

## ALMA-ATA BİLDİRGESİ ÜLKELERİN SAĞLIK SİSTEMLERİNİ ETKİLEYEBİLDİ Mİ?

Zeliha ÖCEK\*

**Öz:** Bu yazıda, 1978 yılında Alma-Ata'da gerçekleşen Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı'nın ülkelerin sağlık sistemleri üzerindeki olası etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Dünyanın farklı bölgelerinde 1900'ü yılların başından bu yana verilen hak mücadeleleri kapsamında eşitlikçi ve kapsamlı sağlık hizmeti anlayışı doğmuş ve bu anlayış çerçevesinde elde edilen birikim Alma-Ata Bildirgesi'nin öncüsü olmuştur. Bildirgenin ülkelerin sağlık sistemleri üzerinde bir etki yaratmasına zaman kalmadan birkaç yıl içinde kapsamlı TSH'nin anti-tezi olarak görülebilecek Seçici Sağlık Hizmeti yaklaşımı ve küresel girişimler geliştirilmiş, ilerleyen süreçte Dünya Bankası(DB) eliyle neoliberal sağlık reformları yürütülmüştür. Bu makalede, Alma-Ata Bildirgesi'nin ardından sağlık sistemlerinin nasıl bir değişim gösterdiği Hindistan ve Sri Lanka başta olmak üzere iki Asya ülkesi, Sahraaltı Afrika ve Latin Amerika ülkeleri ile Kanada örnekleri aracılığıyla değerlendirilmiştir. Bildirgenin sadece belli yıllarla, topluluklarla ya da bölgelerle sınırlı kalan etkilerinin olduğu, kapitalist üretim biçimlerine ve neoliberal sağlık politikalarına tamamen karşı çıkılmayan bir ortamda herhangi bir bildirgenin eşitlikçi, demokratik, toplum katılımlı, kapsayıcı ve bütüncül bir sağlık sisteminin sürdürülebilmesini sağlayan bir etki göstermesinin mümkün olamayacağı sonucuna varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** temel sağlık hizmetleri, sağlık sistemleri, Alma-Ata Bildirgesi, Dünya Sağlık Örgütü

### *Could the Alma-Ata Declaration Affect the Health Systems of the Countries?*

**Abstract:** This article aimed to evaluate the possible effects of the International Conference on Primary Health Care (PHC) held in Alma-Ata in 1978 on the health systems of countries. Since the beginning of the 1900s, an understanding of egalitarian and comprehensive health care has emerged in different parts of the world within the scope of rights movements, and the accumulation gained within the framework of this understanding has been the pioneer of the Alma-Ata Declaration. The Selective Health Service approach and global initiatives, which could be seen as the antithesis of comprehensive PHC, have been developed within a few years without time for the declaration to have an impact on countries' health systems. In the following period neoliberal health reforms were carried out by the World Bank. The change in health systems following the Alma-Ata Declaration was evaluated through examples from two Asian countries, India and Sri Lanka, Sub-Saharan Africa countries, Latin American countries, and Canada. The conclusion was reached that the impact of the Alma-Ata Declaration on health care systems is limited only to certain year periods, communities or regions and in an environment where there is no objection to capitalist modes of production and neoliberal health policies. Therefore, it is not possible for any manifesto to have an effect that maintains an egalitarian, democratic, community-inclusive, inclusive and holistic health system.

**Key words:** primary health care, health care systems, Alma-Ata Declaration, World Health Organisation

### Giriş

Bu yazı, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1978 yılında Alma-Ata'da gerçekleştirdiği Uluslararası Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) Konferansı'nın ve konferans sonucunda yayınlanan bildirgenin ülkelerin sağlık sistemlerini ne düzeyde etkilediği sorusuna yanıt bulmayı amaçlanmaktadır. Bunun için öncelikle DSÖ'yü Alma-Ata Konferansı'na götüren süreç tanımlanacak, bildirgenin bir başlangıç mı yoksa sonuç olarak mı değerlendirilmesi gerektiği tartışılacaktır. Ardından, Alma-Ata Konferansı'nı izleyen dönemde DSÖ'nün politikasında gerçekleşen değişimin, seçici sağlık hizmeti yaklaşımının ve bu yaklaşımın evrimleşmiş hâli olan sağlık reformlarının genel

hatları değerlendirilerek, neoliberal politikaların egemen olduğu bir ortamda kapsamlı TSH yaklaşımının varlığını devam ettirme şansının sınırları görülmeye çalışılacaktır. Bu sınırları örnekler aracılığı ile netleştirebilmek için farklı coğrafyalarda yer alan, sağlık sistemlerinin tarihi ve geldikleri nokta bakımından farklılık gösteren ülkeler gözden geçirilecektir.

### **Alma-Ata Bildirgesi ülkelerin sağlık sistemleri açısından yeni bir dönemin başlangıcı mıydı?**

Kapsayıcı TSH kavramı ve Alma-Ata Bildirgesi ile tanımlanan ilkeler, dünyanın pek çok yerinde uzun

\*Prof. Dr. Öğretim Üyesi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.  
(ORCID No: 0000-0002-5806-7035)

Geliş Tarihi / Received : 07.10.2019  
Kabul Tarihi / Accepted : 04.01.2020

yıllar boyunca elde edilmiş olan birikimin ürünüdür. Bu birikimin tarihi, yıllık hâlinin bireyler, aileler, topluluklar, topraklar ve evren arasındaki dengeye bağlı olduğunu kabul eden geleneksel sağlık yaklaşımı ile başlar, sömürgecilikle ve yerli halklar açısından beraberinde getirdiği felaketlerle en trajik dönemini yaşar, sömürgeciliğe ve kapitalizme karşı yürütülen mücadele ile yeniden hayat bulur, sağlıklı Batı'nın biyomedikal paradigmasından farklı bir şekilde ele alan toplumcu deneyimlerle zenginleşerek devam eder (Banerji, 2012; Sanders ve Reynolds, 2019; Bhatia ve Rifkin, 2013).

### **Sömürgecilik yıllarında sağlık**

Amerika, Afrika, Asya ve dünyanın sömürgecilikten nasibini almış diğer tüm bölgelerinde yaşayan yerli halklar toprakları Avrupalı sömürgeciler tarafından işgal edilmeden yıllar önce kendi geleneksel sağlık uygulamalarını geliştirmişti. Bugün Batı'nın merakla keşfetmeye çalıştığı Ayurveda, Unani gibi sağaltım sistemleri kurulmuştu ve aynı coğrafyalar üzerinde pek çok farklı yerel sağlık sistemi varlıklarını bir arada ve ekosistemler ile uyum içinde sürdürüyordu (Banerji, 2012; Sanders ve Reynolds, 2019; Roberts ve ark., 2018). Sömürgecilerin yaptığı soykırıma ve çevre yıkımına, yerli halkı topraklarından, geçim kaynaklarından ve toplumlarından uzaklaştıran politikaların eklenmesi bu sağaltım sistemlerini yok olma noktasına getirmiştir. Örneğin Kanada devleti yerli halkın sosyal paylaşım ve dayanışma sağlayan törenlerini yasaklamış; geleneklerini ve sağlık uygulamalarını zayıflatan ve kültürel baskı aracı işlevi gören okullar ve benzeri kurumlar kurmuştur (Roberts ve ark., 2018). Kendi iyileştirme yöntemlerinden mahrum kalan yerli halkların karşılaştığı bir diğer felaket Avrupa'dan gelen bulaşıcı hastalıklar olmuştur. Sonuç olarak Avrupalıların girdiği her yerde hastalıklar ve ölüm yerli halkların peşini bırakmamıştır (Sanders ve Reynolds, 2019).

Sömürgeciler de ele geçirdikleri toprakların özellikle de tropik bölgelerin "ilkel" insanların yaşadığı ve ekzotik hastalıkların kol gezdiği tehlikeli yer olduğunu kısa süre içinde fark etmiştir. Buradaki hastalıkların büyük bölümüne enfeksiyon ajanlarının ve parazitlerin neden olduğunun anlaşılmasının ardından öncelikle beyaz adamı korumak, ikincil olarak da salgınların işçiler arasındaki yayılımını sınırlamak amacıyla Batı'nın hastalık kontrol önlemleri ve hastane temelli sağlık hizmeti transfer edilmiştir. Hizmetlerden ilk yararlananlar sömürgeci yöneticiler ve askerler, ardından yerel seçkinler ve kapitalistler, en son olarak da sağlıkları sömürgecilerin çıkarları açısından önem taşıyan yerliler olmuştur.

Avrupalılardan uzakta yaşayanlar yani hastalıkları huzur kaçırmayacak olanlar ise hizmetlere erişme şansına sahip olamamıştır (Sanders ve Reynolds, 2019). Sömürgeci iktidarın özetlemeye çalıştığımız bu yapısal şiddeti, ekonomipolitiği ve sağlık anlayışı birçok düşük ve orta gelirli ülkede bugün var olan yapısal sağlık eşitsizliklerinin temelini oluşturmuştur (Tilley, 2016).

### **Sosyalizm, bağımsızlık ve eşitlik mücadelesinden beslenen yeni sağlık anlayışı**

1900'lü yılların ilk yarısı Sovyet Devrimine, II. Paylaşım Savaşının yıkımına, sömürgeciliğe karşı mücadeleye ve kazanılan bağımsızlıklara sahne olmuştur. Özgürlük ve eşitlik hareketi toplumun sağlığını geliştirmek için alternatif yaklaşımlar üreten bir dinamik de yaratmıştır. Örneğin, çıplak ayaklı doktorlar ve geleneksel tıbbın sağlık sistemine entegre edilmesi Çin'in devrimci hareketinin özellikle de Uzun Yürüyüş'ün ürünleridir. Hindistan'da da Mahatma Gandi'nin sömürgeciliğe karşı silah olarak şiddetsiz eylemi kullanan yaklaşımı sağlık mücadelesine en üst düzeyde yansımış, eşitlikçi sağlık hizmetleri ve toplumun kendisine güvenmesi *özgürlük hareketinin önemli ilkeleri arasında yer almıştır* (Banerji, 1999).

İnsanlığın yüzyıllar boyunca kazandığı temel yaşam hakları doğrultusunda geliştirilmiş olan, ülke düzeyindeki bir sağlık örgütlenme modeli ile tanışması sosyalizm ile birlikte gerçekleşmiştir (Aksakoğlu, 2003). Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde 1918'de kurulan sağlık örgütlenmesi toplumun değişen sağlık gereksinimleri doğrultusunda 1936 yılında son hâline kavuşmuş ve ulaşılabilir, parasız, eşit, planlı, örgütlü, basamaklı, entegre, toplumun gereksinimine dayalı, koruma öncelikli, işçi ve emekçi sınıfı katılımlı ve nitelikli sağlık hizmetine dayalı örgütlenme modeli yaşama geçirilmiştir. Birinci basamak düzeyinde hizmet veren kurumların aşılama, sanitasyon koşullarının sağlanması, sağlık eğitimi, ev ziyaretleri, anne, bebek ve çocuk izlemleri ve epidemiyolojik araştırmaların yürütülmesi gibi etkinlikleri birarada yürütmesi bütüncül sağlık anlayışının öncüsü olmuştur (Özkan, 2003).

