları, SSB kapsamındaki faktörlerden bireysel olanları dışarıda bırakarak, sosyal olanlara odaklanmıştır. Örneğin, Kelly ve arkadaşları (2006)'na göre; SSB kapsamındaki faktörler; mesleki maruziyet, çalışma yaşamında mesleki deneyimler, toplumsal cinsiyet, ırkçılık, etnisite, konut koşulları, gelir, öz etkililik, biyolojik yaşlanma süreci, diyet, gıda, alkol, tütün ve egzersizle ilgili davranışlar, yaşam boyunca kişilerin sosyal pozisyonu ya da sosyo ekonomik statüsü, okullaşma ve medeni durumdur. Benzer olarak, Rapheal (2006a; 2006b)'e göre; gelir, erken yaşam döneminin kalitesi, eğitim, istihdam, çalışma koşulları, gıda güvenliği, konut kalitesi, sağlık hizmetleri, sosyal güvenlik, sosyal dışlanma deneyimi, işsizlik ve iş güvencesizliği ve bu faktörlerin toplumdaki dağılımında belirleyici olan sosyo-ekonomik pozisyonudur. Ülke düzeyindeki eşitsizliğin temel belirleyicileri ise ülkelerin sanayileşme hızı,

refah düzeyi, yönetimin demokratik olup olmamasıdır. Ayrıca, bu eleştirileri dikkate alan bilim insanları yine öncekilerden farklı olarak, SSB kapsamındaki faktörleri saymakla yetinmeyip, onların boşlukta ortaya çıkmadığını, sosyal dünyanın yaşam deneyimleri ve insan bedenini doğrudan etkileyen besi yerleri olduğunu, bu faktörlerin konut stoğu, eğitim sistemi, piyasalardaki mallar ve emek gibi makro düzeydeki faktörlerle bağlantılı olduğunu altını çizmiştir (**Starfield, 2006; Rapheal 2006a, 2006b; Kelly ve ark., 2006**).

DSÖ SSBK de yukarıda ifade edilen eleştirilerin bir kısmını dikkate alarak, SSB ile ilgili yapılan kavram-sallaştırma, model ve teorileri de inceleyerek, 2007 yılında ilk raporunu gözden geçiren ikinci bir rapor yayımlamıştır. Bu rapor, halk sağlıklarının da yakından tanıdığı C. Muntaner, J. Benach gibi yazarların yoğun katkısıyla ortaya çıkmıştır. Daha sonraki raporlara da kaynaklık edecek olan bu raporda, Mackenbach ve arkadaşlarıyla Diderichsen ve arkadaşlarının geliştirdiği modellerin sosyal tabakalaşmanın dinamiklerini açıklayan sosyal güç teorisinden yararlanarak, "SSB eylemi için bir kavramsal çerçeve" geliştirilmiştir. Bazen model olarak da kullanılan bu kavramsal çerçeve, hâlen egemen literatürde de kabul görmekte ve yaygın kullanılmaktadır (**CSDH, 2007a**). Dolayısıyla, gerek bu rapor, gerekse sonrakiler, SSB kavramsal çerçevesiyle, sağlıkta hakkaniyetsizliklere neden olan ya da onların altında yatan süreçler çözümlenmiştir. Buna göre; SSB kavramsal çerçevesi ya da modeli; 1) sosyo ekonomik politik bağlam 2) yapısal belirleyiciler 3) ara belirleyiciler olmak üzere, üç gruba ayrılmıştır. Sosyo ekonomik politik bağlam; insanların doğdukları, büyüdükleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları koşulları belirleyen yönetim, makro ekonomik politikalar, sosyal politikalar, kamu politikaları, epidemiyolojik koşullar, kültürel ve sosyal değerlerdir. Yönetim: ayrımcılık örüntüleri, sivil toplum katılımı, kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve saydamlık, *Makro ekonomik politikalar*: mali, ödemeler dengesi, ticaret politikaları, işçilerin beceri ve kapasitelerini geliştirme, işgücü arzını azaltma, iş yaratma veya gençlerin, yaşlıların kadınların ve özellikle engellilerin istihdam edilmesi, işsizlik sigortası, erken emeklilik, işgücünün eğitimi, iş olanağı sağlama ve işe alma sübvansiyonlarını teşvik eden programlardan oluşan işgücü piyasalarıdır. *Sosyal politikalar*: emek, konut, sosyal refah, *Kamu politikalar*: eğitim, su, sanitasyon ve sağlıktır. SSB kavramsal çerçevesinin merkezi kavramı olan yapısal belirleyiciler; kişilerin mesleki statüsü, geliri, eğitim düzeyi, araç sahipliği veya barınma koşulları gibi bazı yaşam standartları göstergeleri, toplumsal

cinsiyet, etnisite, sistematik ayrımcılığa maruz kalma, iktidar, prestij ve kaynaklara erişim bakımından belirli hiyerarşi, iktidar ve statüde farklı pozisyonlarda yer almalarıdır. Yapısal belirleyicilere göre şekillenen ara belirleyiciler; *Maddi koşullar* (konut, sağlıklı gıda, uygun giysi satın alma gibi tüketim potansiyeli taşıyan finansal araçlar), *Sosyal-çevresel ya da psikososyal koşullar* (olumsuz yaşam olayları, iş yükü, yüksek borç gibi stresli yaşam koşulları, sosyal destek, baş etme biçimleri güvencesiz çalışma, kayıt dışı istihdam ve işsizlik), *Davranışsal ve Biyolojik faktörler* (sigara, diyet, obezite, alkol tüketimi, fiziksel aktivite ve beslenme) ile *Sağlık sistemi*'dir (**CSDH, 2007a, 2007b; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010, Saunders ve ark., 2017**). Daha sonra ABD Hastalık ve Kontrol Merkezleri (CDC) de bu bilgiler ışığında SSB'yi tanımlamış, kapsamındaki faktörleri ise DSÖ SSBK ile aynı şekilde belirtmiştir (**CDC, 2014**). Ancak DSÖ Avrupa Bölgesi, 2012 yılında Sağlık 2020 hedefleri kapsamında SSB'nin yeni tanımını yapmıştır. Bu tanım: "insanların doğdukları, sağlık, yaşam kalitesi sonuçları ve risklerini etkileyen yaşadıkları, öğrendikleri, çalıştıkları, oynadıkları, ibadet ettikleri, sosyal, ekonomik ve fiziksel koşullardır" şeklindedir. Kapsamındaki faktörler ise; günlük gereksinimleri karşılamak için kaynakların varlığı (güvenli konut, yerel gıda pazarları vb.), sağlık hizmetlerine, eğitime, ekonomik ve iş olanaklarına erişim, meslek eğitimi ve kalitesi, kamu güvenliği, sosyal destek, ulaşım, sosyo ekonomik koşullar (stresli yaşam vb), dil/okuryazarlık, sosyal normlar ve tutumlar (ayrımcılık, ırkçılık ve hükümete güvensizlik vb.), bir toplulukta çöplerin doğru yok edilmemesi, işbirliği eksikliği gibi toplumsal sorunlara maruz kalma, kitle iletişim araçlarına ve teknolojiye ulaşım (cep telefonu, internet, sosyal medya vb.), kültür, topluma dayalı kaynakların varlığı, suça, şiddete maruziyet, sosyoekonomik koşullar (yoğun yoksulluk ve buna eşlik eden stresli koşullar vb.), toplumsal yaşamın desteklenmesi için toplum temelli kaynakların mevcut olması ve serbest zaman aktiviteleri için olanaklardır. Fiziksel belirleyiciler ise; yeşil alan, hava gibi doğal ortamlar, binalar, kaldırımlar, bisiklet yolları, yollar gibi yapı çevre, şantiyeler, okullar ve eğlence ortamları, konut ve topluluk tasarımı, toksik maddelere ve diğer fiziksel tehlikelere maruz kalma, fiziksel engeller, özellikle engelliler için estetik unsurlardır (**USDHHS, 2019**). Görüldüğü gibi, bu faktörler konuyla ilgili en geniş kapsamdaki faktörlerdir. DSÖ son raporunda (2017) ise SSB'yi, DSÖ Avrupa Bölgesi 2012 yılındaki Sağlık 2020 hedeflerinde yaptığı tanımdan daha dar bir kapsama; " insanların çalıştığı, yaşadığı, büyüdüğü ve doğduğu yerlerdeki sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar, yaşam boyunca iyilik hali ve sağlığın majör

belirleyicileri" şeklinde tanımlamıştır (**Saunders ve ark., 2017**).

