

DOSYA/DERLEME**HERKES İÇİN SAĞLIK'TAN HEDEF 21'E:
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
DEĞİŞİYOR**

Gazanfer AKSAKOĞLU*

Gerçekte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) değişmiyor. Değişen, dünyanın siyasal konjonktürü; DSÖ de bunun içindeki yerini her zamanki gibi koruyor. Bin dokuz yüz kırklardaki kuruluş yıllarında savaş sonrası ezilen halk yığınlarından yana oluşturduğu politikasını; yetmişli yıllarda toplumsal devinimle koşut, ulusal bağımsızlık ve toplumcu gelişime kapılarak yeniden çizen DSÖ; iki binli yıllarda merkez kapitalizmin kalesi Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin tek kanatlı gücüne teslim; her zaman olduğu gibi dünya siyasetini yansıtan çizgisini sürdürüyor.

DSÖ'nün sağlığa bakış açısından devrim niteliğinde sunulmaya çalışılan Alma Ata bildirisi ve aynı dönemden beri abartılarak gündemde tutulmaya çalışılan *Herkes İçin Sağlık* sloganının son yıllarda gözden düşmeye başladığı gözleniyor. Gündemi yeni işgal etmeye başlayan *Hedef21*'in ne anlama geldiği ise pek az kişi tarafından biliniyor. Bu yazıda Alma Ata bildirisinin akılda tutulması gereken bazı temel gerçekleri ve Alma Ata'dan bu yana gelişen çizgi sonucu ulaşılan *Hedef21*'in ana hatlarına değinilecek, DSÖ ve onun ilkelerindeki değişimi oluşturan dünya siyaset yapılanmasındaki gelişme de kaçınılmaz olarak ele alınacaktır. Gelişme ve değişim değerlendirilirken, konunun temel çizgilerini önceki yıllarda anahatlarıyla yansıtan bir yayından önemli ölçüde yararlanılmış; özellikle konuyla yeni ilgilenen sağlıkçılar açısından bütünlüğün korunabilmesi amacıyla bazı örneklerin yinelenmesinden kaçınılmamıştır (*Şemin S, Aksakoğlu G 1995*).

Başlangıç ve gelişim

Birleşmiş Milletler (BM), İkinci Dünya Savaşı sonrası yapılanmasında anlayış olarak farklı üç temel birim

icriyordu: Barış gücü; uzmanlaşmış birimler [DSÖ ve Dünya Bankası (DB) gibi]; fon ve programlar [BM Çocuk Sağlığı Fonu (UNICEF), BM Nüfus Etkinlikleri Fonu (UNFPA), BM Kalkınma Programı (UNDP) gibi]. DSÖ'nün diğerleri arasında önemli ve etkin, özel bir konumu vardı; savaşın yaralarını saracak teknik etkinlikleri üstlenecekti. Kuruluş anayasasına sahip ve sağlıktan sorumlu tek birim olarak DSÖ'nün, özellikle savaş sonrası yıkımdaki toparlayıcı rolü çok büyüktü. Kararlarını tüm dünya ülkelerinin eşit oylarıyla temsil edildiği Genel Kurul'da alması, en büyük ve demokratik gücünü oluşturuyor, özellikle az gelişmiş dünyanın ilgi ve güvenini kazanıyordu. Anayasasının temelini oluşturan ünlü sağlık tanımı "fiziksel, akılsal ve toplumsal açıdan tam iyilik durumu" (**WHO 1946**), ulaşılmaması olanaksız bulunsa da, görkemli bir anıt gibi kabul görüyordu. Örgüt ilk otuz yılını bilimsel ve teknik danışmanlık yaparak ve uluslararası norm ve standartları oluşturarak geçirdi. Tetanoz, difteri, kolera gibi yaygın bulaşıcı hastalıkların teknik yönleriyle ilgileniyor; bu tür sağlık sorunlarının altında yatan gerçek toplumsal etkenleri ya göremiyor, ya da göz ardı ediyordu. Kadrosu büyük ölçüde hekimlerden ve laboratuvar elemanlarından oluşuyordu. Teknik açıdan etkin ve yararlı bir kuruluştur; özellikle Afrika, Latin Amerika ve Güneydoğu Asya'daki yaygın ve ciddi bulaşıcı sağlık sorunlarının aşıyla korunma ve sağaltım yöntemlerinde parlak başarılar elde ediyordu. Çok boyutlu sağlık bakış açısına sahip olmayışı o yıllar için hoş görülebilirdi; on dokuzuncu yüzyılda gündeme gelen sağlığın bütüncül yapısı ve sağlık hizmetlerinin tümelci yaklaşımı yirminci yüzyılda sağlık çevrelerinde unutulmuş; biyokimya ve mikrobiyolojinin derinlemesine, ancak tek boyutlu yoğunlaşma anlayışı birey boyutunda dar bakış açısını yeniden geçerli kılmıştı. DSÖ'nün yüzeysel yaklaşımı, sıtma ve çiçek hastalıklarında başarı elde edilemeyişi sonucu sağlığın toplumsal boyutunun yeniden dikkat çekmesiyle aşılması başlanacaktı.