Güney Afrika'da 1930 ve 40'larda yaşanan yerel ölçekteki deneyimler de biyomedikal yaklaşımdan farklı bir sağlığın mümkün olabileceğini göstermiştir. Birleşik Krallık'tan bağımsızlığını kazanmış görünse de emperyalizmin tüm izlerinin hâlen devam ettiği Güney Afrika'da bir grup hekim, özellikle de Kark çifti ve Cassel, hastalıkların ana nedenlerine ve etkilerine yönelik yöntemler geliştirmiş, yoksul bir

bölgede epidemiyoloji ve toplum müdahalelerini birleştirerek, bütüncül sağlık hizmetleri uygulamıştır (Brown ve Fee, 2002). Çok kültürlü bir toplumda doğan sosyal adalet duygusundan ve Virchow'un sağlığın sosyal ve çevresel bileşenlerini ele alan yaklaşımından etkilenen bu yeni sağlık anlayışı tüm ülkeyi kapsayacak toplum temelli ve progressif veriye dayalı bir sağlık sistemi kurulmasını yönünde adımlar atılmasını sağlamış, fakat 1948'de Apartheid Manifestosu ile iktidara gelen Milliyetçi Parti ile birlikte toplum temelli ve eşitlikçi sağlık sistemine ülkedeki tüm kapılar kapatılmıştır (Sanders ve Reynolds, 2019).

Küresel politik ortamda yaşanan değişimler 1960 ve 70'lerde devam etmiştir. Afrika ülkelerinde sömürge karşıtı mücadelede elde edilen başarılar, Üçüncü Dünya'da ivme kazanan sosyalist hareket, kısa dönemli teknolojik müdahaleleri değil uzun süreli sosyoekonomik gelişimi vurgulayan yeni teorilerin yaygın kabul görmesi önemli politik ve entelektüel gelişmelerdir (Sanders ve Reynolds, 2019; Banerji 1999). Bu dönemde Hindistan dikkat çeken bir model olmuştur. Bağımsızlığın ardından kısa süre içinde 1952'de kırsal kesim için tüm ülkeyi ve toplumu kapsayan bütüncül sağlık merkezleri ağı oluşturulmuş, bu merkezler sağlık hizmetinin insan gücü gelişimi, araştırma, geleneksel sistemlerin entegre edilmesi gibi diğer boyutlarını geliştirme rolü de üstlenmiştir (Banerji, 1999). 1975-77'de "İnsanların Sağlığı İnsanların Ellerinde" programı ile halka kendilerinin seçtiği sağlık çalışanları hizmet vermeye başlamıştır. Hindistan'ın halk sağlığına yeni boyutlar getiren yaklaşımı, tıp eğitiminde sosyal yönelim; kültürel algı ve sağlık tanımı ilişkisi; saha araştırmaları işlevsel araştırma ve sağlık sistemi analizi gibi kavramların doğmasına zemin hazırlamıştır (DSÖ, 1980; Jancoes, 1998; Banerji, 2012). Ulusal Tüberküloz Enstitüsü bu kavramları yaşama geçiren tüberküloz programını geliştirmiştir. DSÖ başkanı Halfdan Mahler bu enstitüde doğan bazı fikirlerin TSH kavramının oluşturulmasına önemli katkı verdiğini açıklamıştır (Banerji, 2012). Özet olarak, 1978'e gelindiğinde Hindistan, Alma-Ata Konferansı'nda benimsenen TSH kavramına zaten çok yaklaşmış, hatta daha önünde bir noktaya ulaşmıştır. Türkiye de Hindistan ile benzer bir durumdadır; 224 sayılı "Sağlığın Sosyalleştirilmesi Yasası" Alma-Ata Konferansı'ndan 17 yıl önce kabul edilmiş olmasına rağmen daha net bir metindir. Aynı tarihlerde Latin Amerika'da sosyal tıp hareketinden beslenen bir sağlık hareketi doğmuştur. Şili'nin önce sağlık bakanı (1938-1942) sonra da devlet başkanı (1970-1973) olan Salvador Allende'nin ulusal düzeyde başlattığı sosyal

tıp politikasından diğer Latin Amerika ülkeleri de esinlenmiştir (Hartmann, 2016). Diğer yandan, aynı yıllarda sömürge olmaktan yeni kurtulmuş olan pek çok ülkede güçlü yönetsel yapılar kurulamamış, büyük bölümü kırsal alanda yaşayan ve yoksul olan halkların sağlık hizmetlerine erişimi sağlanmamış ve bulaşıcı hastalık yükü baş edilemez boyutlara ulaşmıştır. Sömürgeciliğin mirası olan biyomedikal yaklaşımın bu sorunları çözemediği tüm açıklığı ile ortaya çıkmıştır. Bu gelişmeler DSÖ yönetimini de etkilemiş ve politikalarında gerçekleşen bir değişimi tetiklemiştir (Bhatia ve Rifkin, 2013). Banerji (1999) de bu nedenle, 1978'de gerçekleşen Uluslararası TSH Konferansı'nı ve Alma-Ata Bildirgesi'ni "bir zincir reaksiyonun sonucu" olarak tanımlamıştır.

Alma-Ata Bildirgesi sağlığın bir insan hakkı olduğu ile başlar, sağlık eşitsizliklerini politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez bulur (DSÖ, 1978), sağlıkla ilgili gelişmelerin eşitlik ve toplum katılımı gibi değerler olmaksızın sadece sağlık hizmetleri ile sağlanmasının mümkün olmadığını, bu nedenle herkesin sağlık bakımına erişebilmesinin yetmeyeceğini, sağlığın sosyal belirleyicilerinin de ele alınması gerektiğini savunur (Sanders ve Reynolds, 2019). DSÖ'nün o dönemdeki başkanı olan Halfdan Mahler, bildirgeyi bir devrim olarak adlandırmıştır. Bu adlandırmaya sağlık alanındaki eşitlik mücadelesinin bazı önemli yazarları da katılmaktadır (Banerji, 1999; Banerji, 2012; Sanders ve Reynolds, 2019; Bhatia ve Rifkin, 2013; Iñarra, 2019). Diğer yandan, sağlığın sosyal belirleyicilerini ısrarla vurgulayan Alma-Ata Bildirgesi yapısal belirleyicilerin üzerinde durmamıştır, toplum katılımı vurgusu ise maliyet azaltma niyeti ile yakından ilişkilidir. Sınıfsal bakış açısının eksikliği ve yapısal belirleyicilerin üzerinden atılması nedeniyle (Hamzaoğlu, 2002), bildirgenin bir "devrim" olarak tanımlanmasına katılmak pek mümkün değildir. Bildirgeyi yeni bir dönemin başlangıcı olarak görmek de doğru olmayacaktır. Alma-Ata Bildirgesi, ülkelerin sağlık sistemlerini değiştiren bir neden değil, kendisinden çok daha önce başlayan bir sürecin DSÖ ve zengin ülkeler tarafından artık yok sayılamaz bir noktaya gelmesinin doğurduğu bir sonuçtur.

### **Alma-Ata Bildirgesi'nin ve kapsamlı temel sağlık hizmetlerinin anti tezi: seçici sağlık hizmetleri ve sağlık reformları**

Her ne kadar "devrim" adlandırması tartışmalı olsa da Sanders ve Reynolds'un (2019) ifade ettiği gibi Alma-Ata Bildirgesi sağlığa ve sağlık hizmetlerine teknik yaklaşımdan maddi çıkarlar sağlayan güç bloklarına karşı önemli bir duruştur. Bu nedenle

DSÖ'nün çok uluslu şirketler özellikle de mama ve ilaç şirketleri ile ilişkileri ciddi şekilde gerilmiştir (İñarra, 2019). Zengin ülkeler de ya stratejik davranarak (Banerji, 1999) ya da aslında kendi yararlarına da hizmet edebileceği düşüncesiyle (Hamzaoğlu, 2002) imzaladıkları bildirgeyi, bir yıl içinde, yani daha sağlık sistemleri üzerinde belirleyici bir etki göstermesine zaman kalmadan, eleştirmeye başlamıştır (Bhatia ve Rifkin, 2013; Sanders ve Reynolds, 2019). Prestijli dergilerde yayınlanan bu eleştiriler Banerji'nin (1999) Navarro'dan esinlenerek "entelektüel faşizm" olarak adlandırdığı bir saldırı boyutunda olmuştur. Türkiye sağlık reformlarının reklamını yapan yayınlarından iyi tanıdığımız New England Journal bu entelektüel saldırının önemli araçları arasında yer almıştır (Banerji, 1999; Bhatian ve Rifkin, 2013). Eleştirilerde kapsamlı TSH'nin hedeflerine ulaşamayacağı, çünkü gelişmekte olan ülkelerin çoğunun bu kapsamı üstlenemeyecek kadar fakir olduğu, üstelik TSH yaklaşımın yönetsel ve finansal olarak işlevsiz kalacağı iddia edilmiştir. Bu iddaların sahiplerinin önerisi ise TSH'lerin geniş kapsamının daraltılması, mortalite ve morbidite riski en yüksek sorunlar için maliyet etkili müdahaleler yürütülmesi, belki bu seçilmiş müdahaleler başarıya ulaştıktan sonra kapsamlı hizmetlere geçilmesi olmuştur. Odağı birkaç hastalık ve müdahale ile sınırlayan bu yaklaşıma Seçici Sağlık Hizmeti adı verilmiştir (Walsh ve Warren, 1979). Aslında kavramsal olarak yeni bir şey olmayan Seçici TSH'leri, DSÖ'nün ve biyomedikal merkezli sağlık sistemlerinin 1950'lerde yürüttüğü özel sağlık sorunlarına ya da hastalıklara odaklı olan dikey sağlık örgütlenmesinden farklı bir şey değildir (Rifkin ve Walt, 1986; İñarra, 2019).

Seçici TSH, 1980'lerin başında Güney ülkelerinde yaşanan borç krizinin, ardından bu ülkelere dayatılan yapısal uyum programlarının ve pazar ekonomilerinin hâkim olduğu bir ortamda gelişimine devam etmiştir (Sanders ve Reynolds, 2019). Bu tercihe yönelik eleştirilerin sesini kısmak için yine entelektüel faşizme başvurulmuş, uyum sağlayanlar ödüllendirilmiş, karşı olduğunu söylemeye cesaret edenler ise her yerden dışlanmıştır. Eleştirilerin ifade edildiği toplantılar ve yayınlar DSÖ, UNICEF, DB, pek çok kurumun yöneticileri ve bazı "halk sağlığıcular" tarafından dikkate alınmamış, seçici hizmetleri onaylama amaçlı etkinliklere devam edilmiştir (Banerji, 1999). Böylece toplumlar bir kez daha halk sağlığına tepeden aşağıya doğru bir hiyerarşi ile yaklaşan, pazar yönelimli, teknoloji merkezli, bilimsel dayanaktan yoksun ve prefabrik programlara mahkum edilmiştir (Banerji, 2012).