Yukarıda ifade edilen gelişmelerle eş zamanlı olarak, Sağlık ve Klinik Deneyimleri Ulusal Enstitüsü (NICE) halk sağlığı çerçevesi modeli (2009), sağlık sıralaması modeli (2010) ve Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü (AIHW) modeli (2014) olmak üzere, dört kavramsal model geliştirmiştir. Her bir model, SSB'yi farklı tanımlamış ve ele almıştır. Örneğin, AIHW modelinde bulunan faktörler; 1) toplumun geniş kapsamlı özellikleri ve çevresel faktörler gibi temel faktörler 2) sosyoekonomik özellikler, farkındalık, tutum ve sağlık inancı 3) sağlık davranışı, psiko-mantık, güvenlik faktörleri 4) biyolojik faktörlerdir. Bullseye modeli kapsamındaki faktörler; 1) Makro düzey: ülkedeki sosyoekonomik özellikler 2) Orta düzey: sivil toplumun kurumsal sorumluluğu, sosyal güven, sağlık ve eğitime erişim vb. 3) Mikro düzey: yakın çevre, ekonomik durum ve bireysel destek ağıdır. Bu geliştirilen modellerin çoğu, sosyoekonomik statüye odaklanmıştır (**Shokouh ve ark., 2017**).

Yazının bu bölümünde kronolojik olarak, SSB tanımları ve kapsamındaki faktörlerin yeni olup olmadığı sorusuna yanıt aranmıştır. Yukarıda da görüldüğü gibi, ne SSB tanımı, ne de kapsamındaki faktörler yenidir. Hatta gerek DSÖ SSBK'nin farklı zamanlarda gerekse çok sayıdaki kişi, kurum ve kuruluş tarafından yapılan SSB tanımları ve kapsamındaki faktörler birbirine çok benzerdir. Bir başka ifadeyle, birbiriyle ilişkilendirilmeyen bu faktörler, bireysel özellikler, yaşam ve çalışma koşulları gibi bireyin ve toplumun sağlığını etkileyen risk faktörleri temelindedir. Dolayısıyla, sağlığı majör olarak etkileyen ya da belirleyen yapısal ve politik süreçler dışarıda bırakılmıştır. Bu nedenle, Spiegel ve arkadaşları (2015) DSÖ SSBK'nin geliştirdiği SSB'yi, indirgemeci ve aslında birey odaklı bir yaklaşım olarak gördüğünden, bu kavramı kullanmayı reddetmiştir. DSÖ SSBK, tıpkı tarihsel dönemleri incelerken izlediği taraflı yaklaşımı, SSB tanımı ve kapsamındaki faktörleri ele alırken de sürdürmüştür. Örneğin, çok sayıda bilim insanının da üzerinde durduğu gibi, SSB ile ilgili reformlar 19.yy'da kendiliğinden değil, toplumsal ve sınıf mücadeleleri sonucu ortaya çıktığı halde, DSÖ SSBK, SSB kapsamındaki faktörlerde sınıfı, sosyal belirleyici olarak ele almamıştır (**Rapheal, 2006b; Kelly ve ark., 2006; Solar ve Irwin, 2006; Navarro, 2009; Nayar ve Kapoor, 2009**). Aslında, DSÖ SSBK'nin dokümanları ve hâkim literatür ayrıntılı incelendiğinde, SSB kapsamında sadece sınıf değil,

aynı zamanda barış, eşitlik, kapitalist üretim tarzı, sadece kelime olarak geçse de toplumsal cinsiyet gibi faktörler de yok sayılmıştır. Sadece 2008 ve 2010 raporlarında, Marx'ın sınıf kavramına dair kısa bir bilgi bulunsa da sınıf, SSB'nin kavramsal çerçeve ya da modelinde sadece sözcük olarak geçmektedir. Gerçekte DSÖ SSBK'nin SSB'deki temel faktörle ya da temel nedenler olarak nitelediği ya da modelinin yapıtaşları olarak kabul ettiği şey, Weber'in "sosyo ekonomik statüsü"dür. Zaten DSÖ SSBK de kavramsal çerçevesinin çatısını sosyo ekonomik statü üzerine kurduğunu daha sonra açık olarak beyan etmiştir (**CSDH, 2007a; Solar ve Irwin, 2010**). Bu eğilim, konuyla ilgili araştırmalara da yansımıştır. Örneğin, İran'da yapılan bir sistematik incelemede, makalelerin %71'inde SSB; meslek, eğitim, gelir, etnisite, erken çocukluk dönemi, beslenme, konut, psikolojik, davranışsal ve biyolojik faktörler olduğu saptanmıştır (**Bahadori ve ark., 2015**). Başka bir sistematik incelemede ise 1990-2015 yılları arasında bir önceki sistematik incelemenin bulgusuna benzer olarak, en yaygın kullanılan sosyoekonomik veya sosyal belirleyiciler; eğitim, gelir, meslek, genetik, toplumsal cinsiyet, etnisite, ırk, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, medeni durum, inanç, refah, mal varlığı, hanehalkı büyüklüğü, sosyal sermaye, sosyal ve aile desteği, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, sağlık davranışı, barınma, kültür ya da kültürel faktörler, yaşanan yer ve güvenlik olduğu belirlenmiştir (**Shokouh ve ark., 2017**).

#### **V. DSÖ ve SSBK'nin iddia ettiği gibi, SSB, sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel nedeni/kökünü midir?**

DSÖ SSBK'nin tüm raporlarında SSB; sağlıktaki genellikle hakkaniyetsizliklerin, nadiren eşitsizliklerin nedenleri; kök nedenler, gerçek nedenler, altında yatan nedenler, temel nedenler, sosyal gruplar arasındaki farklılıklar, majör belirleyiciler ve sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri üreten mekanizmalar olarak kabul edilmektedir (**WHO, 2005; CSDDH, 2007a, 2007b; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010**). Bu terimlere ek olarak, ilk kez Marmot 2005 yılında, SSBK ise 2007 yılında "nedenlerin nedenleri" ifadesini aynı anlamda kullanmıştır (**Marmot, 2005; CSDDH, 2007a, 2007b**). Gerek DSÖ SSBK, gerekse hâkim literatür tarafından tüm bu terimler; küresel, ulusal ve yerel ölçekte karmaşık sistemler sonucunda insanların hem doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı ve yaşandığı koşullardaki hakkaniyetsizlikleri ve dağılımını hem de onların temel nedenlerini ifade etmektedir. Bir başka ifadeyle, bu terimlerle sağlıktaki genellikle hakkaniyetsizlikleri, nadiren eşitsizlikleri

ortaya çıkararak “asıl nedene” referans verilmektedir (**CSDDH, 2007b**). Bu durumda, Türkçeye “Belirleyici” olarak çevrilen “Determinant” kelimesini irdelemek gerekecektir. “Determinant” kelimesi, aşağıdaki kutu 1’de de görüldüğü gibi, çok sayıda İngilizce sözlükte “etkileyen, bir durumun oluşumuna katkı sağlayan, onun doğasını değiştiren” anlamındadır. Kelime, bu durumda, “çoğul eki” alır (Kutu 1). İngilizce sözlüklerdeki tanımlardan yola çıkılarak SSB; sağlıktaki eşitsizlikleri ve hakkaniyetsizlikleri etkileyen faktörler ya da onların oluşumuna katkı sağlayan faktörlerdir. “Determinant” kelimesinin tanımını bu şekilde kabul edenler, onu orta düzey belirleyiciler, ön koşullar, yol açan ya da etkileyen faktörler ve öncüller olarak adlandırmaktadır (**Rapheal, 2006a; Rapheal, 2006b; Starfield, 2006; Navarro, 1977**). Ya da bireysel risk faktörlerine göre daha olumlu bir ele alışıyla birlikte, bireylerin yaşam ve çalışma koşullarının ötesine geçemediğinden, kolaylaştırıcılar olarak tarif edilmektedir (**Spiegel ve ark. 2015**). O zaman buradaki sorun nedir? Sorun, “Determinant” kelimesinin İngilizce sözlüklere dayalı olarak yapılan SSB tanımıyla, DSÖ SSBK’nin tanımı ya da ona yüklediği anlam arasındaki yapısal ve büyük farklılıktır. Şöyle ki DSÖ SSBK, İngilizce sözlüklere dayalı olarak yapılan SSB tanımının tersine, kelimeyi “çoğul eki” ile birlikte kullanıp, onu ortaya çıkararak “asıl, gerçek, temel ya da kök neden” olarak ele almaktadır. Bir başka ifadeyle, SSB ile toplumsal etken, toplumsal (sosyal) yapıya, hâkim olan toplum biçimine ve üretim tarzına referans vermektedir. Ya da DSÖ SSBK, savunucuları ya da taraftarları ideolojik manevra yaparak, SSB’nin temel neden olarak düşünülmesini sağlamaktadır. Çünkü, Dil Derneği (2000:232)’ne göre, “belirleyici” sözcüğü, bir şeyi belirleyen, açıklayan ve ortaya koyan anlamındadır.