* Prof.Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

DSÖ'nün, BM çatısı altında oldukça bağımsız bir niteliği vardı. Üye ülkelere sağlık hizmetlerinde teknik danışmanlık yapma dışında bir işlevi olmayacaktı; sağlık politikaları için düşünce üretmesi, bunların içinde yer alması beklenmiyordu. Zaten ülkelerle ilişkileri salt hükümetler, daha doğrusu sağlık bakanlıkları aracılığıyla olacak, hükümetlerin politikalarına karışması düşünülemeyecekti. Bütçesi kısıtlıydı. Ülke temsilciliklerinin konumu yetersizdi ve temsilcilerin kendileri de-özel bir işlevleri ve katkıları olmasa beklenmediğinden- yetersiz kişilerden seçilmişti. Örgüt yerel sağlık hizmeti yönetiminde deneyimsiz ve isteksizdi. Bir dünya merkezi olan Cenevre'den, yoğun hiyerarşi ve bürokrasi ile yönetiliyordu. 4,500 personelinden üçte biri Cenevre'de, üçte biri altı bölge merkezinde çalışıyor, ülkelerde çalışma alanlarında personelinin ancak üçte biri bulunabiliyor, onlar da ülke sağlık bakanlıkları emrinde görev alıyordu (Godlee F 1994a). Sayılanların tümü, DSÖ'nün ülke sağlık politikalarında söz sahibi olmasını engelleyici unsurlardı. Sağlık alanındaki planlamaları yönlendirmeye parasal olarak da gücü yetmiyordu. İlerleyen yıllarda bile yapabildiği planlama etkinlikleri daha çok varsıl ülkelerin isteklerini karşılıyordu: Hastalıklardan korunma ve kontrol için ayrılan 107.8 milyon doların yalnızca 3.7 milyonu ishal ve 2.5 milyonu akut solunum yolu enfeksiyonlarına ayrılıyor; buna karşılık ağız sağlığı, psiko-sosyal sağlık, akılsal ve nörolojik bozukluklardan korunma ve sağaltım programlarının her birine 4 milyon dolar harcanıyordu. Ükelere göre kaynak dağıtımı da dengesizdi: En yoksul ülkelere Etiyopya'ya yılda 0.07 dolar, ondan 10 kat varsıl Fiji'ye 46 kat fazla pay ayırıyordu (Tollison RD, Wagner RE 1993).

DSÖ ilk 20-30 yılında dikkatli ve dingin bir dönem geçirdi. Sağlık teknik alanları dışına çıkmamaya özen gösteriyor, politik sayılabilecek konulardan uzak durmaya dikkat ediyordu. Uzak durduğu konuların başında, bazı dinler ve uluslar tarafından, özellikle de ABD hükümetleri tarafından tabu sayılan aile planlaması geliyordu. 1952'de, dinsel ve politik kaygılarla, nüfus konusuna girmeyeceğini belirtti. 1977'de, dünyada nüfus artışına yönelik kaygılar artınca, ancak üye ülkelerin istekleri olursa ve yalnızca teknik konularda aile planlaması desteği sağlayabileceğini açıkladı (Walt 1993). Birçok konuda üye ülkelerin öğrencileri ve çalışanlarına öğrenim kredisi vermesine karşın, hiçbir zaman burs vermediği tek konu aile ve nüfus planlaması olarak kaldı. Böyle özel ve teknik bir konuda bile politika geliştirmemeye özen gösteren örgütün ülkeler ve dünya sağlık politikasında öncülüğe soyunması düşünülemezdi.

Örgütün teknik bilgi birikimi ve ülkelere yardımı arttıkça, ülkelere aldıkları destek de yıllar içinde yükselmeye başladı. 1960'ların sonlarında yerkürede bağımsız ülkelerin çoğalmasıyla birlikte üçüncü dünya ülkelerinin Genel Kurul'daki sayısı ve oy etkinlikleri de arttı. Özgür, bağımsız ve ilerici genç ülkeler, Genel Kurul'da üçte iki çoğunluğu sağlayabilir duruma geldi. 1970'lerin ilerici ve atılımcı dünyasında DSÖ örgüt yapısı ve amaçları ile değilse bile, üye ülkelerin temsilcilerinden oluşan Genel

Kurul yapısı ile, ilerici ve toplum yararına devinmeyi amaçlayan bir nitelik taşıyordu.

Herkes için Sağlık ve yeni sağlık tanımı

1941 de Julian Huxley, haftalık *Picture Post* dergisinde, bir ermiş yaklaşımıyla kaleme alınmış yazısında, ilk kez "herkes için sağlık" önerisinde bulunmuştu. Bunun için "herkese sağlıklı bir diyet, herkese bilinen sağlık standartlarına ulaşma şansı, kamu sağlığı hizmetleri, aile temelinde sağlık anlayışı, gerçek bir aile ve nüfus politikası, her yerde çocuk refahı merkezleri" öneriyordu (Calman KC 1997). Belirli bir ekonomik ve siyasal temele dayanmayan bu iyi niyet dilekleri bilimsel yaklaşımdan yoksun, ancak günün savaş koşullarında umut ve mutluluk vericiydi. Savaş süresince oluşan sağlıksızlık ortamının insanların yüreklerinde geliştirdiği dayanışma ve Kızılhaç mantığı, bu önerileri kendiliğinden kabul edilir kılıyordu. Birleşik Krallık'da 1948'de kurulan Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), gerçekte siyasal yapısı değişen dünyada, Birleşik Krallık işçi sınıfına bir parmak bal olarak sunulmasına karşın, Huxley'in insancıl önerilerinin önemli bir kısmını karşılayacaktı.