### Küresel girişimler

DSÖ, UNICEF ve DB üçlüsü seçici yaklaşımını yaşama geçirmek üzere "Küresel Girişim" adı altındaki programlarını şekillendirmeye başlamıştır. Bu programların ortak özelliği, yoksul ülkelere özgü olan epidemiyolojik durumları değil, zengin ülkelerin ilgi alanına giren sağlık sorunlarını hedeflemiş ve yine zengin ülkelerin ekonomik çıkarlarına uygun olduğu için teknoloji merkezli olarak kurgulanmış olmalarıdır (Banerji, 1999).

Küresel girişimlerin ilki çocuk sağlığında özel ilgi gösterilmesi gereken dört alanın belirlenmesi ile başlamıştır. Büyümenin İzlenmesi, Oral Rehidrasyon Tedavisi (ORT), Emzirmenin Teşviki ve Bağışıklama (Grant, 1983) şeklinde sıralanan alanların başharfleri aracılığı ile GOBI adı verilen program, ABD kökenli kurumların finansal desteği ile çok enerjik bir şekilde başlamıştır. GOBI'nin fazla seçici olduğu yönündeki eleştirilere yanıt olarak bir yıl sonra UNICEF pakete aile planlaması, gıda desteği ve kadınların eğitimini eklemiş ve böylece yeni adı GOBI-FFF olmuştur (Grant, 1983). GOBI-FFF'nin odağında bağışıklama yer almış, sağlık kayıt sistemlerinin olmadığı, doğum ve ölüm sayılarının bile bilinmediği yoksul ülkelerde altı aşılabilir hastalığın - tetanoz, boğmaca, difteri, tüberküloz, çocuk felci, kızamık - en önemli bebek ölüm nedenleri olduğunu açıklamış, bunlara karşı yürütülen Evrensel Bağışıklama Programının beş yıl içinde toplum bağışıklığı yaratacağı iddia edilmiştir (Grant, 1985; Banerji, 1999).

GOBI-FFF, pek çok yoksul çocuğun hayatta kalmasını sağlamış olsa da sorunların nedenlerinin ortaya konmasına ve hedeflenen hastalıkların kontrolüne yönelik bir çaba gösterilmemiştir. Örneğin ORT, ishal nedeniyle susuzluktan ölmeyi önlemiş, ama gıda hijyeninin, suya erişimin ve sanitasyonun geliştirilmesinin ya da ORT yerine evde hazırlanabilecek sıvıların üzerinde durulmamıştır. ORT'nin kapsayıcılığı belli bir kesim ile sınırlı kalmıştır. Örneğin, Sahraaltı Afrika'da hedef grubun %30'una ulaşabilmiştir. Benzer şekilde, büyümenin izlenmesi malnutrisyonlu çocukları saptamış, ama bunu önlemek için zorunlu olan hane halkı gıda güvencesi için bir şey yapmamıştır (Sanders ve Reynolds, 2019). DSÖ'nün zaten var olan genişletilmiş bağışıklama programının güçlendirilmiş hâlimden farklı bir şey olmayan Evrensel Bağışıklama Programı en geniş kapsamlı olarak Hindistan'da uygulanmıştır. Program beş yılın sonunda değerlendirildiğinde, toplumun üçte ikisini oluşturan ve bebek ölümlerinin en sık olduğu en yoksul grupta aşı kapsayıcılığının

%20'nin altında kaldığı görülmüştür. Daha sonra 1992-1993'de yapılan çalışma ulusal düzeyde çocukların ancak %35'inin tam korunduğunu, bebek ölümlerinin en sık olduğu eyaletlerde bunun %9 ila 22 arasında kaldığını göstermiştir (Banerji, 1999). GOBI-FFF aracılığı ile bölge düzeyindeki sürdürülebilir yapılara hiçbir vurgu yapılmaksızın odağın hastalıklara yönelik teknik yaklaşımlara kaydırılması, hükümetlerin ve bağışçıların eşitsizliklere ve sağlıksızlığın nedenlerine gözlerini kapatarak, vertikal örgütlenen ve merkezi olarak yönetilen programları tercih etmeleri 1980'lerin muhafazakar politik ortamı ile tam bir uyum içindedir. Bunun sonucunda çocuk sağlığına yönelik kapsamlı bir yaklaşım şansı yok edilirken, biyoteknoloji, buzdolabı ve ilaç endüstrisinin bu teknoloji merkezli yaklaşımdan büyük kazanç sağlamıştır (Banerji, 1999).

DSÖ, 1993'de tüberkülozun küresel ölçekte önem kazandığını ve bu nedenle tüberküloza karşı bir program başlattığını duyurmuştur (DSÖ, 1994). Hastalığın alarm verecek düzeyde arttığını gösteren bir verinin bulunmamasına ve tüm dünyada 40 yıldır tüberkülozun genel sağlık hizmetleri içinde ele alınmasının benimsenmesine rağmen, tüberküloza birden bu kadar önem atfedilmesinin nedeni Banerji'ye (1999) göre zengin ülkelerin AIDS epidemisi ile birlikte tüberküloz yayılımından endişe etmesi ve kendileri için steril bir dünya yaratma çabasıdır. Bu kitlesel mikrop histerisi tüm dünyayı uzun süre önce terk edilmiş olan tek etiyolojili hastalıklar teorisine geri götürmüştür. Tüberküloz olgularının tanımlanmasına ve direkt gözlem altında tedaviye dayanan DSÖ programı Çin dâhil pek çok ülkeye empoze edilmiştir. Ülkelere özel sosyoekonomik, kültürel ve epidemiyolojik bağlamı dikkate almaksızın, ABD'de şekillendirilmiş bir diğer etkinlik paketi de Küresel AIDS Programıdır. Biri ishali hastalıkların diğeri de üst solunum yolu hastalıkların kontrolü ile ilgili olan iki program gerçek anlamda hayata geçirilmemiş, Güvenli Annelik Girişimi de kendisinden öncekiler gibi sağlık sisteminin kapasitesini geliştirmeye yönelik herhangi bir hedef içermediği için herhangi bir sonuca ulaşamamıştır (Banerji, 1999).

Küresel girişimlerin uygulandığı ülkelerde aniden denilebilecek kadar kısa süre içinde "sivil toplum" yapıları ortaya çıkmıştır. Genellikle Sivil Toplum Kuruluşu şeklindeki bu "sivil toplum" bazen tek başına bazen de hükümetle birlikte hizmet sunmak üzere uluslararası fonları kullanma yetkisine sahip olmuştur. Bu durum özellikle HIV/AIDS'in en yüksek prevalansa sahip olduğu ve tedavi edici etkinliklerin dış bağışçıları

tarafından finanse edildiği Afrika ülkelerinde görülmüştür (Kapilashrami ve O'Brien, 2012). Böylece küresel girişimler kendi ülkelerindeki yapılara değil, dış bağışçılara hesap verme sorumluluğu olan taraflarca yürütülümüştür (Sanders ve Reynolds, 2019), geleceğin kamu-özel ortaklıklarının temeli atılmıştır.

### **Seçici sağlık hizmeti yaklaşımının neoliberal sağlık reformları ile evrimleşmesi**

Seksenli yıllardan doksanlara geçerken DSÖ, kapsamlı TSH anlayışı ile bağıını tamamen kopartmıştır (Bhatia ve Rifkin, 2013). Zaten artık küresel sağlık politikalarındaki lider rolü de ellerinden kaymaya başlamış, gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yönetimi Yapısal Uyum Programları aracılığı ile DB'nin eline geçmiştir (Bhatia ve Rifkin, 2013). DB, küresel sağlık sistemini neoliberalizm yolunda şekillendireceğini resmen ilan etmek için yazarlarına bir dizi yayın hazırlatarak, özel sektör tarafından yönetilen, pazar yönelimli hizmetleri kamu tarafından sunulan sağlık hizmetleri ile birleştiren bir sistemin yoksullara güvenlik ağı sağlayacağını iddia etmiştir. DB'nin 1990'a kadar sağlık sektörü reformlarını desteklemek amacıyla gelişmekte olan ülkelere verdiği kredilerin toplamı DSÖ'nün bütçesinin tamamından daha büyük olmuştur. Doksanlar boyunca DSÖ, yaşadığı ekonomik sıkıntılar ile DB'nin ve Dünya Ekonomik Forumunun manüplasyonları sonucunda bağımsız bir küresel sağlık lideri olarak davranabilme yeteneğini tamamen kaybetmiştir (Ichoku ve Ifelunin, 2017).

DB'nin 1993 tarihli sağlık reformu önerisinde seçici yaklaşımın etkisi çok açıktır. Reform ile seçici yaklaşım arasındaki sürekliliği sağlayan köprü, maliyet-etkililik analizleri ile en ucuz ve en etkili müdahalelere yönelme stratejisidir (Sanders ve Reynolds, 2019). TSH'nin kapsamını seçici hizmetlere benzer şekilde bir dizi teknik müdahaleye daraltan maliyet-etkililik analizinin hükümetlere rasyonel ekonomik seçimler yapma ve hizmetlerini önceliklendirme olanağı verdiği savunulmuştur. Örneğin, ishali hastalıkları önlemek için su teminini ve sanitasyonu geliştirilmek pahalıdır, ama el yıkamaya teşvik ve sabun sağlamak maliyet-etkili bir yoldur (Dünya Sağlık Örgütü, 1996). Diğer yandan su ve sanitasyonun sağlık ve beslenme üzerindeki diğer etkileri ya da kadınların su taşımak için geçirdikleri zaman, emek, karşılaştıkları tehlikeler hesaba katılmaz (Sanders ve Reynolds, 2019).

DB'nin liderliği ile birlikte pek çok orta ve az gelirli ülkede egemen olan sağlık politikası Yapısal Uyum

Programları ve neoliberal sağlık reformları olmuştur. IMF, DB gibi finans kuruluşları, Bill ve Melinda Gates Vakfı gibi "hayırsever" kurumlar borç vermek için halk sağlığı hizmetlerinin hastalık kontrolüne sınırlandırılması ve sağlığın özelleştirilmesi şartını koşturmuştur. Bu süreçte Hizmet Ticareti Genel Anlaşması (GATS) da gelişmekte olan ülkelerin sağlık pazarlarını Batının sağlık endüstrisine açmıştır (İñarra, 2019). Reformların en maliyet-etkin stratejilerin planlanması; kamu hizmetlerine kullanıcı katkılarının getirilmesi; kamu-özel ortaklığı; yönetim yetkisinin merkezden alınması; kural dışılaştırma gibi bileşenleri TSH'nin uygulanmasına yönelik tüm çabaları önlemiş ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi Alma-Ata Bildirgesi'nin en temel ilkesi olan eşitliği olanaksız hâle getirmiştir (Sanders ve Reynolds, 2019).