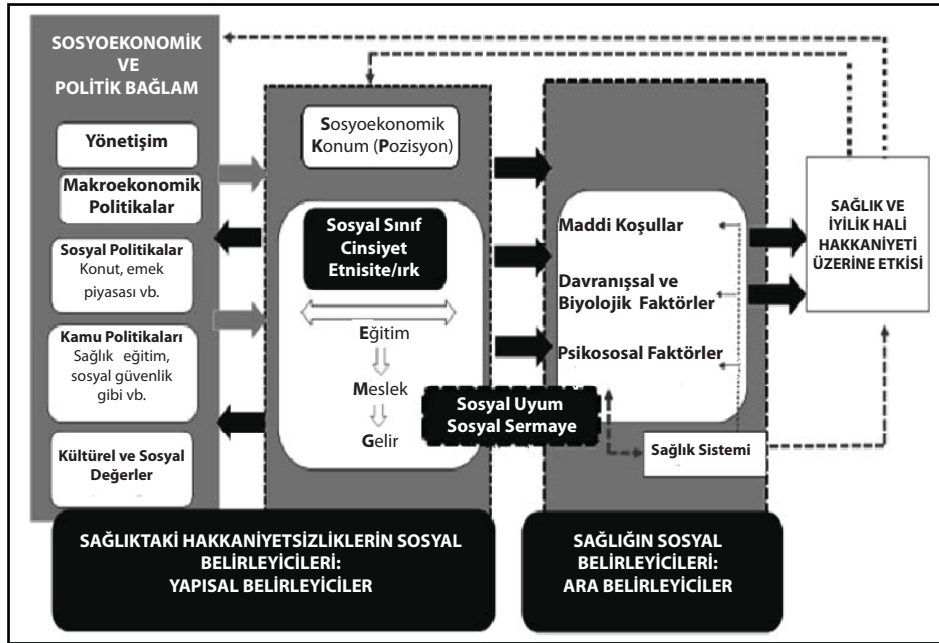
Buna yola çıkarak, sosyal belirleyici; bir şeyin sosyal belirleyeni, açıklayanı ve ortaya koyanı, SSB ise sağlıkla ilgili bir durumu, belirleyen, açıklayan ortaya koyandır. Bu sorunlardan dolayı, Spiegel ve arkadaşları, sağlığın temel nedenine atıfta bulunulmak istenirse SSB yerine, “sağlığın sosyal belirleyeni” ifadesini kullanılmasını önermiştir. Sağlığın sosyal belirleyeni, İspanyolca ve Portekizce yayımlanan “eleştirel epidemiyoloji” yayınlarında oldukça yaygın olarak kullanılmakta olup, mevcut toplumsal yapı, üretim tarzıyla eşitsizlikler ve hakkaniyetsizlikler arasındaki bağlamı kurmada daha elverişli bir araç olarak görülmektedir (**Spiegel ve ark., 2015**).

Peki, DSÖ SSBK, SSB kavramsal çerçevesiyle sağlıktaki sorunları, onların, eşitsiz ve hakkaniyetsiz dağılımını ve nedenlerini nasıl açıklıyor? DSÖ SSBK, SSB’nin hakkaniyetsizliklere nasıl yol açtığı sorusunun yanıtını ilk kez 2007 yılında hazırladığı raporda vermiştir (**CSDH, 2007a**). Daha sonra, 2008 yılındaki raporda bazı küçük değişiklikler yapmış (sosyo ekonomik pozisyonda toplumsal cinsiyet, etnisite ve ırk değişkenlerinin yer alması) (**WHO ve CSDH, 2008**), 2010 yılında ise son halini vermiştir (**Solar ve Irwin, 2010**). DSÖ SSBK, şekilde de görüldüğü gibi, SSB’nin kavramsal çerçevesinde ya da modelinde sosyo ekonomik ve politik bağlamı ele almasını, o zamana değin geliştirilen modellerden ayırd edici olarak kabul etmektedir. Ayrıca, öyle olmadığı halde, SSB kavramsal çerçevesinin bireylerden çok topluma referans verdiğini iddia etmektedir (**CSDH, 2007a**).

Şekilde de görüldüğü gibi, DSÖ SSBK’ye göre SSB; sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin yapısal sosyal belirleyicileri, sosyo ekonomik ve politik bağlamıyla sosyo

#### Kutu 1. İngilizce bazı sözlüklere göre “Determinant” kelimesinin tanımları

Tanımlar	Kaynaklar
Bir oluşun/varlığın, hastalık ya da patolojik durumun doğasını oluşturan bir faktör ya da etken	Keane M, O’Toole, M. (2003) Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health. Imprint: Saunders.7 th ed. Dorland D. (2003)Dorland’s Medical Dictionary for Health Consumers (2007) Imprint: Saunders.
Kalıtıl bir niteliğin/kişiyeye özgü özelliğin oluşumuna katkı sağlayan etken/faktör	Farlex Partner Medical Dictionary © Farlex 2012 Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing © Farlex 2012
Epidemiyolojide sağlığa ilişkin herhangi bir durumda ya da tanımlı diğer özelliklerde değişiklik meydana getiren bir faktör, bir olay, bir özellik veya tanımlanabilir/tanınabilir diğer oluş ya da hastalık veya patolojik durum	Segen SJ. (2002) The Concise Dictionary of Modern Medicine. McGraw-Hill Medical Inc. The American Heritage® Medical Dictionary (2007) Boston: Houghton Mifflin Co.
Bir oluş ya da hastalık veya patolojik durumun veya vakanın doğasını değiştiren veya oluşturan faktör. Bu faktör çevreyle ilgili olabilir, konakçının ya da konakçının korunma mekanizmalarının parçası olabilir, tek ya da birden fazla olabilir, hali hazırda var olabilir ya da uzun vadede ortaya çıkabilir.	Blood DC, Studdert VP, Gay, CC. (2007) Saunders Comprehensive Veterinary Dictionary.3 ed. Saunders Elsevier, St Louis



Şekil 1. SSB'nin kavramsal çerçevesi (CSDH 2007a; Solar ve Irwin, 2010)

ekonomik konumdan oluşmaktadır. Dolayısıyla, bunlar, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin ve eşitsizliklerin temel nedeni olarak görülmektedir. Sosyo ekonomik ve politik bağlam; küresel (uluslararası ticaret anlaşmaları, yeni iletişim teknolojileri, ulus ötesi şirketler, uluslararası ilişkiler vb.) ulusal ve bölgesel boyutları olan bireyleri de etkileyen, sosyal sistemin geniş bir yapısal, kültürel ve işlevsel özelliğe sahip, emek piyasası, yönetim, eğitim, sağlık, sosyal güvenlik gibi kamu politikaları olarak kabul edilmektedir. Bu yaklaşımı benimseyenlerin bir bölümü sosyo ekonomik ve politik bağlamın temel nedene, bir başka ifadeyle, egemen üretim tarzına atıfta bulunduğunu iddia etse de şekilde de açık olarak görüldüğü gibi, öyle değildir. Çünkü, sosyo ekonomik ve politik bağlam; kamu politikaları, mali, parasal, ödemeler dengesi ve ticaret politikaları, toplum katılımı, yönetim, kamu yönetiminde hesap verebilirlik ve saydamlık gibi egemen üretim tarzına bağlı ortaya çıkan faktörlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla, onlar, temel ya da kök neden değil, ara değişkenler ya da risk faktörleridir. DSÖ SSBK'ye göre, belirli bir politik ve tarihsel bir bütünlük içinde sosyo ekonomik ve politik bağlamla diğer yapısal belirleyici olan sosyo ekonomik konum (ağırlıklı olarak eğitim, meslek, gelir) arasında yakın bir ilişki tarif edilir. Onlar karşılıklı etkileşime sahiptir ve birbirinden etkilenir. Ancak, sosyo ekonomik ve politik bağlam, toplumda tabakalaşmayı ve hiyerarşileri üretir, güçlendirir, etkisini azaltır ya da artırır. Bireylerin sosyoekonomik konumu da toplumsal cinsiyet, etnisite ve ırka bağlı ayrımcılığa maruz kalıp kalmamayı kolaylaştırır. Bir

başka ifadeyle, sosyo ekonomik ve politik bağlam; sosyal grupların, kişilerin sağlığa, prestije, güce, ilgili kaynaklara erişimini ve hiyerarşiler içindeki yerini yapılandırır. Yapısal belirleyicilerden sonra ara değişkenler ise kişilerin maddi koşulları, davranışsal, biyolojik ve psikososyal faktörleridir. Onlar yapısal belirleyicilerle şekillenir, bu ara belirleyiciler ise belirli sağlık sonuçlarına yol açar. DSÖ SSBK'ye göre, geliştirdiği çerçevenin diğer bir ayırdıcı özelliği ise, modelinde sağlık sisteminin yer almasıdır. Fakat sağlık sisteminin modeldeki rolü büyük oranda "erişim" ile sınırlı olup, yapısal belirleyicilerle ilişkisi ise açık olarak tarif edilmemiştir. Kavramsal çerçevede, yapısal belirleyicilerle ara belirleyicilerin ortak ya da kesişim kümesi olarak kabul edilen sosyal uyum ve sosyal sermaye ise DSÖ SSBK'ye göre dahi en tartışmalı ve hâlen tartışmaya ihtiyaç duyulan bir alandır. Sağlık sistemi, sosyal uyum ve sosyal sermaye olarak sayılan faktörlerin rolü tam olarak açıklanmamıştır. Nitekim, bu konu özellikle son yıllarda sosyal bilimler ve sosyal epidemiyolojide en çok tartışılan konular arasındadır (Şekil 1) (CSDH 2007a, 2007b; Shokouh ve ark., 2017; Solar ve Irwin, 2010).