DSÖ bir yandan bu tür insancıl ve duygusal yaklaşımlardan etkileniyor, bir yandan az gelişmiş dünyanın toplumcu ve bilimsel girişimlerinin baskısından kalyorundu. Sağlık politikaları konusunda kestaneleri ateşten almayı göze aldığı dönem, küçük bir grup konsültanın sosyal güvenliğinin tıbbi yönü konusunda, sağlık sigortalarına karşı nitelikte bir rapor yazması ile başladı. DSÖ'nün en büyük parasal destekçisi ve sağlık sigortacılığındaki kazancın baş savunucusu ABD hızlı ve sert bir tepkiyle, tıbbi olmaktan çok politik bulduğu bu yaklaşıma karşı çıktı. Ok yaydan çıkmış, DSÖ'nün hastalık ağırlıklı etkinliği değişmeye, sağlıktaki temel çelişkiler su yüzüne çıkmaya başlamıştı. 1970'lerde ortam iyice kızıştı. Teknik konularda görülmeye başlanan yetersizliklerin temel nedenleri tartışılır oldu. Sözcügelimi, sıtma eradikasyonu programının başarısızlığı salt DDT'nin etkisizleşmesi nedeniyle değil, az gelişmiş ülkelerin sağlık alt yapılarındaki bozukluktan da kaynaklanıyordu. Yeni genel direktör Halfdan Mahler yönetimindeki ekip, hastalıkların sosyoekonomik nedenlerine yönelmeye ve temel sağlık alt yapısının oluşturulması yönünde girişimlere başladı. DSÖ'nü "2000'de Herkes için Sağlık" sloganıyla Alma Ata'ya yönelten temelde bu görüştü.

DSÖ yetmişli yılların ortasından başlayarak politik anlamda kıpırdanmaya başladı. *Herkes için Sağlık, Birincil Sağlık Hizmeti*, anne sütü yerine geçecek ürünlere kota uygulanması ve temel ilaçlar konularıyla politika geliştirmeye ve ülkelerin sağlık politikalarında değişiklik için öncülüğü üstlenmeye başladı (Lee K, Collinson S, Walt G, Gilson L 1996; Godlee F 1994b). Değişimi tetikleyen, Genel Kurul'da çoğunluğu elinde tutan ve ulusal kalkınma ve özgür topluma ulaşma girişimleri yoğunlaşan, çoğu toplumcu kalkınma modellerini araç edinmiş genç üçüncü dünya ülkeleriydi. Sosyalizmin dünya siyasal hareketi içinde giderek gelişen ve öncü

nitelik kazanan yapısı DSÖ'yü teknik bir örgüt olmaktan çıkarıp, sağlığın siyasal öncülüğü işlevine doğru yöneltmeye başlamıştı. Aynı gelişme sağlıkta ortak paydaları olan bazı başka uluslararası örgütlerin zaten yıllardır soyunmaya çalıştıkları rolü hızlandıracak ve DSÖ'nün koluna takılmalarına yol açacaktı.

Yeni yaklaşım sağlığın da yeniden tanımlanmasını gerektiriyordu: 1977'de yeni sağlık tanımı oluşturuldu. Dünyanın tüm bireylerinin "kendilerine sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürmeye olanak sağlayan sağlık düzeyi: 2000 yılında herkes için sağlık" ulaşılması gereken hedef olarak tanımlanıyordu (WHO 1981). İzleyen yıl Alma Ata, SSCB'de DSÖ dünyanın *herkes için sağlık'a ulaşmasının birincil sağlık hizmeti yaklaşımı* yoluyla, bütüncül bir bakışın tümelci örgütlenmesi ile olacağını duyuracaktı (WHO 1978).

Dünyadaki gelişen toplumsal akımların etkisine giderek daha fazla giren DSÖ, 1978'de Alma Ata'da beklenen açılımı yaptı. DSÖ Genel Kurulu bu kez *Herkes için Sağlık* amacıyla toplanıyor, 2000 yılında yerkürede yaşayan tüm bireylerin sağlığa kavuşmasını amaçlayan bir etkinlik öneriyordu. DSÖ'nün UNICEF'le birlikte düzenlediği bu toplantı Huxley'in iyi niyet bakışıyla örtüşüyordu. Konunun uzmanlarına göre *Herkes için Sağlık* çok edilgen bir kavramdı. Ulaşılması, elde edilmesi için önemli bir girişim, etkin bir atılım gerektirmiyor, populist siyaset anlayışıyla gerçekleştirilebilecek yüzeysel bir yaklaşım olarak görülüyordu. Doğu ve Kuzey Avrupa ülkeleri, Küba, Kanada, Birleşik Krallık, Türkiye gibi modellerde ülkelerin siyasal yapılanmasına koşut *herkes için sağlık* modelleri tümüyle ya da bir ölçüde kurulmuştu. Sağlık örgütlenme modellerini ulusal ve tümelci olarak kurmuş ve önemli kazanımlar sağlamış olan bu ülkelerde, *Birincil Sağlık Hizmeti* modelinin ne olduğu çabuk kavrandı; ancak sağaltım hekimliği dışındaki kavramlara yabancı olan ülkeler için kavram soyut, karmaşık ve anlaşılmasız olarak kaldı.