Orta ve düşük gelirli ülkelere yardım eden uluslararası "bağışçılar" küresel girişimlerini hükümetlerle değil, özel sektörle kurdukları birlikler aracılığı ile yürütmeyi tercih etmiştir. Böylece yardımların büyük bölümünü özel sektör almıştır. Bugün dünya üzerinde 100'ün üzerinde kamu-özel ortaklığının hastalık kontrol programlarını yürüttüğü, bunların da yarısından fazlasının aşı ve ilaç için kurulan ortaklıklar olduğu dikkate alınırsa ortada ciddi bir kazancın varlığı anlaşılmaktadır. Küresel Sağlık Girişimleri aracılığıyla harcanan kalkınma yardımının oranı başdöndürücü bir artış gösterirken, aynı zaman diliminde gelişim yardımında temel sağlık hizmetlerine verilen pay %28'den %15'e düşürülmüştür (İñarra, 2019).

Kapsamlı TSH'nin karşılaştığı bir başka sorun, birinci basamak sağlık hizmeti kavramı ile karıştırılması olmuştur. Bu iki kavramın birbirlerinin yerine kullanılması TSH'nin bütüncül yapısının parçalanmasına neden olmuştur (Bhatia ve Rifkin, 2013). Pek çok Avrupa ülkesinde birey düzeyindeki birinci basamak hizmetlerini tek başlarına ya da grup pratiği şeklinde çalışan doktorlar yürütürken, toplumsal hizmetler ayrı yapılara aktarılmıştır. Avrupa'da giderek yaygınlaşan, Türkiye'nin de nasibini aldığı bu örgütlenme biçiminin adı DB'nin bir başka seçici sağlık hizmeti projesi olarak görülebilecek olan aile hekimliği modelidir.

#### **Alma-Ata bildirgesinin sağlık sistemleri üzerindeki etkileri-izleri: Nerede, ne kadar?**

Alma-Ata Konferansı'nın bildirgeyi imzalayan ülkelerin sağlık sistemlerinde neleri değiştirdiğini, hangi izleri bıraktığını yanıtlamak uzun süren bir araştırma gerektirmektedir. Çünkü bugüne kadar

Alma-Ata Bildirgesi ve TSH hakkında yazılmış olan sayısız makalede bu sorunun kesin ve ayrıntılı bir yanıtına rastlamak mümkün değildir. Bu nedenle yazımın bu bölümünde Alma-Ata'nın izlerini farklı coğrafyalarda ve sağlık hizmetlerinin öyküsü bakımından özellik gösteren bazı ülke örneklerinde aramaya çalışacağız. Örnek seçiminde Alma-Ata Bildirgesi'nin sağlık sistemlerinin gelişimi için bir fırsat yaratabileceği coğrafyalar ve ülkeler tercih edilmiş, bu durumda da eşitlikçi bir sağlık örgütlenmesini zaten bildirden yıllar önce yaşama geçirmiş olan sosyalist ülkeler kapsamımıza dâhil olmamıştır. TSH'nin ve sağlık ölçütlerinin gelişimi açısından dikkat çeken, ama bu gelişmelerin büyük oranda politik kriz dönemlerinin ardından gelen otoriter rejimler eliyle gerçekleştiği İran, Eritre gibi ülkeler de bu yazının kapsamı dışında bırakılmıştır. Böylece çerçevemizde Hindistan ve Sri Lanka olmak üzere iki Asya ülkesi, Sahraaltı Afrika ve Latin Amerika ülkeleri ile zengin ve kapitalist, ama sağlık hizmetlerinin tüm toplumu kapsamasını belli bir düzeyde de olsa dert edinen bir ülke örneği olarak Kanada yer almıştır.

#### **Alma-Ata Bildirgesi'nin Asya'daki iki öncüsü: Hindistan ve Sri Lanka**

Hindistan'ın 1935 tarihli ilk anayasası, devleti tüm vatandaşlarının sağlığını korumak ve desteklemekle görevlendirmişti. Ulusal Kongre'nin 1940'da yayımladığı raporda tedavi edici ve koruyucu işlevlerin tek bir devlet kurumunda entegre edilmesi, "İnsanların Sağlığı İnsanların Elinde" yaklaşımı çerçevesinde halkın içinden gelen sağlık çalışanlarının yetiştirilmesi önerilmiştir. Bu raporu, 1946'da yayımlanan ve "kimse ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetinden mahrum kalmamalıdır", "sağlık hizmetlerinin odağında kırsal alan ve koruyucu hizmetler yer almalıdır" gibi ilkelere dayalı olan Sağlık Araştırma ve Geliştirme raporu izlemiştir (Banerji, 2012). 1947'de kazanılan bağımsızlığın ardından ülkenin yeni yöneticileri bu iki raporu da kabul etmiş ve 1952'de tüm kırsal topluma entegre, sağlığı destekleyici, önleyici, iyileştirici ve rehabilite edici hizmet sunmak üzere sağlık merkezlerinin kurulması yönündeki ilk adım atılmıştır. Ülkenin TSH yaklaşımı yönündeki diğer adımları, sektörler arası etkileşimin parçası olarak bütüncül sağlık hizmetlerinin amaçlanması, tıp eğitiminin sosyal ve koruyucu boyutlarının ele alınması, ülkede zaten var olan önemli halk sağlığı kurumları Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Enstitüsü, Tüberküloz Enstitüsü gibi yeni yapıların kazandırılması olmuştur. Tüberküloz Enstitüsü'nün insanlara öncelik veren yaklaşımı Batı'nın empoze ettiği prefabrik teknolojiyi red

etmiş, sağlığın sosyal boyutlarını epidemiyoloji ile birleştirmeyi, hizmetlerini araştırmaya dayalı olarak geliştirmeyi önceliklemiş ve bu özellikleri ile Alma-Ata Bildirgesi'ne rehberlik yapmıştır. "İnsanların Sağlığı İnsanların Elllerinde" yaklaşımı 1977'de yeniden enerji kazanmış, halkın seçtiği toplum sağlığı gönüllülerinin eğitilmesine karar verilmiş, ulusal düzeyde birbirini izleyen ve destekleyen, ücretsiz bir TSH sistemi kurulmuştur (**Banerji, 2012**).

Yukarıda özetlenen süreç, 1978'e geldiğinde Hindistan'ın, kendi sosyal, kültürel, ekonomik ve epidemiyolojik koşullarına uygun bir alternatif bilgi birikimi oluşturduğunu, Alma-Ata Konferansı'nda tanımlanan pek çok ilkeyi yaşama geçirme konusunda yol aldığını göstermektedir. Özellikle Kerala eyaleti sağlık düzeyinde gösterdiği gelişme açısından tüm dünyada izlenen bir model olmuştur (**Thresia ve Mohindra, 2011**). Alma-Ata Bildirgesi'nin ardından Hindistan, kapsamlı TSH anlayışını 1982'de tanımladığı Ulusal Sağlık Politikasında yinelemiştir. Bu politikalarda, TSH anlayışının uygulamaya geçirilmesindeki eksiklikler eleştirilmiş, sağlık çalışanları ile toplum arasındaki kültürel uçurumun devam ettiği, kendine güvenen ve güçlü topluluklar oluşturma hedefine ulaşılamadığı ifade edilmiştir. Batı'nın insangücü politikalarının ve tedavi edici merkezlerinin Hindistan'ın sosyo-ekonomik koşullarına uygun olmadığı, halkı kendi gereksinimlerini belirleme, yönetim ve yürütme süreçlerine dâhil etmeden iyi bir sağlığa ulaşamayacağı açıkça belirtilmiştir (**Banerji, 1999**). Bu ifadeleri Alma-Ata ile birlikte daha da güçlenmiş olan bir kararlığının göstergesi olarak kabul edebiliriz. Fakat ulusal politikada ifade edilenler ile izleyen dönemlerde gerçekleşenler birbirinden oldukça farklı olmuş, Hindistan'ın TSH birikimi seçici sağlık hizmeti ve neoliberal reformlar aracılığı ile tahrip edilmiştir (**Banerji, 2012**). Büyük ödeneklerle empoze edilen küresel girişimlere öncelik verilmesi ülkede yürütülen sağlık hizmetlerini tüm kaynaklarından yoksun bırakmıştır. Üstelik bu prefabrik programların bazıları sonuca ulaşamamış bir bölümü de ön görülen süre bitmeden rafa kaldırılmıştır (**Banerji, 1999; Banerji, 2012**).

Hindistan sağlık sisteminin tarihinde 1990'ların başında IMF'den alınan şartlı krediler önemli bir dönüm noktası olmuştur. IMF, krediler aracılığı ile 1992-93 sağlık bütçesinde %20'lik kesinti yapılmasını sağlayarak özel sektöre geniş bir hareket alanı yaratmıştır. Hükümet özel sektöre yönelik yardımlarını muafiyetler, arazi sübvansiyonları ve

diğer teşvikler aracılığı ile genişletmiş, kurlsız ve kâr odaklı özel hastaneler, bakım evleri, tanı merkezleri ve tıp endüstrisinin diğer bileşenleri mantar gibi çoğalmış, özel sektörde tıp, dişhekimliği, hemşirelik eğitimi veren ve herhangi bir şekilde düzenlenip denetlenmeyen kurumlardan oluşan bir kâr alanı doğmuştur. Tıp fakülteleri ve halk sağlığı enstitüleri büyük kan kaybına uğramış, güçlü halk sağlığı kurumları işlevsiz hâle getirilmiştir (**Banerji, 2012**).

Seçici yaklaşımın sağlık sistemine verdiği hasarı ülkenin bürokratları 15 yıldan uzun bir süre sonra fark edebilmiş ve kaleme aldıkları 2002 tarihli Ulusal Sağlık Politikası belgesinde vertikal programların pahalı ve sürdürülemez olmanın yanı sıra, sağlık hizmetlerinin gelişimini önlediği kabul edilmiştir. Kâr odaklı, hastane temelli, hastalık ve tedavi yönelimli yapılanmanın bedeli, kırdı ve kentte yaşayan tüm nüfusu hedefleyen kapsamlı temel sağlık hizmetlerinin tahribi olmuştur. Ülkede 2002'den sonra atılan adımlar yeterince kararlı ve etkin olmadığı için seçici sağlık hizmetlerinin ve sağlık reformlarının verdiği hasarın onarılması güçlü bir olasılık değildir (**Banerji, 2012**).