Sonuç olarak, DSÖ SSBK'nin sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel nedenini, sosyo ekonomik politik bağlam ile onun yapısal ve ara belirleyiciler arasındaki karşılıklı ilişkilerle açıkladığı görülmektedir (CSDH, 2007a, 2007b; Shokouh et al., 2017; Solar ve Irwin, 2010). Böyle bir ele alış, çok sayıda kişi ve kuruluş tarafından eleştirilmiştir. Çünkü, SSB yaklaşımı, sağlıktaki eşitsizliklerin ve

hakkaniyetsizliklerin temel nedenini ortaya koyacak kimi sorulara yanıt verememektedir. Örneğin, kapsamındaki faktörlerin hangisi sağlıktaki eşitsizliklerde ve hakkaniyetsizliklerde daha güçlü etkileyendir? SSB'ye ve kapsamındaki faktörlere kim (ler) karar verir? Eşitsiz ve hakkaniyetsiz dağıtılan kaynakların sahibi kimdir? Bu kaynakların dağıtımına kim, nasıl ve hangi araçlarla karar verir? Ayrıca, DSÖ SSBK, sağlığın birkaç sosyal belirleyicisi üzerinde çalışarak, işlevselci bir yaklaşımı da benimsemiştir. Neden olarak gösterilenler ise gerçek ya da temel neden olmadığından, kapitalist üretim ilişkileri gizlenir. Beraberinde, sosyal sınıf ve neoliberalizmden de kaçındığı için mülkiyet ve güç ilişkileri maskeleyenir. Oysa, kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarının sağlıktaki eşitsizlikleri daha da derinleştirdiği herkes tarafından bilinen bir gerçektir (**Navarro, 2009; Nayar ve Kapoor, 2009; Rapheal, 2006b**). Böylesi eleştiriler doğrudur ve DSÖ SSBK'nin SSB ile gizlediği yönleri açığa çıkarmaya katkıda bulunur.

Bir diğer eleştiri, DSÖ SSBK'nin SSB yaklaşımında, sağlıksızlığın ve dağılımının sorumlusunu "sosyo ekonomik konum" olarak görmesine yöneliktir. DSÖ SSBK için sosyo ekonomik konum, SSB'nin merkezi kavramı ya da nedensel zincirin en önemli noktasıdır. Sosyo ekonomik konum, birey ya da grupların toplum içindeki hiyerarşisini ifade eden sosyal tabakalaşmanın bir göstergesidir. Genel olarak kişilerin eğitimi, mesleği, geliri, araç sahipliği gibi yaşam standartları faktörlerinden oluşur ya da onlarla ölçülür (**CSDH, 2007a, 2007b; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010**). Dolayısıyla, sosyoekonomik konum toplum değil, birey merkezlidir. Üretim ilişkilerinde değil, tüketim ilişkilerinde tanımlanır. DSÖ SSBK'nin kimi raporlarında sosyoekonomik konumda toplumsal cinsiyet, etnik köken ve sistematik ayrımcılığa maruz kalma özellikleri yer alsa da özellikle son raporda da görüldüğü gibi (**CSDH ve WHO, 2008**), etnik kimlik, ırkçılık, ayrımcılık dışarıda bırakılmış, sosyo ekonomik konum büyük oranda meslek, gelir ve eğitim düzeyine odaklanmıştır. Küresel, ulusal ve yerel düzeyde bireylerin "yaşamdaki tüm olanaklara erişim şansını", dolayısıyla kimlerin sağlık sorunlarına ve sağlıktaki eşitsizliklere maruz kalacağını belirleyeceği varsayılmaktadır (**Nayar ve Kapoor, 2009; Shokouh ve ark., 2017**). Güç, statü, gelir, mallara, hizmetlere, bilgiye vb. kaynaklara sosyo ekonomik konumdan dolayı erişememeye bağlı olarak, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin ortaya çıktığı kabul edilmektedir. Yoksullarda olduğu gibi, sosyoekonomik konumu düşük olanların, sosyal programların, haksız ekonomik düzenlemelerin ve toksik sosyal politikalar sonucunda,

daha fazla sağlık sorunlarına maruz kaldığı iddia edilmektedir. Hatta, bu kişilerin daha fazla olumsuz psikososyal durumlara, yanlış davranış ve alışkanlıklara sahip olduğu genellemesi bile yapılır (**CSDH, 2007a, 2007b; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010; Saunders ve ark., 2017**).

Halk sağlığı ve sosyal epidemiyolojide sağlıktaki eşitsizlikler "sosyal sınıf", "sosyo ekonomik konum", "sosyo ekonomik tabaka" ve "sosyo ekonomik statü" olmak üzere dört farklı biçimde ele alınmaktadır. Bunların içinde sosyal sınıf, içinde yaşadığımız kapitalist üretim biçiminde gizlenen nesnellığın ortaya çıkarılmasını sağlayan en önemli araçtır. Ne var ki hâkim literatüre göre, sınıf, "ideolojik olduğu, bilimsel olmadığı ve tek bir değişken olarak kullanılmayacağı" vb. gerekçeleriyle yaygın olarak kullanılmamaktadır. Onun yerine, Weberyan bir yaklaşım olan "sosyo ekonomik konum", "sosyo ekonomik tabaka" ve "sosyo ekonomik statü" gibi daha az ihtilafli ve sosyal düzende daha az riskli kabul edilen yaklaşımlar kullanılmaktadır. Ancak, DSÖ SSBK'nin SSB yaklaşımında yaptığı gibi, kapitalist üretim tarzının temel unsuru olan sınıfın dışarıda bırakılıp, diğerlerinin tercih edilmesi, eşitsizlikleri ve asıl nedeni görünmez kılmakta, sömürünün doğasını gizlemekte ve üretim sürecindeki örneğin, çalışma koşulları gibi toplumsal ilişkileri gölgelemektedir. Yanı sıra, hakkaniyetsizliklerde olduğu gibi, maddi kaynaklara nasıl farklı düzeylerde ulaşıldığını gösteren sosyal mekanizmaları ortaya koymada da oldukça yetersizdir. Üstelik, sosyo ekonomik statünün sınıftan daha büyük bir etkileyen ya da açıklayıcı bir değişken olduğunu gösteren yeterli düzeyde bilimsel kanıt da bulunmamaktadır. Ayrıca, sınıf sadece bireysel düzeydeki eşitsizlikleri değil, aynı zamanda ülke içindeki ve ülkeler arasındaki eşitsizliklerle, onun altında yatan mülkiyet ve sömürü ilişkilerini açığa çıkarmakta, kişilerin ait olduğu sosyal sınıfta niçin yer aldığı sorusuna da yanıt vermektedir (**Navarro, 2009; Oliver ve Muntaner, 2005; Krieger ve ark., 1997; Rapheal, 2006b**). Aslında DSÖ SSBK, sağlıktaki eşitsizliklerin temel nedenini kapitalist üretim ilişkileri olarak görmediğinden, "sınıf" yerine "sosyo ekonomik konumu" ele alması da beklenen bir durumdur.

#### **VI. DSÖ ve SSBK'nin iddia ettiği gibi, SSB yaklaşımı ve uygulamaları sağlıktaki eşitsizliklerle ve hakkaniyetsizliklerle mücadelede yeterli bir araç olabilir mi?**

DSÖ SSBK, tüm raporlarında genellikle sağlıktaki hakkaniyetsizliklerle, nadiren eşitsizliklerle mücadele etmeyi ya da baş etmeyi temel hedefi olarak benimsemiş



görünse de özünde onları azaltmayı amaçlamıştır. İlk raporu (2005), eşitsizliklerle mücadele etme, baş etme ya da onları azaltılmaya yöneliktir. Ne varki daha sonraki raporları, yalnızca "hakkaniyetsizlikleri azaltma" odaklıdır (WHO, 2005; CSDH, 2007a, 2007b; Irwin ve Scali, 2007; Donkin ve ark., 2017; Bahadori ve ark. 2015). Amaç, sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmak olunca, temel çözüm de güç ve prestij ile sağlık, eğitim, gelir vb. kaynaklara "erişim" olmuştur. Aslında, DSÖ SSBK'nin çözüm önerilerinde, BKH'yi referans alması, kapitalizmin neoliberal ekonomi politikalarını temel neden olarak görmemesi, piyasa, ticaret, sermaye ilişkilerine ve onun temsilci örgütlerine önemli işlevler yüklemesi, çözümsüzlüğün nasıl yeniden üretildiğinin en önemli kanıtlarıdır (Nayar ve Kapoor, 2009; Sheiham, 2009; Saunders ve ark., 2017).