Herkes için Sağlık girişimi sağlam bir senaryo ile düzenlenmişti. DSÖ tüm ekibini, dünya çapında devinime geçirmişti. Tüm üye ülkeler katılım ve desteğe ikna edilmişti. Seçilen toplantı yeri dönemin (1978) yükselen değerleri içinde en önde giden politik gücün (SSCB) tüm dünyaca en beğeni ile kabul görecektir (Alma Ata, Kazakistan) idi. Tüm bu büyüleyici unsurlar içinde kuşkuyla karşılanan, "ne işi var" dedirten tek öge, o güne dek çocuk sağlığı gelişimine alçak gönüllü katkılarda bulunmaya çalışan UNICEF'in DSÖ ile kol kola ve eşit statüde bulunması idi. UNICEF de nereden çıkmıştı? Bu denli büyük "eşitlik, hak, görev" söylemleri arasında, o zamana dek minik bedenlerle özveriyle ilgilenmekten başka sağlık politikası görüşüne sahip olmayan çocukların toplantıda ne işi vardı? Yoksa toplantı Kızılhaç anlayışının bir yansıması mıydı? Öyle olduğu toplantıdan sonra Alma Ata'nın duyurulması ve tanıtımı ağırlıklı olarak çocukcularca üstlenildiğinde anlaşılacak, açıklama içeriğinde ilk okunuştta es geçilen kavramlar, yıllar içinde daha açık anlaşılacak görüşü netleşecekti. Alma Ata bir

göz boyamadan, *herkes için sağlık* bir aldatmacadan öteye gidemiyordu.

Alma Ata bildirisi, az gelişmiş dünyada konunun içinde olan profesyonellerde de şaşkınlıkla izleniyordu. "Eee, n'olmuş yani?". Yazılanlar kendi ülkelerinde olmasa bile Doğu Avrupa'da, Latin Amerika'da, Güneydoğu Asya'da, Afrika'da, sosyalist rejimlerde yıllardır planlı biçimde yürütülüyor, onlara benzer modeller oluşturmaya çabalayan Birleşik Krallık, İskandinav ülkeleri ve Türkiye'de bile benzer adımlar atılmaya çabalanıyordu. Ne olmuştu da bazı toplumlarda yıllarca görmezden gelinen çabalar, şimdi resmi nitelik kazandırılarak evrenselleştiriliyordu? Aslında değişen önemli bir şey yoktu. Üçüncü dünya ülkelerinden gelen baskı sonucu yeni modeller üretilmiş gibi gösteriliyor, bir yandan da UNICEF ve DB devreye sokularak dengeler kuruluyor; aynı anda hem gaza, hem frene basılıyor, sağlıkta politika üretmek adına gerçekte apolitizasyon sürecine giriliyordu. İzleyen yıllarda DSÖ'nün başına Hiroshi Nakajima'nın -hem de iki dönem-seç(tir)ilecek olması bu sürecin daha açık anlaşılmasını sağlayacaktı.

Herkes için Sağlık, beklendiği gibi, çok yaygın kabul gördü. Eşitlik, sağlık hakkı, herkese hizmet gibi, belirli politik ve ekonomik tabana dayalı olmayan soyut ve yuvarlak kavramlar beğeni uyandırmış, çekici bulunmuştu. Gerçekte kavram iki zayıf halkadan oluşuyordu: Birincisi, yaklaşımın kabul görmesi için hükümetler, çalışanlar, işverenler, yerel toplumlar ve yönetimler, eğitim ve din önderleri, gönüllü kuruluşlar gibi tüm birimlerin ortak çaba ve dayanışması gerekiyordu. İkincisi, DSÖ'nün artık herkesçe bilinen sağlık tanımı, profesyonellerce "çok idealist" bulunuyor, ölçülebilir amaçlardan yoksun olması nedeniyle ulaşılamayacak denli düşsel görülüyordu. Avrupa Bölgesi daha somut bir adım attı ve ulaşılabilir 38 hedef saptayarak, bunlara erişme yollarıyla birlikte yayımladı (WHO 1988). Zaten -o yıllarda- yaygın ve önemli sağlık sorunları bulunmayan Avrupa'da *Herkes için Sağlık* ciddi bir önem taşıyor, biçimsel düzenleme gerektirmenin ötesine geçmiyordu.