Sri Lanka sağlık sisteminin öyküsü Hindistan, özellikle de Kerala eyaleti ile benzerlik göstermektedir (**Thresia ve Mohindra, 2011**). Uzun yıllar süren İngiliz sömürgeciliğinin ardından 30 yıl devam eden iç savaşa, ekonomik, politik ve sosyal sorunlarına rağmen Sri Lanka sağlık göstergelerinde dikkat çekici gelişme sağlamıştır (**Jones, 2015**). Sri Lanka'nın bu başarısı hem halk sağlığı hizmetlerinin örgütlenmesine hem de ülkenin ücretsiz sağlık ve eğitim başta olma üzere sosyopolitik gelişmelerine bağlanmaktadır. Bağımsızlığın ardından 1953'de tüm ülkeyi kapsayan sağlık merkezleri kurulmuş, ana-çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, bağışıklama alanlarında önemli yol alınmıştır. Yani, Sri Lanka, Alma-Ata Konferansı'na TSH'lerinin ilkelerini uzun süredir uygulayan, hatta bildirgenin kaleme alınmasına önemli rehberlik yapan bir ülke olarak katılmıştır. Bildirgenin Sri Lanka üzerindeki etkisi ise TSH yaklaşımının güçlenerek devam etmesi, eşitlik ve sosyal adalet üzerinde ısrar etmek için bir dayanak sağlaması olmuştur. Sri Lanka'ya neoliberal ekonomik politikaların dayatıldığı bir dönemde bu dayanağın varlığı büyük önem taşımıştır. Buna rağmen ülkede kamusal sağlık hizmetleri önemli miktarda kan kaybetmiş, ortaya çıkan boşluğu özel sektör doldurmuştur (**Abeykoon, 2018**).

### **Alma-Ata Bildirgesi'ne en çok ihtiyaç duyan bölge: Sahraaltı Afrika**

Sahraaltı Afrika ülkelerinin büyük bölümünde bağımsızlığı izleyen ilk dönemlerde devlet tarafından sunulan ücretsiz sağlık hizmetleri veya yoksullara yönelik sağlık yardımları ile karakterize bir sosyal yönelim hakimiyet göstermiş (**Ichoku ve Ifelunin, 2017**), hatta Güney Afrika Cumhuriyeti gibi toplum temelli sağlık hizmetlerinin ilk uygulamalarına ev sahipliği yapan ülkeler olmuştur. Güney Afrika deneyimi yoksul bir bölgede sunulan hizmetlerle başlamış, progressif vergilerle finanse edilen ve tüm ülkeyi kapsayan TSH'nin kurulmasına kadar ilerlemiş, 1948'de iktidara gelen Milliyetçi Parti ile birlikte son bulmuştur (**Sanders ve Reynolds, 2019**). 1950 ve 60'larda Sahraaltı Afrika ülkelerinin sağlık hizmetlerini, hastalık kontrolü üzerine odaklanan yardım politikaları şekillendirmiş, 1970'lerde ve 1980'lerde ciddi yetersizliklerle birlikte, sağlık hizmetleri doğrudan devlet tarafından sunulmuş ve finanse edilmiştir (**Iñarra, 2019; Ichoku ve Ifelunin, 2017**).

Seksenler sonrasında sosyal yardım programlarını finanse eden doğal kaynakların fiyatlarındaki düşüş ve petrol fiyatındaki artışla tetiklenen ekonomik krizden (**Bhatia ve Rifkin, 2013**) itibaren Afrika ülkeleri DB ve IMF'nin şartlı kredileri ile tanışmıştır. Kredi şartları gereği bir çok ülke sağlık bütçelerini küçültmeye, kamusal hizmetlerini zayıflatmaya, kullanıcı katkıları uygulamaya ve sosyal programlarını rafa kaldırarak özel sektöre yer açmaya zorlanmıştır. Böylece, Alma-Ata Bildirgesi henüz bir etki göstermeden, mevcut kazanımlar da yitirilerek neoliberal politikalara doğru aşamalı fakat kesintisiz bir dönüşüm gerçekleşmiştir (**Ichoku ve Ifelunin, 2017**). Neoliberal ideoloji Afrika'nın diğer bölgelerinde daha temkinli ilerlerken, Sahraaltı Afrika uluslararası örgütlere politikalarını geliştirmek için elverişli bir deney alanı sunmuştur (**Ichoku ve Ifelunin, 2017**).

Neoliberalizm Sahraaltı Afrika'da özellikle yardım politikaları yolunu kullanarak ilerlemiş, pek çok batı ülkesi özel sağlık yatırımları için büyük miktarlarda bağışlar yapmış, özel sağlık sektörü patlama tarzında büyümüştür (**Ichoku ve Ifelunin, 2017**). GATS anlaşmasının ulusötesi şirketlere sağlık sektörünün kapılarını açması hükümetleri özel sektörü kontrol edemez hâle getirmiştir. Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması da ucuz jenerik ilaçlara erişimi engellemiş, ülkelerin kendi ilaç endüstrilerini kurmalarının önüne geçmiştir (**Iñarra, 2019**). Bunun sonucunda, toplumun büyük bölümü sağlık ürünlerini yasal olmayan yollardan edinmek zorunda

kalmıştır. Özel sektörde sahte, kalitesiz, tarihi geçmiş ve dozu düzenlenmemiş ilaçların satışı, HIV yayılımına yol açacak şekilde yapılan enjeksiyonlar çok yaygınlaşmıştır. Sağlık ürünlerinin ve hizmetlerinin yüksek maliyetinin, yetersiz kontrolünün ve kâr motivasyonunun birlikteliği trajik olaylara yol açmaktadır. Yüzden fazla çocuğun sahte parasetamol nedeniyle ölümü bu olayların en acıklıları arasındadır (**Ichoku ve Ifelunin, 2017**).

Küresel Sağlık Girişimlerinin yürütülmesi için uluslararası örgütler diğer bölgelerde olduğu gibi Sahraaltı Afrika'da da hastalığa özgü kamu-özel ortaklıkları kurmuştur. Kamu hizmeti ile tam özelleştirme arasındaki bu köprüde sivil toplum kuruluşlarından ve diğer "kâr amaçlı olmayan" örgütlerden yararlanılmıştır (**Iñarra, 2019**). Farklı ülkelerde kamu-özel ortaklıklarının değişik formülleri ile karşılaşılmaktadır. Örneğin, Kamerun, Çad, Uganda ve Tanzanya'da pek çok hizmet sözleşme karşılığında özel sektöre aktarılmıştır. Başta Güney Afrika olmak üzere pek çok ülkede imtiyazlar ya da finansal kiralama aracılığı ile kamu-özel ortaklığı modelleri yaygınlaşmıştır. Madagaskar'da 2005 yılında gençlik danışmanlık ve tedavi merkezi olarak finansal kiralama usulü çalışan 17 klinik, Kenya'da üreme sağlığı hizmeti veren 250 özel klinik örnek olarak gösterilebilir (**Ichoku ve Ifelunin, 2017**).

Son 30 yıldır Sahraaltı Afrika'da yürütülen uluslararası politikalar varsıllar için pahalı, yoksullar için ise ya hiç erişilemeyen ya da yaşamlarını tehdit edebilecek kadar niteliksiz sağlık hizmetleri ile sonuçlanmıştır (**Iñarra, 2019**). Sağlık bakımının bazı hastalıkların kontrolü ile sınırlanması, tüm kaynakların vertikal programlara aktarılması ve hastalıkların temel nedenlerine yönelik hiçbir çaba gösterilmemesi halk sağlığı hizmetlerinin çökmesine neden olmuştur. Üstelik üzerinde en çok yatırım yapılmış olan küresel girişimler bile ciddi başarısızlıkla sonuçlanmıştır (**Iñarra, 2019**). Güney Batı Etiyopya'da yapılan bir çalışma izlenen politikaların etkisini kanıta dayalı olarak ortaya koymuştur. Çalışmanın yazarları ülkelerinde tüberkülozun eşlik ettiği HIV enfeksiyonu için DSÖ desteği ile etkin tedaviye ulaşılabildiğini, ama medikal müdahale odaklı yaklaşımın başarısız olduğunu ve Alma-Ata'da tanımlanan şekilde sağlığın sosyal bileşenlerini ele alan bir strateji uygulanmadığı sürece sorunun varlığını devam ettireceğini bildirmiştir (**Gesesev ve ark., 2016**). Alma-Ata Konferansı öncesinde kapsamlı TSH alanında uluslararası bir rehberliğe en çok gereksinim duyan bölge olan Sahraaltı Afrika'da 1978 sonrası dönemde bildirgeye atfedebileceğimiz çarpıcı bir



gelişme araştırdığımız kadarıyla gerçekleşmemiş, seçici hizmetlerin ve neoliberal reformların etkileri ise çok dramatik olmuştur.

### **Postneoliberalizm ile Kapsamlı Temel Sağlık Hizmetlerini Yeniden Yakalamaya Çalışan Ülkeler: Latin Amerika**

Sosyal Tıp yaklaşımı ondokuzuncu yüzyılın ortalarında pek çok Latin Amerika ülkesini derinden etkilemiş ve "Latin Amerika Sosyal Tıp Hareketi" olarak adlandırılan bir mücadele ve örgütlenme modelinin kaynağı olmuştur. Sağlığın, sayısız sosyal, politik, ekonomik ve çevresel faktör tarafından belirlendiğini savunan Latin Amerika Sosyal Tıp Hareketi, sağlıkta eşitliğe, sektörler arası işbirliğine ve toplum katılımına verdiği öncelik nedeniyle Alma-Ata Bildirgesi ile büyük benzerlik gösterir. Aralarındaki ayırım ise Latin Amerika Sosyal Tıp Hareketi'nin sağlığı bir hedef olarak görmesi, Alma-Ata Bildirgesi'nin ise sağlığı hem bir hedef hem de sosyal ve ekonomik kalkınma için bir yol olarak ele almasıdır (**Hartmann, 2016**). Bu noktada, tarihsel süreçte daha erken bir dönemde karşımıza çıkan Latin Amerika Sosyal Tıp Hareketi'nin, gerek kavramsal çerçevesi gerekse yıllar içinde elde ettiği kazanımlar ile Alma-Ata Bildirgesi'nin önemli öncüleri arasında yer aldığını söyleyebiliriz. Sosyal Tıp Hareketi'nin varlığına rağmen, pek çok Latin Amerika ülkesinde Alma-Ata öncesinde halk sağlığı çalışmaları enfeksiyon hastalıklarının kontrolüne ve eradikasyonuna yönelik sanitasyon önlemleri ile sınırlı kalmıştır. Alma-Ata'dan sonra Pan Amerikan Sağlık Örgütü'nün desteği ile Latin Amerika'da kısa bir süre boyunca, ailelere ve çevreye destek veren bütünleşik bir toplum odaklı yaklaşım desteklenmiş ve TSH'nin kurulmasına yönelik adımlar atılmıştır. Fakat Küba, Kosta Rika gibi birkaç ülke dışında Latin Amerika kendisini neoliberal sağlık politikalarından koruyamamıştır (**Ramirez ve ark., 2011**).

Latin Amerika ülkeleri yetmişli ve seksenli yıllarda büyük felakatlere sahne olmuş, ABD destekli darbeleri, sosyalist mücadeleye yönelik topyekün saldırıyı ve kitlesel cinayetleri büyük bir borç krizi takip etmiştir. Hem kriz hem de ABD güdümlü diktatörlükler, neoliberal politikalar ve yapısal uyum programları için çok elverişli bir ortam yaratmıştır (**Hartmann, 2016**). Neoliberalizmin uygulanması ülke bağlamına göre değişiklikler gösterse de model büyük ölçüde aynı şekilde olmuş, 1990'lara kadar kentli çalışanların tercih edildiği, yoksul ve kırsal nüfusun dışlandığı çok parçalı sağlık sistemleri gelişmiş (**Ramirez ve ark., 2011**), yapısal sağlık eşitsizlikleri tüm ülkelerin ortak sorunu hâline gelmiştir.