DSÖ ilk raporunda, sağlıktaki eşitsizliklerle baş edebilmek için her belirleyici için farklı eylemlerin planlanması gerektiğinin altını çizmiş ve eşitsizlikleri azaltmaya yönelik politikaların etkili olabileceği dört alan belirlemiştir. Bunlar; a) farklı sosyo ekonomik konumda olanların iktidar, prestij, gelir ve refah eşitsizliğini en aza indirerek, sosyal tabakalaşmayı azaltmak b) dezavantajlı kişilerin sağlığına zarar verici faktörlere maruz kalma riskini azaltmak c) sağlığı bozucu koşullarla karşı karşıya olanların savunma gücünü artırmak d) sağlığı bozulmuş dezavantajlı kişilerin, sosyo ekonomik durumunun bozulmasını önlemek ve kötü sağlığın eşit olmayan sonuçlarını azaltmak için sağlık hizmetleri sunmaktır. Rapor, bu politikaları belirtmesine karşın, yine de bunların sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmaya yetmeyeceğini, bu eksikliğin son raporda tamamlanacağını belirtmiştir. Bu nedenle, daha sonraki raporlarda da hakkaniyetsizlikleri azaltmak için bu dört alan üzerinden müdahalelerin ve eylemlerin kapsamı genişletilerek ilerlenmiştir (WHO, 2005; CSDH, 2007a; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010). Görüldüğü gibi, ilk raporda DSÖ temel olarak sosyal tabakalaşmayı ya da ağırlıklı olarak eğitim, meslek, gelir gibi bileşenlerden oluşan sosyo ekonomik konumdan kaynaklı eşitsizlikleri azaltma hedefindedir. Oysa eşitsizliklerle asıl mücadele, bölüşüm ilişkilerine değil, üretim ilişkilerine müdahaleyle mümkündür. Buna karşın DSÖ, eşitsizlikleri azaltma amacıyla olduğunu belirtmesine karşın, kapitalist üretim ilişkileri yerine, onun bir sonucu olan dağıtım ya da paylaşım mekanizmalarına odaklanmıştır.

İlk raporda sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmaya yönelik herhangi bir strateji ya da eylem planı bulunmadığından, daha sonraki tüm raporlarda yanıtı aranan

üç sorudan birisi, küresel, ulusal ve yerel ölçekte sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmak için nereye ve nasıl müdahale edilmesi gerektiği olmuştur (CSDH, 2007a, 2007b; WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010). Bundan hareketle, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerle baş etme stratejileri; küresel/çevresel, makro (ülke), mezo (toplum, bölge) ve mikro (bireysel) olmak üzere, dört düzeyde ayrı ayrı tanımlanmıştır. Bir başka ifadeyle, bu stratejiler ve öneriler daha önceden de belirtildiği gibi, DSÖ SSBK'nin SSB kavramsal çerçevesinde ele aldığı yapısal ve ara belirleyicilerdir. İlk ve son rapor dışındaki üç raporda (CSDH, 2007a, 2007b; Solar ve Irwin, 2010), dört düzeyde tanımlanan politik eylem noktası ise ilk rapordakine oldukça benzerdir. Farklılık, bu üç rapordaki dört politik eylem noktasının, evrensel ve seçimli olmak üzere, çeşitli stratejilerle ayrıtılarak ayrıtılmasıdır. Tablo 2'de de görüldüğü gibi, kötü sosyo ekonomik konumu azaltmaya yönelik ilk politik eylem noktasının evrensel düzeydeki stratejilerinden bazıları; kamu hizmetlerini finanse etmek, vergiler yoluyla gelir eşitsizliğini azaltmak için aktif politikalar, sağlık, eğitim, kamusal ulaşımın parasız olması, yeterli ücretli olan güvenceli iş gibi emek piyasası politikalarıdır. Seçimli stratejilerinden bazıları; dezavantajlı kişiler için sosyal güvenlik, ek beslenme, sağlık çalışanları tarafından yapılan düzenli izlem gibi çocuk gelişim programlarıdır. İkinci politik eylem noktasının evrensel stratejilerinden bazıları; sağlıklı ve güvenli yaşam ve çalışma alanları, seçimli stratejileri ise dezavantajlı kişilere yönelik konut politikalarıdır. Üçüncü politik eylem noktasının seçimli stratejileri; okurken çalışan öğrencilerin desteklenmesi, okul yemeklerinin parasız olması, nakdi yardımların yapılmasına yönelik aktif politikalar (Tablo 2) (CSDH, 2007a). DSÖ SSBK'nin önerdiği evrensel ya da seçimli stratejiler, sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmada önemlidir. Ne var ki bu stratejiler, DSÖ ve SSBK'nin yok saydığı kapitalist üretim ilişkileriyle belirlenen sonuçlardır.

DSÖ SSBK'nin son kabul ettiği raporda, yine sağlıktaki hakkaniyetsizliklerin artık bu şekilde sürdürülemeyeceği, o nedenle sosyal ve ekonomik politikalarla ilgili düzenlemelerin adil paylaşımı gerçekleştirecek şekilde olması gerektiği tekrar edilmiştir. Ayrıca, bu defa sağlıktaki hakkaniyetsizliklerle ilgili bilgisi bulunmayan ya da mevcut bilgilere ulaşamayan düşük ve orta gelir düzeydeki ülkelerin önceleneceği ifade edilmiştir (WHO ve CSDH, 2008). Sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmak için önerilen üç temel eylem;

**Tablo 2. DSÖ SSBK'nin sağıktaki hakkaniyetsizliklerle mücadelede önerdiği politik eylem ve stratejiler**

Politik eylem noktaları	Stratejiler		
	Evrensel	Seçimli	
<b>1. eylem noktası:</b> Sağıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmak için kişilerin yer aldığı kötü sosyoekonomik konumu (tabakalaşma) azaltmak ya da ondan kaynaklı etkileri hafifletmeye yönelik politikalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Kamu hizmetlerini finanse etmek ve vergiler yoluyla gelir eşitsizliğini azaltmak için aktif politikalar</li> <li>* Sağlık, eğitim, ulaşım gibi hizmetlerin kamusal ve parasız olması</li> <li>* Yeterli ücret, güvenceli iş, emek yoğun büyüme stratejileri gibi emek piyasası politikaları</li> <li>* Bakım ve diğer sosyal hizmetler için kaynak tahsisi ya da yeniden dağıtım mekanizmaları ve politikaları</li> <li>* Kadınlara erkeklerle eşit fırsatların tanınması</li> <li>* Özyönetim gibi toplumsal hareketlerin güçlendirilmesi, geliştirilmesi ve teşvik edilmesi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dezavantajlı kişiler için sosyal güvenlik</li> <li>* Erken yaşam döneminden, okul başlayıncaya kadar ek beslenme, sağık çalışanları tarafından düzenli izlemin yapılması gibi çocuk refahı ve gelişim programları</li> </ul>	
<b>2. eylem noktası:</b> Dezavantajlı kişilerin sağığına zarar veren faktörlere maruz kalmasını azaltmaya yönelik politikalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Su, sanitasyon açısından fiziksel ve sosyal çevrenin sağıklı ve güvenli olması</li> <li>* Yaşam alanları açısından fiziksel ve sosyal çevrenin sağıklı ve güvenli olması</li> <li>* Çalışma alanları açısından fiziksel ve sosyal çevrenin sağıklı ve güvenli olması</li> <li>* Sağığı geliştirme ve sağıklı yaşam biçimi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dezavantajlı kişiler için ısınma politikaları</li> <li>* Dezavantajlı kişiler için konut politikaları</li> </ul>	
<b>3. eylem noktası:</b> Dezavantajlı kişilerin sağığının zarar görmemesi için savunmasızlıklarını azaltmaya yönelik politikalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* İşsizler için sosyal güvenlik</li> <li>* Annelerin işe ve eğitime ulaşmasının sağlanması</li> <li>* Kapasite yönünden yetersiz kişilerin ya da yaşlıların sosyal güvencesinin sağlanması</li> <li>* Toplumda sosyal ağı geliştirme politikaları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Okurken çalışan öğrencilerin ekstra desteklenmesi</li> <li>* Okul yemeklerinin parasız olması</li> <li>* Nakdi yardımların yapılmasına yönelik aktif politikalar</li> </ul>	
<b>4. eylem noktası:</b> Sosyal ve ekonomik yönden sağığı kötü ve eşit olmayanların olumsuz sağık sonuçlarını azaltmaya yönelik politikalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Çok ciddi hastalıklar ortaya çıktığında, bu kişilerin korunması amacıyla adil bir sağık finansmanın sağlanması</li> <li>* Kronik hastalığı olan işçilerinin sağığının sürdürülmesi</li> <li>* Hasta ve yaralıların sosyal olarak korunması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Dezavantajlı hastaların desteklenmesi ve ek sağık hizmetlerinin sunulması</li> <li>* Dezavantajlı kişilere ek rehabilitasyon kaynaklarının sağlanması</li> </ul>	
			
küresel/çevresel	makro (kamu politikaları)	mezo (toplum)	mikro (bireysel)