Bildiri önemli ölçüde *Birincil Sağlık Hizmeti* (PHC = Primary Health Care) kavramına dayandırılıyordu. Kavram özünde doğru, çağdaş ve uygulanabilir nitelikteydi. Tam destekle ve herkesçe kabul gördü. İzleyen ayrıntılar bu sayede örtülü geçirilebildi. *Toplum Katılımı*, bildirinin en can alıcı ayrıntısıydı. Anlatıldığı biçimde bakılınca kabul edilmemesi olanaksızdı; toplum kendi sağlığı konusunda bilinçlendirilecek, hizmeti sağlığıyla paylaşarak sürdürecekti. Gerçekten de öyle miydi? Yoksa yaklaşım biraz "herkes kendi başının çaresine baksın", ya da "kendi kendine bakım" anlamını mı içeriyordu? Acaba 1970 li yıllarda başlatılan DB'nin Papua Yeni Gine ve 1988 de işlev kazandırılmaya çalışılacak olan UNICEF'in *Bamako girişimi* benzeri projelerle hizmetin halka satılması planlanmaya mı başlanmıştı? Sıkça gönderme yapılan *community participation* terimi, *toplum katılımı* adı altında *toplum bilincini* mi kastediyordu, yoksa *toplumun hizmete katkısı* maskesiyle hizmetin satın alınmasını mı gündeme

getiriyordu? Kafaları karıştıran bu kavramlar aslında bildirinin *Finansman* başlığı altında çok net olarak açıklanmıştı: "Toplum hizmetlerini finanse etmede toplum katılımı gerekli" idi, katkı "bireylerin ödemeleriyle" sağlanacaktı, çünkü "tarım ağırlıklı toplumlarda maliyeti vergilendirmeye karşılamak olası değildi" (WHO, UNICEF 1978). UNICEF'in Bamako yaklaşımında yalnız olmadığı, DSÖ'nün daha Alma Ata'da sağlık hizmetinin satın alınmasına yandaş olduğu ortaya çıkıyordu. Başlangıç ve temel ilkelerinin dayanılmaz çekiciliği, kavramların ve dilin "hantal" ve "hamasi" yaklaşımı ile bütünlüşince, bildirinin ayrıntıdaki çelişkileri kolayca gözden kaçırılıyordu. *Toplum katılımı* gerçekte hizmetin satın alınmasını, halkın sağlık hizmetinin finansmanına katkıda bulunmasını amaçlayan bir terimdi. Alma Ata özünde sunulmaya çalışıldığı gibi bir bildiri değildi; sağlık hizmetinde özelleştirmeye dayalı bir programı, karşı konulamayacak çekici süslemelerle ve albeniyle bezemeyi başarıyordu. Berlin duvarı yıkılıp, sosyalist kanadın ve üçüncü dünya ülkelerinin gücü -geçici olarak- gündemden düşünce ve uluslararası sermaye tek kanadıyla yerkürenin üzerine çullanınca yıldız dökülecek, önceden fark edilemeyen gerçekler gün ışığına çıkacaktı.

Yeni sağlık tanımında yer alan *Herkes için Sağlık* kavramının oldukça romantik ve ulaşılmazı olanaksız bir hedef olduğunu herkes kabul ediyordu; ama Mahler'in "bir rahip gibi" bunu söyleyivermesi, tam desteğin sağlanmasına neden olmuştu (Godlee F 1994b). NRE Fendall bu hedefe ulaşılmasını olanaksız buluyor ve daha alçakgönüllü ve gerçekçi bir hedef öneriyordu: "2000 yılında herkes için sağlık hizmeti" (Fendall NRE 1979). 2000 çok yakın bir gelecekti ve bu kadar kısa sürede Afrika'da, Güneydoğu Asya'da ve Latin Amerika'da herkesi sağlıklı kılmak olası değildi, olsa olsa herkes için *birincil sağlık hizmetine* ulaşması hedeflenebilirdi. DSÖ bir tavır değişikliğine girmiş, dönemin hakkaniyet ve sosyal adalet anlayışıyla uyumlu bir tarza yönelmişti. Sağlığı teknik olarak değil, toplumsal boyutlarıyla görmeye çalışıyordu. Ancak bunda başarılı sayılmazdı. Örgüt olarak bağlı olduğu egemen güçler, birlikte davranmaya çabaladığı toplumsal ve ulusal kesimlerle karşı çıkarlar amaçlıyordu. DSÖ'nün içinde bulunulan dönemde etkilendiği akımlar, geçici ve çelişkili olarak, ezilen kesimlerle ortak tavır almaya çabalamasına neden oluyordu. DSÖ uzun yıllar görüş birliği ile kabul edilen teknolojik işlevinin sağladığı sakin sularla seyretme eylemini bırakıyor, politik çatışmaların firtınalı sularına yelken açıyor. Yeni tavır uluslararası sermaye ve onun örgütsel uzantısı Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) tarafından politik bulundu. Çok geçmedi, çokuluslu şirketler ve onların ağababası ABD, DSÖ ile sürtüşmeye başladı.