Örneğin, Ekvador'da farklı güvence tiplerindeki kişiler için yapılan sağlık harcamaları arasında dört kata kadar varan farklar bulunmaktadır. Ekvador ve Bolivya'da Batı'nın biyomedikal tıbbının kültürel inançları ile ters düşmesi yerli toplulukları sağlık sisteminden tamamen uzaklaştırmıştır (**Hartmann, 2016**). Sağlık hizmetlerine erişemeyen yoksullar kendi kendilerine karar verdikleri etkisiz, hatta tehlikeli alternatiflere yönelmiş, sahte ilaç pazarı bundan büyük kazanç sağlamıştır (**Alvarez ve ark., 2011**).

Kolombiya, reformların en "başarılı" olduğu ülkeler arasındadır. Tüm kamu sağlık kurumları özelleştirilmiş, biri prim ödemeye dayalı, diğeri yoksullar için devlet yardımından oluşan iki yapıya bir sigorta sistemi kurulmuş, halk sağlığı artık devlet tarafından yürütülen, koordine bir programlar bütünü değil, sigorta şirketlerinin üyelerine bireysel olarak sağladığı aşular veya sağlık eğitimi oturumları gibi ticarileştirilmiş bir dizi bireysel program hâline getirilmiştir (**Alvarez ve ark., 2011**). Alvarez ve arkadaşlarının (2011) çalışması, en yoksulların finansal ve yönetsel engeller nedeniyle hizmetlere ulaşamadığını, orta gelir düzeyindekilerin ise aynı engeller karşısında hizmet almaktan vazgeçtiğini ya da cepten ödeme yoluna gittiğini göstermiştir. Bu bulgulara göre, tüm toplumu kapsayacağı iddia edilen sigorta modeli yoksulların hizmete erişimini geliştirmemiştir. Ama kendilerine daha önce sahip olmadıkları bir şey olan sigorta kartının verilmesi reformların yoksullar arasındaki popülaritesini arttırmış, yaşam koşulları ve siyasi güçleri açısından bir şey değişmese de bu sosyal politika ayarı ile yoksulların onayı kazanılmıştır (**Alvarez ve ark., 2011**).

Neoliberal reformlarla birlikte, derinleşen sosyal eşitsizlikler ve 2008–2009 ekonomik krizi Latin Amerika ülkelerinde alternatif bir politik-ekonomik modelin tomurcuklanmasına neden olmuştur (**Hartmann, 2016**). Postneoliberalizm olarak adlandırılan bu model, eşitlik ve dayanışma gibi temel değerler üzerine kurulmuş, sermaye fazlasını yeniden dağıtmak, devlet-toplum ilişkilerini güçlendirmek, marjinalleştirilmiş topluluklara öncelik vermek gibi reformları benimsemiştir. Marksist, sosyalist ve sömürge karşıtı düşünce birikiminden köken alan postneoliberal reformlar Latin Amerika'da, 2000'li yıllarda iktidara gelen sol partiler tarafından yaşama geçirilmeye başlamıştır (**Hartmann, 2016**).

Postneoliberalizm, tıpkı Latin Amerika Sosyal Tıp Hareketi gibi halk sağlığını sosyopolitik bir alan olarak görür, sağlığı devlet güvencesi altına alınması

gereken bir hak kabul eder ve sağlık yönetimini demokratikleştirmeyi amaçlar, hatta kültürlerarasılığı ve "kollektif refahı" vurgulayarak sosyal tıbbın ötesine geçer (Hartmann, 2016). Diğer yandan Hartmann'a (2016) göre postneoliberal halk sağlığı yönetim modelleri sosyal tıbbı tam olarak kapsamadıkları gibi neoliberalizmi de tamamen red etmemekte, sosyal tıp uygulamalarının fon kaynaklarına çevreyi tahrip eden ve yerlilerin toprak haklarını ellerinden alan madencilik endüstrisini dâhil etmek, sağlık sisteminin çok parçalı bir yapıda olmasına yol açan özel hizmetlerin varlığını korumak gibi pek çok neoliberal unsuru sürdürmektedir. Sağlık sisteminin tek ve bütünlük bir yapıda olması; sektörler arası sağlık bakımı ve eşitlik odaklı sağlık bakımı gibi ilkeleri de dikkate alındığında postneoliberalizmin Alma-Ata Bildirgesi ile benzerlikler taşıdığı da görülmektedir. Ramirez ve arkadaşları da (2011) postneoliberalizmin sosyal tıp hareketinin yanı sıra Alma-Ata Bildirgesi'nden, Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi'nden, Milenyum Gelişme Hedeflerinden, DSÖ'nün Sağlığın Sosyal Bileşenleri Komisyonu raporlarından beslendiğini savunmuştur. Latin Amerika deneyimi üzerinden postneoliberalizmin, neoliberalizm ile birlikte var olmasının doğurduğu paradokslara yakından bakmak, Alma-Ata Bildirgesi'nin sağlık sistemlerini etkileme potansiyelinin sınırlarını görmek açısından yararlıdır.

Kavramsallaştırılmaları ve uygulanmaları farklılık gösterse de postneoliberal dönüşüm Venezuela, Bolivya, Ekvador, Şili, Brezilya, Arjantin, Uruguay, Meksika, Nikaragua, Honduras ve El Salvador gibi çok sayıda Latin Amerika ülkesini etkilemiştir (Hartmann, 2016). Hak temelli sağlık politikalarına pek çok ülke, anayasa ve diğer yasal düzenlemelerinde yer vermiştir. Brezilya'da 1988 anayasasında sağlık, devlet tarafından güvence altına alınan bir hak olarak yer almış, bu da hizmet sunum modeli olarak TSH'ni benimseyen birleşik ve evrensel bir sağlık sisteminin kurulması ile sonuçlanmıştır. Hak temelli yaklaşımın Anayasada yer almasının bir diğer örneği Venezueladır. Hak temelli yaklaşımın zayıf olduğu olgularda ise TSH'ni uygulamak ve koordine etmek zor olmuştur. Kolombiya'nın Bogotá, Arjantin'in Rosario örneklerinde olduğu gibi ilerici yerel yönetimler tarafından gerçekleştirilen sınırlı sayıda inisiyatiften oluşan parçalı çabalar bunun tipik örnekleridir (Ramirez ve ark., 2011).

Postneoliberalizmi benimseyen ülkeler kamusal, ücretsiz ve tek bir sağlık sistemi kurmak için önemli adımlar atmıştır. Örneğin, Venezüella ve Bolivya anayasaları halk sağlığı hizmetlerinin özelleştirilmesini

yasaklamış, ancak mevcut özel sistemi hem tanımış hem de düzenlenmesine dair sorumluluk almıştır. Diğer ülkelerde durum oldukça benzerdir. Birleşik ve tek bir sağlık sistemi vaad edilmesine rağmen Ekvador, Bolivya ve Venezuelada sağlığın hem finansmanında hem de sunumunda çok parçalı yapı devam etmektedir. Örneğin Ekvador'da sağlık sistemi yoksullar, memurlar, kırsal kesim gibi farklı vatandaş gruplarına göre ayrılmıştır. Venezuelada sağlığın finansmanı hâlen merkezdendir, ama Bolivya ve Ekvador'da DB'nin dayattığı desantralize model devam etmektedir (Hartmann, 2016).

Postneoliberalizmin ücretsiz ve kamusal sağlık hizmeti sağlayarak herkesin erişimini arttırmayı amaçlar. Fakat Latin Amerika'da hâlen cepten yapılan özel harcamalar toplam sağlık harcamalarının %45'ini oluşturmaktadır (Titelman ve ark., 2015). On yıllar sürmüş olan neoliberal politikalar Venezuela, Bolivya ve Ekvador'da halk sağlığı kaynaklarını yok etmiş, bu ülkeleri özel sektörle sözleşme yapmak zorunda bırakmıştır (De Paeppe ve ark., 2012). Bolivya'da bulaşıcı hastalıklar, ana-çocuk sağlığı gibi alanlardaki hizmetler devlet eliyle yürütülürken, özel sektör bireysel sağlık pazarındaki hakimiyetini korumaktadır (Silva ve ark., 2011). Bu nedenlerle postneoliberalizmi benimseyen ülkelerde kaydedilen bazı başarılarla rağmen sağlık hizmetine erişim açısından yaşanan eşitsizlikler ve yerli halkın karşılaştığı engeller varlığını korumaktadır (Hartmann, 2016).

Postneoliberalizm, Alma-Ata Bildirgesi'nin kapsayıcı, kültürler ve sektörler arası sağlık bakımı ve toplum katılımı ilkelerinde önemli yol kat etmiştir (Ramirez ve ark., 2011). Şili'de yerli Mapuche topluluğu tarafından Batı tıbbı ile yerli sağlık sisteminin birarada uygulanmasını destekleyen Kültürler Arası Sağlık Bakımı Modeli geliştirilmiştir (Ramirez ve ark., 2011). Bolivya sağlığı güvence altına alınan diğer haklarla ilişkilendirmiş, sektörler arası toplum sağlığı çalışanı programları başlatmış, kültürler arası engellerin aşılması, geleneksel iyileştiricilerin sisteme entegre edilmesi ve toplumdaki sağlık komitelerine örgütlenmelerinde destek olunması için gezici sağlık ekiplerinde sosyal çalışmacılara yer vermiştir. Bolivya ve Ekvador anayasaları geleneksel sağlık birikimini Batı tıbbı ile birleştiren hizmetlere erişimi güvence altına almıştır. Bununla birlikte, Bolivya'da doktorların tutumları kültürler arası etkileşimi önlemekte, Ekvador'da mental sağlık hizmetleri Batı yönelimli olmaya devam etmektedir (Hartmann, 2016).

Güney Amerika postneoliberal reformlarının Alma-Ata Bildirgesi'nden etkilenmiş olması güçlü bir olasılıktır. Diğer yandan toplumsal eşitliği ve katılımcı demokrasiyi vurgulayan geniş kapsamlı ekonomik, sosyal ve yasal değişiklikler ile birlikte ilerleyen demokratikleşme süreçlerinde gerçekleşen bu reformlar (**Ramirez ve ark., 2011**) Alma-Ata ilkelerinin üzerinde bir politik alt yapıya dayanmaktadır. Bununla birlikte, neoliberal unsurların varlığını koruması postneoliberalizmin potansiyeline ulaşmasını ciddi şekilde sınırlamıştır (**Hartmann, 2016**). Bugün ABD eliyle yürütülen Latin Amerika'nın solcu hükümetlerine son verme amaçlı kapsamlı tasarım ne yazık ki postneoliberal sağlık reformlarının devamı açısından da büyük tehdit oluşturmaktadır.