Kaynak: CSDH 2007a; Solar ve Irwin, 2010, WHO ve CSDH, 2008)

1. Kişilerin doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı, yaşlandığı günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesi, 2. Günlük yaşam koşullarını belirleyen sosya ekonomik politikalar sonucunda ortaya çıkan güç, para ve kaynakların hakkaniyetsiz dağılımıyla mücadele edilmesi, 3. SSB ile ilgili sorunların anlaşılması, eylemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, izlenmesi, kanıtların oluşturulması, araştırmalar yapılarak bilgi tabanının geliştirilmesi, buradan çıkan sonuçlardan yararlanılarak toplumun bilinçlendirilmesidir (Kutu 2). Aslında özellikle ikinci ve üçüncü eylem önerileri, birincisinin dışındaki diğer tüm raporlarda yer almıştır. Üç temel eylemi başarmak için kullanılacak üç temel araç ise; 1. Yapısal ve ara belirleyicilere yönelik stratejiler, 2. Sektörlerarası eylem, 3. Toplum katılımı ve toplumu güçlendirmektir. Bunlar için, küreselleşme, sağık sistemleri, kent, istihdam koşulları, erken çocukluk dönemi gelişimi, sosyal dışlanma, kadın ve toplumsal cinsiyet eşitliği, ölçme ve kanıt,

öncelikli halk sağığı koşulları olmak üzere, dokuz tematik ağ belirlemiştir. Bu ağlar hâlen çalışmalarına devam etmektedir (WHO ve CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010; CSDH, 2007b; Starfield, 2006).

DSÖ SSBK, hakkaniyetsizlikleri azaltmaya yönelik stratejilerinde, politik eylem noktalarında, önerilerinde, kısacası mücadelesinde "bu hedeflere nasıl ve ne kadar sürede ulaşılır?" sorularına yanıt vermemiştir (Tablo 2, Kutu 2). Sektörlerarası eylem, üç müdahale aracından birisi olarak kabul edildiği halde, öneriler anne ve çocuk sağığında olduğu gibi, büyük oranda eğitim ve sağık alanına sıkışmıştır. Bilimsel kanıtlar, anne ve çocuk sağığındaki eşitsizliklerle mücadelede, sadece sağık hizmetinin yeterli olamayacağını, diğer sektörlerin varlığının zaruri olduğunu açık olarak ortaya koymasına rağmen, DSÖ SSBK'nin hâlen böyle bir yaklaşımı söz konusu değildir (Rasanathan, 2018). Toplumsal cinsiyet,

**Kutu 2. DSÖ SSBK'nin sağlıktaki hakkaniyetsizlikleri azaltmada önerdiği üç temel eylem****Eylem: Kişilerin doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı ve yaşlandığı günlük yaşam koşullarının iyileştirilmesine yönelik öneriler;**

1. Daha adil bir yaşantıya adım atabilmek için mevcut programların kapsamının erken yaşam dönemde sosyal, duygusal, dil, bilişsel ve gelişimsel özelliklere yönelik müdahalelerle başlaması ve müdahalelerin kapsamının sürekli genişletilmesi
2. İlk ve ortaöğretimin herkesi kapsayıcı, nitelikli ve zorunlu olması. Bu konuda kız çocuklarına yönelik tüm engellerin kaldırılması
3. Sağlıklı olmayı ve sağlıkta hakkaniyeti merkeze alan kentsel yönetim ve planlamaların yapılması
4. Her ülkede yerel yönetimden başlayarak, sivil toplum, topluluk ve yerel yönetim ortaklığıyla katılımcı yönetim mekanizmalarının kurulması. Bu yönetim mekanizmalarının hükümet tarafından desteklenmesi
5. Sivil toplumun, ulusal ve yerel yönetimin; uygun fiyatlı, nitelikli konutları temin etmesi, kentsel gecekonduların mahallelerinde herkes için öncelikli olarak su ve sanitasyonun sağlaması, elektrik ve yollar gibi yaşam alanlarını iyileştirmesi
6. Yerel yönetim ve sivil toplum işbirliğiyle aktif taşımacılığa yatırım yapılması, herkesin fiziksel aktivitelerini yapabileceği ortamın oluşturulması, gıda erişiminde sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi, yasal kontrollerle şiddet ve suçların azaltılması
7. Kırsal kalkınmaya sürekli yatırım yapılarak, kırsal yoksulluğun azaltılması ve insanların evlerinden ve yerinden edilmesine yol açan dışlayıcı politika ve süreçlere mücadele edilmesi. Örneğin, kırsal arazi kullanım hakkı, tarımsal gelişmeyi destekleyen uluslararası ticari düzenlemeler, kırdan kente göçün azaltılması vb.
8. Hükümetler ve uluslararası kurumlar tarafından iklim değişikliği ve diğer çevre sorunlarına yönelik ekonomik ve sosyal politikaların oluşturulması
9. Tam ve adil istihdam için politikaların oluşturulması, mevzuat geliştirilmesi ve bunların kalkınma stratejilerinin bir parçası haline getirilmesi. Yanı sıra, yüksek gelirli ülkelerde daha kısa çalışma saatlerinin teşvik edilmesi, DTÖ anlaşmalarıyla halkın sağlığına yönelik daha güçlü koruma hükümlerinin getirilmesi
10. Herkes için güvenceli ve ücreti yeterli iş olanaklarının yaratılması, sağlıklı iş ve yaşam dengesinin kurulması
11. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi için tüm işçilere işçi sağlığı ve güvenliği politikası ve programların uygulanması
12. Herkese yaşam boyu sağlıklı bir yaşam için yeterli gelir seviyesini destekleyen kapsamlı sosyal koruma politikalarının oluşturulması
13. Kişilerin ödeme gücüne bakılmaksızın herkesi kapsayan, nitelikli, toplum katılımlı, birinci basamak sağlık hizmetleri odaklı, kamu finansmanı öncülüğünde, vergi ve sigorta sistemine dayalı hastalığın önlenmesi, sağlığın geliştirilmesi ve hakkaniyet prensiplerine dayalı sağlık sistemlerinin kurulması
14. Sağlık çalışanlarının kır/kent istihdamının adil dağılımı ve sağlık çalışanlarının eğitimine yatırım yapılmasıdır.

**2. Eylem: Günlük yaşam koşullarını belirleyen ve sosya ekonomik politikalar sonucunda ortaya çıkan güç, para ve kaynakların hakkaniyetsiz dağılımıyla mücadele edilmesine yönelik öneriler;**

1. Hükümetlerin, ilgili bakanlıkların özellikle sağlık bakanlıklarının SSB yaklaşımını desteklemesi
2. Yeni ulusal ve küresel kamu maliyesi mekanizmalarının geliştirilmesi
3. Kamu maliyesinin güçlendirilmesi
4. Çok Taraflı Borç Yardım Girişiminin genişletilmesi
5. Devletin kaynaklarını hakkaniyetli dağıtması
6. Devletin sağlık için gerekli temel hizmetler (su, besin, sanitasyon vb.) konusunda rolünün güçlendirilmesi
7. Hükümetlerin toplumsal cinsiyet eşitliğini teşvik etmesi ve bununla ilgili yasalar oluşturması
8. Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitliği birimlerinin kurulması
9. Toplum cinsiyet eşitsizliğiyle ilgili önyargılarla mücadele edilmesi
10. Kadınların ekonomik katılımını destekleyen politikalar ve programlar geliştirilmesi ve onların finanse edilmesi
11. Kız çocuklarının ve kadınların yeteneklerini geliştirici politikalar oluşturulması

**Kutu 2 devamı . DSÖ SSBK'nin sağıltaki hakkaniyetsizlikleri azaltmada önerdiği üç temel eylem**

12. Hükümetlerin ve işverenlerin her düzeyde kadınlara istihdamda fırsat eşitliği sağlanması ve aile dostu politikalar tesis edilerek, kadınların ekonomik rollerinin desteklenmesi
13. Hükümetlerin, işverenlerin ve sivil toplumun örgün eğitime, mesleki eğitime ve öğretime yatırım yapması
14. Hükümetlerin herkesin siyasi ve yasal sistemlere eşit katılımı sağlanması, bunun için mekanizmalar oluşturması
15. Sağıltaki hakkaniyetin sağlanmasında herkesin (özellikle marjinalleşmiş kişi ve gruplar) adil temsil edilmesi yolunun güçlendirilmesi, politikaların oluşturulması ve bu konuda sivil toplumun etkin kılınması
16. İyi bir küresel yönetim için 2010 yılına kadar, sağıltaki hakkaniyetin temel bir küresel kalkınma hedefi olarak benimsenmesi
17. 2010 yılına kadar, SSB konusunda DSÖ liderliğinin güçlendirilmesi
18. SSB'nin DSÖ ve ülke programlarında kurumsallaştırılmasıdır.