Çokuluslu şirketler ve ABD ile savaş

İlk sürtüşme anne sütü yerine geçmek üzere hazırlanan süttozu preparatları konusunda oldu. 1970'lerin sonlarında az gelişmiş dünyada süttozu dağıtımı giderek yaygınlaşıyordu. Özellikle Batı Afrika'da, örneğin Nijerya'da, başlangıçta ücretsiz dağıtılan, annelere kolay

geldiği için bebek beslenmesinde öne geçen ve anne sütünün kesilmesine neden olan süttozu, daha sonra ücretli dağıtılmaya başlandı. Çocuklarına süttozu verdikleri için sütü kesilen anneler bu ürünlere devam etmek zorunda kaldılar, ancak paraları yetmediği için giderek daha fazla suyla karıştırmaya başladılar. Çocuklar hızla malnütrisyona sürüklendi ve onbinlercesi öldü. Uygulamanın öncüsü, ABD'nde büyük holdingleri kontrol eden ve dünya süttozu pazarının üçte birini 3.3 milyar dolarla elinde tutan uluslararası gıda devi Nestlé'ydi. (Bu satırların yazarının da aralarında bulunduğu bir çok toplum sağlığı hemer günlük yaşamlarında Nestlé ürünlerini boykota başladılar. Bu sessiz boykot bugün de sürüyor). Az gelişmiş dünyadan, özellikle Afrika ülkelerinden sert tepkiler gelmeye başladı. DSÖ ve UNICEF tepkilere karşı çıkamayarak hemen bir uluslararası kota kararı aldı, DSÖ Genel Kurulu bu kararı 1981 yılında 1'e karşı 181 oyla onayladı (WHO 1985). Tek karşı oyu veren ABD, DSÖ'yü uluslararası ticareti baltalamakla suçlamakta gecikmedi!

İkinci temel sürtüşme 1977'de DSÖ az gelişmiş ülkelerde uygulanmasını beklediği temel ilaç listesini yayınlayınca patlak verdi. Uluslararası ilaç sanayii, DSÖ'nün temel ilaçları kısa listelerle destekleyen akılcı ilaç kullanımı ve ülkelerin gerek duydukları ilaçları üretmeleri politikasına şiddetle karşıydı. 1985'te, kısmen ilaç politikası nedeniyle, ABD, DSÖ'ne parasal katkıyı durdurdu. O yıllarda ABD 18 ilaç devinin 11'ine ev sahipliği yapıyordu. DSÖ bu girişimle yeni bir konuma giriyordu: Teknik danışmanlık dönemi bitiyor, sağlık politikası çizmeye yönelik savaşım giderek yoğunlaşıyordu. Savaşın boyutlarının ve öneminin hızla arttığını gören Mahler ilaç konusunu ilgili bürodan aldı, doğrudan kendi masasına bağladı (Walt G, Harnmeijer JW 1992).

Diğerleri denli büyük bir sürtüşme kaynağı olmasa da, *Bamako girişimi* ayrı bir sorun oluşturuyordu. Uluslararası ilaç tekelleri özellikle Sahra altı Afrika'da ilaçların parayla satılmasını ve sağlık personelinin ücretlerinin bununla ödenmesini öneriyordu. Mahler buna şiddetle karşı çıkıyor ve uygulamanın gereksiz reçete yazımına yol açacağını savunuyordu (Kanji N 1989). Nüfus politikaları ve tütün konusunda ise DSÖ bu denli net değildi, ya da gücü buraya kadar yetebiliyordu. Bu iki konuda hep çekingen davrandı; üzerine düşen görevi yeterince üstlenmedi, elini taşın altına sokmaktan çekindi.

İlerici Avrupalı yazarlara göre bu çatışma ve sürtüşmeler uluslararası sermayenin çıkar kaygısından kaynaklanıyor ve az gelişmiş dünya da buna direniyordu; ancak DSÖ'nün bu çatışma ortamındaki rolünü belirleyen Mahler'in kimliği idi. Onlara göre Mahler güçlü kişiliği ve tarzıyla DSÖ'nün kesin tavır almasını sağlıyor ve direnişi sürdürüyordu. Nitekim 1988'de Nakajima görevi devraldığında tüm bu tavır sona erecek, teslimiyetçilik başlayacaktı. Çünkü Nakajima'nın karizması yoktu, kişiliği zayıftı, iyi İngilizce konuşamıyordu ve tarzı farklıydı (Godlee F 1994b; Godlee F 1995)! Sürtüşmeyi sınıf savaşımı temelinde göremeyen ve yüzeysel değerlendirmek zorunda kalan yazarlar, çatışmanın kimler arasında ve niçin

oluşturduğunu sezinlemediği gibi, DSÖ Genel Kurulu'na ve yönetimine nasıl yansıdığını da tam olarak bilemiyorlardı. DSÖ'nün 1970'li ve 80'li yılları kapsayan dönemde, geniş halk kitleleri yararına sağlık politikalarını üstlenmedeki rolü netleşmişti. Ayrıca büyük finansör ülkeler ve güçler karşısında bu rolü savunacak yürekliliğe ve önderlik anlayışına da sahip görünmüştü. Kısa süren egemenliğini çabuk yitirdi, meydanı gerçekte bu alanda söz sahibi olamayacak, ancak uluslararası sermayece desteklendikleri için güç sahibi olan sahte kahraman örgütlere bırakıp, yeniden teknik danışmanlıklar üstlenmek üzere köşesine çekildi. DSÖ'nün 1970'lerde yükselen toplumsal tarzının aynı dönem içinde hızla düşmeye başlamasının ve seksenlerin sonunda yelkenleri tam anlamıyla suya indiren politikasının, dünya siyasal yapılanmasından ve güçler dengesinden kaynaklandığını sınıfsal konumuyla algılayabilenlere aktarmaya gerek yok!