### **Evrensel kapsayıcılık iddiasındaki zengin ülkelere bir örnek: Kanada**

Micheal Moore'un ABD sağlık sistemini eleştiren Sicko adlı belgeselinde Kanada'yı herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabildiği bir harikalar diyarı olarak izleriz. Başta ABD olmak üzere, pek çok ülkede yaygın olan bu algının kaynağı Kanada'da eşit ve kamusal sağlık hizmeti için verilen mücadele sonucunda elde edilen kazanımlara ve bazı eyaletlerde uygulanan kapsamlı TSH'nin oldukça başarılı örneklerine dayanmaktadır. Diğer yandan bugün Kanada'ya biraz daha yakından bakıldığında algılanandan daha farklı bir tablo ile karşılaşmakta ve ülkedeki herkesin harikalar diyarında yaşamadığı görülmektedir.

İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra Kanada'da yürütülen sağlık mücadelesi, 1961 yılında doruğa ulaşmış ve herkesi kapsayan, kamu tarafından finanse edilip sunulan hizmetlere yönelik bir öneri hazırlanmıştır. Doktorların tepkisi üzerine önerinin kamusal hizmet sunumu boyutundan büyük ölçüde feragat edilmiş, kamu tarafından finanse edilen, evrensel ve kapsamlı bakım sunulmasına ama doktorların muayenehanelerinde kalmasına karar verilmiştir. Alma-Ata Konferansı'nın gerçekleştiği yıl olan 1978'de Kanada kamusal sağlık sigortası olan Medicare'i kurmuştur. Alma-Ata Bildirgesi'ni imzalayarak sağlık eşitsizliklerinin politik, sosyal ve ekonomik açıdan kabul edilemez olduğunu ve bu nedenle tüm ülkelerin ortak sorunu olarak görülmesi gerektiğini onaylaması, Kanada açısından önemli bir tarihsel olay olarak değerlendirilmektedir (**Roberts ve ark., 2018**). Kanada'nın sağlık politikasındaki ilerici adımları 1982'de evsahipliği yaptığı Ottawa Bildirgesi'nin ardından da devam etmiş, 1984'de Kanada Sağlık Yasası ile birlikte sağlık sisteminin iki parçalı olmasını ve sağlık bakımında özel sektörün varlığını güçlü bir şekilde önleyen beş ilke

kabul edilmiştir. Sağlık hizmetine erişimin ödeme gücünden bağımsız olması ve geniş bir çerçevede yer alan hizmetlerin ücretsiz olarak sunulması anlamına gelen bu adımları, Kanada'nın Alma-Ata ilkeleri ve "Herkes İçin Sağlık Hareketi" ile bağlantısını koruduğunu göstermektedir (**Roberts ve ark., 2018**). Genel bütçeden finanse edilen, toplum tarafından yönetilen ve çok disiplinli ekiplerin görev yaptığı toplum sağlığı merkezleri de Alma-Ata ilkeleri çerçevesindeki bir yaklaşımın kanıtıdır. Fakat bu yaklaşım tüm eyaletleri aynı şekilde etkilememiştir. Örneğin Ontario'da 100'ün üzerinde merkez varken, British Columbia TSH'nin en zayıf olduğu eyalettir (**Fuller, 2017**). Kanada'yı Alma-Ata Bildirgesi'nden ayıran önemli bir nokta ise hekim merkezli bir sistemin kurgulanmış olmasıdır. Hekim merkezli bir sistemin eşitlik mücadelesinde zaten sınırlı olan başarı olan potansiyeli 1984'den itibaren etkisini gösteren neoliberal akım ile birlikte tamamen ortadan kaldırmıştır (**Roberts ve ark., 2018**).

Kanada 1985'den bu yana genel sosyal güvenlik sisteminde kesintiler yapan neoliberal hükümetlerce yönetilmiştir. Politikacılar halk arasında çok popüler olan Medicare'e doğrudan saldırmak yerine özel sektöre yer açma stratejisi izlemiştir (**Fisk, 2000**). Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin "tıbbi olarak gerekli" ifadesi ile sınırlandırılması ve "gerekli" tanımına netlik getiren bir yasal düzenleme bulunmaması bu stratejiyi kolaylaştırmıştır. (**Chowdhury ve Chowdhury, 2018**). Hangi hizmetlerin tıbbi olarak gerekli olduğuna eyalet ve bölge sağlık sigortası yönetimleri karar vermektedir. Ender görülen hastalıkların tedavisi, ayaktan bakımda ilaç tedavisi, göz ve diş bakımı, ambulans hizmetleri, evde bakım genellikle kamu güvencesi kapsamında değildir (**Chowdhury ve Chowdhury, 2018**). Kanadalılar bu hizmetleri cepten ödemekte ya da özel sigorta yaptırmaktadır (**Roberts ve ark., 2018**). Çalışanlara işverenleri tarafından özel sigorta yaptırılmakta, işsizler, kendi adına çalışanlar vb gruplar ise bu şansa sahip olmamaktadır. Sonuç olarak Kanada'da kamu ağırlıklı bir finansman artık söz konusu değildir ve bir Kanada vatandaşının sağlık hizmetlerine ne kadar erişebildiğini ne iş yaptığı, ne kadar para kazandığı ve nerede yaşadığı belirlemektedir (**Chowdhury ve Chowdhury, 2018**).

Neoliberal ataklar sonucunda eyaletler sağlık bütçelerinde önemli kesintiler yapmıştır. Buna bağlı olarak TSH yatırımları durdurulmuş, hastane ve yatak sayıları azaltılmış (**Fuller, 2017**), kamunun içinde işletmeleştirme süreci başlatılmıştır. Örneğin, British Columbia eyaletinde 2001 yılında kabul edilen yeni

yasa ile destek hizmetlerde görevli hastane çalışanlarının toplu sözleşmeleri tek taraflı olarak feshedilmiş, bu hizmetler Sodexo gibi özel şirketlere devredilmiştir. Kanada tarihindeki sağlık çalışanları açısından yaşanan bu en büyük toplu işten çıkartmada cinsiyetçi ve ırkçı yaklaşımın etkisi çok bariz olmuştur (**Roberts ve ark., 2018**). Bazı eyaletlerde bulunan çok disiplinli ekip çalışmasına dayalı TSH merkezleri de kamu hizmetlerinin sözleşmeye dayandırılması ve odağın hastalık tedavisine daraltılması baskısı altında varlıklarını ve kapsayıcı rollerini sürdürmekte zorlanmaktadır (**Freeman et al., 2016**).

Kanada'da sağlık hizmetlerine erişim açısından yaşanan engeller en çok yerli halkı etkilenmektedir. Çok parçalı yapı ve anlaşılması zor düzenlemeler ciddi bürokratik engeller yaratmakta, kırsal alanda ve yerlilerin yerleşim bölgelerinde sağlık kaynaklarının bulunmaması eşitsizlikleri derinleştirmektedir (**Fuller, 2017**). Ama bu eşitsizlikler sadece sağlık sisteminden kaynaklanmamaktadır. Yerli halkın sömürge döneminde topraklarını ve geçim yollarını kaybetmiş olması ve ırkçılık altta yatan temel nedenlerdir (**Roberts ve ark., 2018**). Özellikle British Columbia eyaletinde Aborjinler ve Aborjin kökeni olmayanlar arasında çok derin eşitsizlikler olduğu belirtilmektedir (**Fuller, 2017**). Ülkede görülen bu eşitsizlikler ve sağlık hizmetine erişimin giderek zorlaşması, bazı toplulukları içinde oldukları sağlık krizlerini ele almaya ve kendi kendine yönetmeye yönlendirmiştir. Aşırı dozda uyuşturucudan ölümlere yanıt olarak kurulan gruplar bunun bir örneğidir. Yerli topluluklar da iyileştirme geleneklerini yeniden canlandırarak kendi gereksinimlerine yanıt veren sistemler kurmaktadır. Bazı sağlık çalışanları hükümetin mülteci statüsü talep eden insanlara verilen hizmetlerini kesmeye yönelik girişimlerine karşı koymuştur. Bu çabalar, Kanada'yı Alma-Ata'nın ilkelerinden uzaklaştıran ideolojiye karşı önemli, ama mütevazı bir direniştir. Halkların Sağlığı Hareketi'nin üyeleri arasında yer alan bir grup yazar (**Roberts ve ark., 2018**), Suudi Arabistan ile olan silah anlaşması nedeniyle Kanada hükümetinin Yemen'deki insanlık felaketinin sorumluları arasında yer aldığını ve sadece bu nedenle bile Kanada'nın "Herkes İçin Sağlık" mottosundan çok uzakta olduğunu belirtmiştir.

### **Alma-Ata Bildirgesi ve sağlık sistemleri üzerindeki etkileri hakkındaki son sözlerimiz**

Eşitlikçi ve kapsamlı sağlık hizmeti anlayışı Alma-Ata Konferansı'ndan uzun yıllar önce yürütülen hak mücadeleleri kapsamında gelişmiştir. Bu nedenle

konferans ve bildirge başlangıç değil, bir birikimin ürünü olarak görülmelidir. Bildirge biyomedikal sağlık yaklaşımına karşı önemli bir karşı duruştur, ama sağlıksızlığın ve eşitsizliğin asıl nedeni olan kapitalizme karşı çıkmamaktadır. Bu nedenle yola çıkış noktası itibarıyla ülkelerin eşitlikçi ve bütüncül bir sağlık sistemi yönünde bir değişim yaratma potansiyeli sınırlıdır. Alma-Ata Bildirgesi sınırlı olan bu potansiyelini bile gösterme zamanı bulamadan antitezi olan Seçici Sağlık Hizmetleri yaklaşımı ile karşılaşmıştır. Alma-Ata Bildirgesi'nin savunduğu toplumların kendi sosyoekonomik bağlamına, epidemiyolojik durumuna ve önceliklerine göre şekillenen TSH yaklaşımının tam tersine, Seçici Sağlık Hizmetleri ve neoliberal reformlar tüm ülkelere aynı reçeteyi dayatmıştır. Bu prefabrik yaklaşımın sonuçları, yoksulluğun ve sağlıksızlığın ana nedenlerini ele alan uzun erimli yaklaşımların terk edilmesi, ulusal önceliklerin çarpıtılması, insan gücünün, alt yapının ve diğer kaynakların vertikal programlara aktarılması, bunlara bağlı olarak ulusal sağlık sistemlerinin sürekliliğinin ve bütünlüğünün bozulması ve eşitsizliklerin derinleşmesi olmuştur.