**3. Eylem: SSB ile ilgili sorunların anlaşılması, eylemlerin etkinliğinin değerlendirilmesi, izlenmesi, kanıtların oluşturulması, araştırmalar yapılarak bilgi tabanının geliştirilmesi, buradan çıkan sonuçlardan yararlanılarak, toplumun bilinçlendirilmesine yönelik öneriler**

1. Hükümetlerin tüm çocukların doğumlarını kayıt altına alması
2. Yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde sağıltaki hakkaniyete ve SSB'ye yönelik rutin veri toplanması, DSÖ'nün ise küresel yönetimle bunu yönetmesi
3. Sağıltaki hakkaniyet ve SSB ile ilgili ulusal düzeyde sörveyans sisteminin kurulması
4. Sağıltaki hakkaniyetin azaltılmasıyla ilgili yeni kanıtların üretilmesi, paylaşılması ve buna hükümetlerin bütçe ayırması
5. SSB konusunda siyasal aktörlere, paydaşlara ve uygulayıcılara eğitim yapılması ve halkın bilinçlendirilmesi
6. Sağılık çalışanlarının her düzeydeki eğitiminde SSB'nin zorunlu hale getirilmesi
7. Küresel, ulusal ve yerel düzeyde SSB yaklaşımı ve konularına yönelik eylemlerinde teknik olarak desteklenmesi
8. Hükümetlerin SSB'nin etkisini değerlendirmesi ve kapasitesini geliştirmesi
9. Sağıltaki hakkaniyetin sağlanmasında küresel ve ülkeler düzeyinde performans göstergelerinin belirlenmesi
10. Sağıltaki hakkaniyetsizliklerin azaltılmasına yönelik yürütülen eylem ve politikaların etkisinin değerlendirilmesidir.

ticaret ve sanayileşme, istihdam politikaları, çevre, tarım, gıda, yeterli ve dengeli beslenmeye yönelik önerilen çözümler ise yeterli değildir (CSDH, 2008; Solar ve Irwin, 2010; Saunders ve ark., 2017). Su, besin, sanitasyon gibi temel hizmetleri devletin temin etmesi değil, bu konuda devletin temel rolünün güçlendirilmesi gibi belirsiz çözüm önerileri getirilmiştir. DSÖ SSBK, sağıltaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin ortaya çıkmasında etkili olan faktörleri ne yazık ki çözüm gibi önermiştir. İş ve gündelik yaşamın dengelenmesiyle, çalışma koşullarının iyileştirilmesinde esnek çalışma saatlerinin önerilmesi buna verilebilecek örneklerden sadece birisidir. Diğer bir örnek, istihdam ve çalışma koşullarıyla ilgili temel standartların oluşturulmasında, ayrımcılığın, çocuk işçiliğinin azaltılmasında ya da ortadan kaldırılmasında işçi sağılığı ve güvenliği standartlarına uygun davranılmasında ulus ötesi şirketler, sermayeyi temsil eden uluslararası kurumlar/kuruluşlar görevli tayin edilmiş, sendikalar

ve demokratik kitle örgütleri neredeyse dışarıda tutulmuştur. Aslında önerilecek tersi çözümler, kapitalizm ve kurumlarına yabancıdır, onları yaşama geçirmeleri ise doğalarına aykırıdır.

DSÖ SSBK'nin çözüm önerileri arasında dikkat çekici ölçüde tutarsızlıklar ve büyük çelişkiler vardır. Örneğin, bir yandan, kişilerin ödeme gücüne bakılmaksızın herkesi kapsayan, nitelikli, toplum katılımlı, birinci basamak sağılık hizmetleri odaklı, vergi ve sigorta sistemine dayalı kamu finansmanlı sağılık sistemlerinin kurulması çözüm olarak görülmüştür. Hatta sağılık reformlarının piyasa ve ticaret mekanizmalarına dayalı olduğu, kullanıcı ücretlerini teşvik ettiği, maliyet-etkin tıbbi müdahaleleri ayrıcalıklı kılan bir paketi ortaya çıkardığı, özel sektör harcamalarını artırdığı, sağıltaki hakkaniyetsizliklere yol açtığı ve kapsamlı birinci basamak sağılık hizmetleri sistemlerinin gelişimini engellediği belirtilmiştir. Öte yandan, sağılık hizmetleriyle ilgili mal ve hizmetlerin

özel sektör aracılığıyla etkin ve hakkaniyetli bir şekilde sağlanabileceği iddia edilmiştir. Oysa, sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından verildiğinde, pahalı hizmete dönüştüğü ve parası olmayanları kapsam dışı bıraktığı herkes tarafından bilinen bilimsel bir gerçektir. Ayrıca, sağlıktaki hakkaniyetsizlikler için özel sektörün kamu yararına güçlü bir şekilde katkıda bulunması ve sosyal sorumluluk projelerine ağırlık vermesi önerilmektedir. Fakat, özel sektörün bu alana yaptığı katkı ve yatırımların kozmetiklerin çok gerisinde olduğu gösterilmiştir (**WHO ve CSDH, 2008**). Bir diğer örnek, küresel piyasaların ve küreselleşmenin su, sağlık, elektrik gibi kamu hizmetlerini metalaştırdığı, yağ, şeker ve tuz oranı yüksek işlenmiş gıdalarla, tütün ve alkol gibi sağlığa zararlı ürünlerin üretimi ve kullanımını artırdığı belirtilirken, piyasa ve küreselleşmeyle, yeni teknolojilerin, mal ve hizmetlerin yaşam standardını iyileştirdiği ya da iyileştireceği iddia edilmektedir.

Daha önceden de belirtildiği gibi, DSÖ SSBK, her çözüm önerisinde sağlıktaki hakkaniyetsizliklerle ve eşitsizliklerle mücadelede büyük oranda iş dünyasını, özel sektörü, sivil toplum kuruluşlarını, piyasayı, DB, IMF, DTÖ gibi uluslararası sermaye kurum ve kuruluşlarını görevli tayin etmiş, onları muazzam bir güç olarak tanımlamış ve sürekli güçlendirilmesi gerektiğinin altını çizmiştir. Hatta başarı şansının ve ülkelerin yoksulluktan çıkmasının yolunun, SSBK'nin özel sektörle kuracağı ilişkiye bağlı olduğunu bile ileri sürmüştür. Böyle olunca, DSÖ SSBK onları vazgeçilmez bir unsur olarak görmekte, onlarla "bir aile" olduğu izlenimini dâhi vermektedir. Son raporunda bu durumu şu şekilde özetlemiştir: "...özel sektör, halkın çıkarlarını baltalayacak şekilde davranırsa da kamu yararına güçlü bir biçimde katkıda bulunabilir. Piyasa ise sağlık, eğitim gibi kamu hizmetlerine erişimi engellese de yeni teknolojilerle yaşamı iyileştirebilir..." (**WHO ve CSDH, 2008**). Ayrıca, Toshiba Şirketi Yönetim Kurulu Başkanı'nın da dâhil olduğu Uluslararası Çalışma Örgütü'nün desteklediği "Küreselleşmenin Toplumsal Boyutu Komisyonu"ndan dersler çıkarılırsa, sağlıktaki hakkaniyetsizliklerle mücadelede önemli ölçüde yol alınabileceği iddia etmiştir. Böyle olunca, raporlarda sıklıkla küresel yönetime ve özel sektörün finansmanda hesap verebilir olmasına atıfta bulunulmuştur. Küresel düzeyden yerel düzeye kadar, "sivil toplum", toplumun tüm üyeleri için bir köprü, farklı topluluklar arasında farklı seslerin organize edilmesine ve desteklenmesine yardımcı bir yapı olarak görülmüştür (**WHO, 2005; WHO ve CSDH, 2008; CSDH, 2007b; Solar ve Irwin, 2010; Nayar ve Kapoor, 2009; Rasanathan, 2018**). Halbuki tüm

bu yapılar, faaliyetleri kapsamında aldıkları kararlarla ve uygulamalarla büyük oranda eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin derinleşmesinin kaynağıdır.

## VII. Sonuç

Bu çalışmada ulaşılan temel sonuçlar:

1. SSB, 14 yıldan beri DSÖ'nün küresel ölçekte egemen sağlık politikası ve uygulamasıdır.
2. DSÖ SSBK, SSB yaklaşımında tarihin bilgisi ve deneyimlerinden yararlanırken, taraflı davranıp, sadece kendisi açısından önemli ya da gerekli gördüğü bilgilere ve deneyimlere yer vermiştir.
3. Geliştirilen SSB tanımı ve kapsamındaki faktörler yeni ortaya konmuş değildir. Ve SSB kapsamındaki faktörler birbiriyle ilişkisiz ve bağımsızdır.
4. DSÖ SSBK tarafından sağlıktaki eşitsizliklerin ve hakkaniyetsizliklerin temel/kök nedeni olan egemen üretim tarzı görmezden gelinmiş, SBB'nin içeriği olarak gerçekte egemen üretim tarzının ortaya çıkardığı çok sayıda ara belirleyici ya da risk faktörleri temel neden olarak ifade edilmiştir. Oysa, SSB, sağlıklı olma halini ve sağlıktaki eşitsizlikleri belirleyen değil, etkileyen faktörlerden oluşur.
5. DSÖ SSBK, sağlıksızlıklarla mücadelede eşitsizlikler yerine, hakkaniyetsizliklere odaklanmıştır. Buna rağmen ana hedefi, hakkaniyetsizlikleri ortadan kaldırmak değil, yalnızca azaltmaktır.
6. Son olarak, DSÖ SSBK tarafından, sağlıkta hakkaniyetsizlikleri azaltmada DB, IMF, DTÖ gibi uluslararası düzeyde sermaye örgütlerine, iş dünyasına ve diğer piyasa dinamiklerine önemli görevler tanımlanmıştır.