Diğer kuruluşlar devreye giriyor

Çokuluslu şirketler ve ABD ile girişilen savaşın en sıcak noktasında, DSÖ'de tam da zamanında yönetim değişikliği yapılmış ve Nakajima görevi devralmıştı. *Herkes için Sağlık* anlayışı artık daha sulandırılabilirdi. Örgüt, özellikle de bölge birimleri ve onların yöneticileri sağlığın toplumsal boyutunu algılamaya uyumlu değildi. Örgütün tamamı, doktor ağırlıklı idi. DSÖ içinde sosyal bilimciler; ekonomist, sosyolog, davranış bilimci gibi unsurlar hemen hiç yoktu. Ülkelerdeki politik beklentilerin algılanması ve uyarlanması örgüte güç ve anlaşılabilir geliyordu. Ayrıca siyasal konjonktür değişmeye başlamış, başta SSCB'deki yönetim sıkıntıları olmak üzere, dünyada toplumsal gelişme yavaşlamaya yönelmişti. Güçler dengesi giderek kitleler aleyhine dönüyor, uluslararası sermaye gücüne güç katıyordu. Yine uygun bir zamanlama ile, sağlıkta söz sahibi olmaya aday diğer BM kuruluşları devreye sokulmaya başlandı. UNICEF, UNDP (United Nations Development Programme = Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı) ve DB hızla etkinliğini yoğunlaştırdı. DSÖ'nün son yıllardaki en saygın etkinliği Global Programme for AIDS idi ve iki yıllık 164 milyon dolar bütçeyle en büyük ve toplumsal boyutu en yoğun programdı. Dört yıllık bir dönemden sonra program bu birimin elinden alındı; DSÖ, UNDP, UNPF'in ortak programına dönüştürüldü. Ulusal aşı programları oluşturulmaya başlandı. UNICEF ülkelere yeni aşı kampanyaları empoze ediyor, az gelişmiş dünyadaki zaten kısıtlı *birincil sağlık hizmeti* uygulamaları ve onların yüreğini oluşturan sağlık ocakları hızla tahrip ediyor, yerine ülke gerçeklerine uymayan bağışıklık uygulamaları monte ediliyordu. Doğal olarak ve siper gerisinde en büyük rolü, yıllardır usul usul sağlık programlarına burnunu sokmaya başlayan DB, büyük bir gövde gösterisi ile aldı.

DSÖ ile aynı yıllarda kurulan diğer BM kuruluşlarının her birinin kendine özgü kuruluş amacı olmasına karşın; hem amaçlarında, hem uygulamalarında DSÖ ile örtüşen yanlar vardı. UNFPA hemen tüm ülkelerde aile planlaması hizmetlerine katkıda bulunmak amacıyla kurulmuştu. Ülkesinde "günah" gerekçesiyle aile planlaması kavramını dile getirmeye özen gösteren ABD adın bu biçimiyle

konmasına ancak katlanabilmiş, diğer ülkeler de kısaltmadaki FP nin Family Planning (= Aile Planlaması) kavramını çağırıştıracağı ve böyle bir hizmete şiddetle gereksinme duyan az gelişmiş ülkelerde hoşnutluk uyandıracacağı gerekçesiyle buna razı olmuşlardı. Doksanlı yıllarda ABD nin dünya hegemonyası geliştikçe bu ad United Nations Population Fund (= Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu) (UNPF) olarak anılmaya başlanacaktı. Uygulamada UNFPA'nın az gelişmiş dünyadaki temel işlevi, aile planlaması başta olmak üzere kadın ve çocuk sağlığı hizmetleri gelişiminin sağlanması olacaktı. Belirtilen işlev doğal olarak DSÖ'nün temel etkinliği ile de örtüşüyordu. DSÖ'nün ulus devletlerden aldığı geçici politik güç azaldıkça UNFPA sağlık politikalarına daha fazla girer ve ülkelerde sağlık politikaları oluşturur konuma geldi. Bunlardan biri Türkiye'deki geri kalmış yörelerde sağlığın geliştirilmesine yönelik düzenlenen "17 il projesi" ydi.