Alma-Ata Bildirgesi'nin ardından ülkelerin sağlık sistemlerinde nelerin değiştiğine daha yakından bakıldığında da olumlu bir tablo ile karşılaşılmaktadır. Bir zamanlar bildirgeye öncülük yapan gelişmelerin yaşandığı Hindistan ve Sri Lanka'da kapsamlı TSH anlayışına bağlılık, konferansın ardından birkaç yıl devam edebilmiş, özellikle Hindistan'ın sağlık birikimi küresel girişimlerle tahrip edilmiştir. Sahraaltı Afrika, Alma-Ata Konferansı öncesinde kapsamlı TSH ile ilgili bir rehberliğe en çok gereksinim duyan bölge iken, seçici yaklaşımın dayatılmasıyla DSÖ ve DB politikalarının deney alanı hâline gelmiştir. Sosyal Tıp Hareketi'nin sosyalist mücadele ile birlikte büyüdüğü Latin Amerika ülkeleri Alma-Ata Konferansı'nda yeni bir kavram ve ilke ile karşılaşmamıştır. Neoliberal sağlık politikalarının Latin Amerika ülkelerindeki ilerlemesi ABD güdümlü diktatörler sayesinde çok hızlı olmuştur. Bu ülkelerde ikibinli yıllarda yeşeren postneoliberal hareket Alma-Ata Bildirgesi'nden beslenmiştir, fakat bildirgenin sınırlarını çok aşan bir birikime dayanmaktadır. Postneoliberalizm, neoliberalizmin varlığını koruduğu ortamlarda kendisine yer bulmaya çalışmış, bu nedenle de hedeflerinden uzak bir noktada kalmıştır. Zengin bir kapitalist ülke örneği olarak değerlendirdiğimiz Kanada 1985'e kadar Alma-Ata'nın ilkeleri ile kısmen uyumlu bir sağlık politikası izlemiş, fakat daha sonra neoliberal hükümetler yönetiminde bu politikaları terk etmiştir. Buna rağmen, ülkenin bazı eyaletlerinde uygulanan

kapsamlı TSH merkezlerini ya da yerel toplulukların girişimlerini Alma-Ata Bildirgesi ile ilişkilendirmek mümkündür.

Sonuç olarak kapitalizmi red etmeyen bir metin olan Alma-Ata Bildirgesi'nin "başka" bir sağlık anlayışı üretme potansiyeli sınırlıdır. Bildirgenin belli yıllarla, topluluklarla ya da bölgelerle sınırlı kalan etkileri olmuştur. Sorunlarına rağmen Alma-Ata Bildirgesi kapsamlı ve eşitlikçi TSH için kurgulanan modellere önemli bir dayanak sağlamaktadır. Fakat Latin Amerika örneğinde gördüğümüz gibi neoliberal sağlık politikalarının varlığında ne Alma-Ata Bildirgesi'nin ne de başka bir uluslararası açıklamanın eşitlikçi, demokratik, toplum katımlı, kapsayıcı ve bütüncül bir sağlık sisteminin sürdürülebilmesi ni sağlayan bir etkisi olamayacaktır.

### Kaynaklar

**Abeykoon, P.** (2018) *Universal Health Coverage and Sri Lanka: Need for a Third Cycle of Primary Health Care?*. *Journal of the College of Community Physicians of Sri Lanka*, 24(1), pp.3-4, Erişim Tarihi 10 Eylül 2019, <http://doi.org/10.4038/jccpsl.v24i1.8155>.

**Aksakoğlu, G.** (2003) *Sovyetler Birliği Özelinde Sosyalist Ülkelerde "Sağlık Reformu"*. *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 18 (1): 68-80.

**Alvarez, L.S., Salmon, J.W., Swartzman, D.** (2011) *The Colombian Health Insurance System and Its Effect on Access to Health Care*. *International Journal of Health Services*, 41(2): 355-70.

**Banerji, D.** (1999) *A Fundamental Shift in The Approach to International Health By WHO, UNICEF, and The World Bank: Instances of The Practice of "Intellectual Fascism" and Totalitarianism in Some Asian Countries*. *International Journal of Health Services*, 29(2): 227-59.

**Banerji, D.** (2012) *Reconstructing The Critically Damaged Health Service System of The Country*. *International Journal of Health Services*, 42(3): 439-64.

**Bhatia, M., Rifkin, S.** (2013) *World Health Organization, Alma Ata, and Primary Care. Primary Health Care, Now and Forever? A Case Study of A Paradigm Change*. *International Journal of Health Services*, 43(3): 459-71.

**Brown, T.M., Fee, E.** (2002) *Sidney Kark and John Cassel. Social Medicine Pioneers and South African Emigrés*. *American Journal of Public Health*, 92(11): 1744-1745.

**Chowdhury, M.Z.I., Chowdhury, M.A.** (2018) *Canadian Health Care System: Who Should Pay for All Medically Beneficial Treatments? A Burning Issue*. *International Journal of Health Services*, 48(2): 289-301.

**De Paepe, P., Tapia, R.E., Santacruz, E.A., Unger, J.-P.** (2012) *Ecuador's Silent Health Reform*. *International Journal of Health Services*, 42(2):219-233

**Dünya Sağlık Örgütü.** (1978) *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*, Erişim Tarihi 10 Eylül 2019, [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

**Dünya Sağlık Örgütü.** (1980) *BCG Vaccination Policies: Report of a WHO Study Group*. *WHO Technical Report Series Number 652*. Geneva, Erişim Tarihi 10 Eylül 2019, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41409/WHO\\_TRS\\_652.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41409/WHO_TRS_652.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

**Dünya Sağlık Örgütü.** (1994) *TB: A Global Emergency, WHO Report on the TB Epidemic (WHO/TB/94.177)*. Geneva, Erişim Tarihi 10 Eylül 2019, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58749>.

**Dünya Sağlık Örgütü.** (1996) *WHO: The World Health Report 1996- Fighting Disease, Fostering Development*. Geneva, Erişim Tarihi 10 Eylül 2019, <https://www.who.int/whr/1996/en/>

**Fisk, M.** (2000) *Canadian Health Care Under Neoliberal Assault. A Socialist, Feminist, Anti-racist Organization: Solidarity*, Erişim Tarihi 18 Eylül 2019, <https://solidarity-us.org/p936/>.

**Fuller, C.** (2017) *20 Years Later: How Corporations Took over Canada's Health Care System*. *Policynote*, Erişim Tarihi 18 Eylül 2019, <https://www.policynote.ca/20-years-later-how-corporations-took-over-canadas-health-care-system/>.

**Gesese, H., Tsehaineh, B., Massa, D., Tesfay, A., Kahsay, H., Mwanri, L.** (2016) *The Role of Social Determinants on Tuberculosis/HIV Co-infection Mortality in southwest Ethiopia: A Retrospective Cohort Study*. *BMC Research Notes*, 12(9): 89.

**Grant J. P.** (1983) *A Child Survival and Development Revolution*. *Assignment Children*, 61/62: 21-31.

**Grant, J.P.** (1985) *Universal Child Immunization by 1990*. *Assignment Children* 69/72: 3-11.

**Hamzaoğlu, O.** (2002) *Reel Sosyalizmin Çözülüşünün İpucu: Alma Ata Bildirgesi*. *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 17(2): 107-110.

**Hartmann, C.** (2016) *Postneoliberal Public Health Care Reforms: Neoliberalism, Social Medicine, and Persistent Health Inequalities in Latin America*. *American Journal of Public Health*, 106(12): 2145-2151.

**Jancoes, M.** (1998) *The Poorest First: WHO's Activities to Help the People in Greatest Need*. *World Health Forum* 19(2): 182-187.

**Jones, M.** (2015) *The Sri Lankan Path to Health for All from the Colonial Period to Alma-Ata*. Chapter 3. in *Medcalf, A., Bhattacharya, S., Momen, H., Saavedra, M., Jones, M. (Eds.) Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*, Hyderabad (IN): Orient Blackswan, Erişim Tarihi 10 Eylül 2019, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316260/>.

**Ichoku, H.E., Ifelunin, A.I.** (2017) *The Changing Political Undercurrents in Health Services Delivery in Sub-Saharan Africa. The Consequences of the International Monetary Fund the World Bank Policies: The Case of Sub-Sahara Africa*. *International Journal of Health Services*, Vol. 47(3): 489-503.

- Iñarra, B.** (2019) *The Impact of neoliberal policies on health. International policies responsible for the weakening of health systems.* Africa Europe Faith and Justice Network. Erişim Tarihi, 18 Eylül 2019, <http://archives.aefjn.org/index.php/358/articles/the-impact-of-neoliberal-policies-on-health.html>.
- Kapilashrami, A., O'Brien, O.** (2012) *The Global Fund and the Re-configuration and Re-emergence of 'Civil Society': Widening or Closing the Democratic Deficit?* *Global Public Health*, 7(5): 437-451.
- Özkan, Ö.** (2003) *Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği'nde Sağlık Hizmetleri*, *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 18 (1): 32-40
- Ramírez, N.A., Ruiz, J.P., Romero, R.V., Labonté, R.** (2011) *Comprehensive Primary Health Care in South America: Contexts, Achievements and Policy Implications. Historical and Structural Processes That Influenced Definitions of Primary Health Care in South America.* *Cad. Saúde Pública*, 27(10):1875-1890.
- Rifkin, S., Walt, G.** (1986) *Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care.'* *Social Science and Medicine*, 23:559-566.
- Roberts, M., Mukhopadhyay, B., Birn, A-E., Shroff, F., Pakhale, S., Hanson, L.** (2018) *Alma-Ata at 40: Insights from Canada.* *Health and Human Rights Journal*, Erişim Tarihi 18 Eylül 2019, <https://www.hhrjournal.org/2018/10/alma-ata-at-40-insights-from-canada/>.
- Sanders, D., Reynolds, L.** (2019) *The Politics of Primary Health Care. Subject: Global Health, Public Health Policy and Governance.* *Oxford Research Encyclopedias*, Erişim Tarihi, 30 Ağustos 2019, <https://oxfordre.com/publichealth/view/10.1093/acrefore/9780190632366.001.0001/acrefore-9780190632366-e-50?print=pdf>.
- Silva, H.T., De Paepe, P., Soors, W., Lanza, O.V., Closon, M-C., Van Dessel, P., Unger, J-P.** (2011) *Revisiting Health Policy and the World Bank in Bolivia.* *Global Social Policy*, 11(1):22-44.
- Thresia, C.U., Mohindra, K.S.** (2011) *Public Health Challenges in Kerala and Sri Lanka.* *Economic & Political Weekly*, vol xlvi; 31. Erişim Tarihi 18 Eylül 2019, <https://pdfs.semanticscholar.org/5d72/ae704bc82f14985e310b558a7379e5f61709.pdf>.
- Titelman, D., Cetrángolo, O., Acosta, O.L.** (2015) *Universal Health Coverage in Latin American Countries: How to Improve Solidarity-based Schemes.* *Lancet*, 385(9975): 1359-1363.
- Tilley, H.** (2016) *Medicine, Empires, and Ethics in Colonial Africa.* *AMA Journal of Ethics*, 18(7): 743-753.
- Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S.** (2001) *Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America.* *American Journal of Public Health*, 91(10): 1592-1601.
- Walsh, J. A., Warren, K. S.** (1979) *Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control for Developing Countries.* *New England Journal of Medicine*, 301: 967-974.