## Kaynaklar

- Aksakoğlu, G.** (2002). Herkes İçin Sağlık'tan Hedef 21'e: Dünya Sağlık Örgütü değişiyor. *Toplum ve Hekim*, 17(2):91-100.
- Bahadori, M., Sanaeinasab, H., Ghanei, M., Tavana, A.M., Ravangard, R., Karamali, M.** (2015) The social determinants of health (SDH) in Iran: A systematic review article. *Iran Journal of Public Health*, 44(6):728-741.
- Banta, J.E.** (1987) Sir Williams Petty: Modern epidemiologist (1623-1687). *Journal of Community Health*, 12 (2-3):185-198.
- Baum, F., Harris, L.** (2006) Equity and the social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3):163-167.
- Braveman, P., Gruskin, S.** (2003) Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4): 254-258.
- Center for Diseases Control and Prevention-CDC.** (2014) *Social Determinants of Health*. Erişim Tarihi 22 Şubat 2019, <https://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/index.html>.
- Chapman, A.R.** (2013) The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, 15; 12(2): 17-30.

- Commission on Social Determinants of Health. CSDH.** (2007a). *A Conceptual Framework for Action On the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health Draft.* April 2007. Erişim Tarihi 16 Nisan 2018, [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf?ua=1).
- CSDH.** (2007b) *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes. Interim Statement.* Erişim Tarihi 16 Nisan 2018, [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/interimstatement/en/1-71](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/interimstatement/en/1-71).
- Dil Derneği-DD.** (2005) *Türkçe Sözlük.* 2. Baskı, Ankara. ISSN:975-7495-12-3 s. 232
- Dahlgren, G., Whitehead, M.** (2007) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background Document to WHO – Strategy paper for Europe,* Erişim Tarihi 22 Haziran 2018, <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>.
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V., Marmot, M.** (2017) *Global action on the social determinants of health.* *BMJ Global Health,* 3(1):1-7.
- Dummer, T.J.B.** (2018) *How should we act on the social determinants of health?. The Canadian Medical Association Journal,* October 22;190:E1241-2. doi: 10.1503/cmaj.181241.
- Embrett, M.G., Randall, G.E.** (2014) *Social determinants of health and health equity policy research: Exploring the use, misuse, and nonuse of policy analysis theory.* *Social Science & Medicine,* 108(4):147-155.
- Graham, H.** (2004) *Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings.* *The Milbank Quarterly,* 82(1):101-124.
- Hamzaoğlu, O.** (2014) *Eşitlik hakkaniyet hak.* [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/) Toplum ve Hekim, 29(1):24-31.
- [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/) Erişim tarihi: 16 Ocak 2018.
- Irwin, A., Scali, E.** (2007) *Action on the social determinants of health: A historical perspective.* *Global Public Health,* 2(3): 235-256.
- Kelly, M.P., Bonnefoy, J., Morgan, A., Florenzano, F.** (2006) *The Development of the Evidence Base About the Social Determinants of Health.* Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, Measurement and Evidence Knowledge Network; May, 2006. Erişim Tarihi 05 Nisan 2018, [https://www.who.int/social\\_determinants/resources/mekn\\_paper.pdf](https://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_paper.pdf)
- Krieger, N., Williams, D.R., Moss, N.E.** (1997). *Measuring social class in US public health research: Concepts, methodologies, and guidelines.* *Annals Review Public Health,* 18:341-378.
- Lucyk, K., McLaren, L.** (2017) *Taking stock of the social determinants of health: A scoping review.* *PLoS One,* 11;12(5):e0177306.
- Mackenbach, J.P., van de Mheen, H., Stronks, K.** (1994) *A prospective cohort study investigating the explanation of socioeconomic inequalities in health in The Netherlands.* *Social Science & Medicine,* 38(2): 299-308.
- Marmot, M.** (2005) *Social determinants of health inequalities.* *Lancet,* Mar 19-25;365(9464):1099-104.
- Navarro, V.** (1977) *Social class, political power and the state and their implications in medicine.* *International Journal of Health Services,* 7(2):255-291.
- Navarro, V.** (2009) *What we mean by social determinants of health.* *International Journal of Health Services,* 39(3):423-441.
- Nayar, K.R., Kapoor, S.S.** (2009) *Commission on Social Determinants in Health: A piece meal move? The Indian Journal of Medical Research,* 129(2):117-119.
- Oliver, M.N., Muntaner, C.** (2005) *Researching health inequalities among African Americans: The imperative to understand social class.* *International Journal of Health Services,* 35(3):485-498.
- Özkan, Ö.** (2002) *Reel sosyalizmin ilk sağlık bakanı: Dr. Nikolai Alexandrovich Semashko (1874-1949).* *Toplum ve Hekim,* 17(5):394-398.
- Raphael, D.** (2006a) *The social determinants of health: What are the three key roles for health promotion? Health Promotion Journal of Australia,* 17(3): 167-169.
- Raphael, D.** (2006b) *Social determinants of health: Present status, unanswered questions and future directions.* *International Journal of Health Services,* 36(4):651-677.
- Rasanathan, K.** (2018) *10 years after the Commission on Social Determinants of Health: Social injustice is still killing on a grand scale.* *Lancet,* Oct 6;392(10154):1176-1177.
- Saunders, M., Barr, M.C., McHale, P.C., Hamelmann, C.** (2017) *HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT. Key Policies for Addressing the Social Determinants of Health and Health Inequities.* Health Evidence Network, WHO, Erişim Tarihi 11 Eylül 2018, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/382971/hen-60-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/382971/hen-60-eng.pdf?ua=1).
- Sheiham, A.** (2009) *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. A Report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) 2008.* *Community Dental Health,* 26: 2-3.
- Shokouh, S.M.H., Arab, M., Emamgholipour, S., Rashidian, A., Montazeri, A., Zaboli, R.** (2017) *Conceptual models of social determinants of health: A narrative review.* *Iranian Journal of Public Health,* 46(4):435-446.
- Solar, O., Irwin, A.** (2006) *Social determinants, political contexts and civil society action: A historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health.* *Health Promotion Journal of Australia,* 17 (3):180-184.
- Solar, O., Irwin, A.** (2010) *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).* WHO: Geneva. Erişim Tarihi 23 Haziran 2018, [https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf).
- Spiegel, J.M., Breilh, J., Yassi, A.** (2015) *Why language matters: Insights and challenges in applying a social determination of health approach in a North-South collaborative research program.* *Global Health,* 11(1):1-17 doi: 10.1186/s12992-015-0091-2.
- Starfield, B.** (2006) *Are social determinants of health the same as societal determinants of health? Health Promotion Journal of Australia,* 17(3): 170.
- US Department of Health & Human Services-USDHHS.** (2019) *Secretary's Advisory Committee on Health Promotion and Disease Prevention Objectives for 2020. Healthy People 2020: An Opportunity to Address the Societal Determinants of Health in the United States,* Erişim Tarihi 14 Eylül 2018, <http://www.healthypeople.gov/2010/hp2020/advisory/SocietalDeterminantsHealth.htm>.
- Williams, D.R.** (1990). *Socioeconomic differentials in health: A review and redirection.* *Social Psychology Quarterly,* 53(2): 81-99.
- World Health Organization -WHO.** (1998) *Social Determinants of Health The Solid Facts.* Edit by Wilkinson RG, Marmot, M. WHO pub. Second ed. Erişim Tarihi 22 Eylül 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108082/e59555.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- WHO.** (2003) *Social Determinants of Health The Solid Facts.* Edit by Wilkinson RG Marmot, M. WHO pub. Second ed. Erişim Tarihi 22 Eylül 2018, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf).
- WHO.** (2005) *Action on the Social Determinants of Health: Learning From Previous Experiences. A Background Paper Prepared for the Commission on Social Determinants of Health.* WHO, March. Erişim Tarihi 28 Mart 2017, [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/action\\_sd.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1).
- WHO, CSDH.** (2008) *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health.* WHO: Geneva, Erişim Tarihi 14 Ağustos 2017, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703\\_eng.pdf?sessionid=56B95204841F9A73C6930D021C09C27F?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sessionid=56B95204841F9A73C6930D021C09C27F?sequence=1).