UNICEF dünya çocuklarının sağlığını geliştirmeye yönelik olarak kurulmuştu. Teknik bilgi ve donanım sağlamakla yükümlüydü. Yıllarca da öyle çalıştı. Temel rolü çocuk sağlığı programlarının geliştirilmesi olmasına karşın, giderek sağlıkta piyasa ekonomisinin uzantısı rolünü üstlenmeye başlayan UNICEF, Alma Ata'da DSÖ'nün yanına ilişerek politik denemelere girişmeye başladı. UNICEF asıl siyasal tavrını James Grant'ın politik kimliğiyle *Bamako girişim*'nin öncülüğünü üstlenerek geliştirdi. 1989 Dünya Çocukları Toplantısı'na ev sahipliğini üstlendikten başka, 1995'te Toplumsal Gelişme Dünya Toplantısı'nda masum görünümü "20/20 Girişim" olarak bilinen kavrama da ağırlığını koydu. Kavram az gelişmiş ülkelerin kamu harcamalarının %20 sinin, ayrıca onlara yapılan resmi yardımların %20 sinin, temel sosyal gereksinmelere harcanmasını öngörüyordu (Michaud C, Murray C 1994). Uygulama gerçekte DTÖ'nün birlikte çalıştığı tüm kurumlara olduğu gibi UNICEF'e de yüklediği "toplumsal işlev üstlenmiş görünme" rolüne dayanıyordu. Önemli olan harcamaların niteliğinden çok, UNICEF'in sağlık politikasına iyiden iyiye soyunuyor olmasıydı. Uluslararası sermaye parasal kazançlara daha açık göz dikmeye başladıkça UNICEF daha da olumsuz nitelik kazanıyordu. Aşı kampanyaları bu niteliği net olarak ortaya çıkardı. Türkiye gibi güçlü ve yaygın örgütlenme modeli oluşturmaya çalışan ülkelerde rutin bağışıklama programları kaldırılarak ulusal sağlık hizmeti çökertiliyor, onun yerine konan aşılama kampanyaları uluslararası sermayenin bir "lütfu" gibi sunularak politik kazanımlar elde ediliyordu. Grant'ın UNICEF başkanlığı görevine yeniden atanması; sağlık ocakları araçsız, yakıtsız, malzemesiz bırakılarak işlemez duruma sokulan az gelişmiş ülkenin başbakanının eşine papatyaların yanında altın madalya sunulması uygulamaları; aşı kampanyalarının gerçek nedenleri konusunda ilk soru işaretlerini oluşturmaya başlamıştı.

Bamako girişimi UNICEF'in gerçek niteliğini ve amaçlarını netleştiren denemeydi. Mali'nin başkentinde hazırlanan bu projeye göre, az gelişmiş ülkeler sağlık hizmetine bütçeden ayıramadıkları payı dolaylı yollardan

sağlamalıydılar. Sağlık ocakları sunulan sağaltıcı hizmette reçeteye yazılan ilacı halka kendileri satarlarsa kar elde edecekler, bununla hem sağlık biriminin başta koruyucu hizmet olmak üzere giderlerini karşılayacak, hem sağlık çalışanlarının aylık ücretlerini ödeyeceklerdi (**UNICEF tarihsiz**). Neyse ki Afrika ülkelerinde yaşayanlar ve yönetenler, UNICEF'in küreselleşme bağlamındaki özelleştirme çabasının ayırdına vardıklarından, proje uygulamaya beklendiği ölçüde geçirilemedi, sağlık politikaları tarihinde kara bir leke olarak kaldı. Projenin başarısız olmasında sağlık hizmeti satın alması beklenen kitlelerin sağlık anlayışı ve sağlık hizmeti alım gücünün olmayışı da önemli ölçüde etkiliydi. Bir Güneydoğu Asya ülkesinde kendilerine düzenli sağlık hizmeti sunacağını açıklayarak her haneden 1 dolar toplayan ocak hekimin karşısına yılın son günü tüm hane reisleri dikilecek ve paralarını geri isteyecekti: Yıl boyunca hiç hastalanmamışlardı ki!

DB, kuruluş yıllarındaki temel amaçlarına göre, uluslararası finans kurumlarından borçlanarak dünya ölçeğinde ülkelere ucuz ve elverişli kredi sağlayacak, toplumsal gelişime katkıda bulunarak kalkınmaya hizmet edecekti (**Yılmaz G 2000**). İnsan sağlığını geliştirmesi kaçınılmaz olarak düşünülen bu işlevin doğrudan sağlık hizmetlerine yönelmesi planlanmamıştı. Yetmişli yıllarda bu konuda çekingen girişimlerde bulunan DB'nin Papua Yeni Gine'deki yatırımı bu nedenle kuşkuyla karşılandı: Köylülerce seçilen genç kızlar merkezlerde eğitildikten sonra köylere dönüyor, alıcı-verici televizyon sistemleri aracılığıyla doktorların gözetiminde hastalara bakıyor, buna karşılık köy halkı tarafından kendilerine yatacak yer ve aylık gelirlerinin yarısı sağlanıyordu. DB böyle bir girişimde niçin bulunmuş olabilirdi? DB *Sağlığa Yatırım* başlıklı raporunu yayınlamaya dek konu üzerinde sağlıklı bir yorum yapılamayacak, insana yatırımın altında yatan tatlı karları açıklayana dek DB gizini saklı tutmayı başaracaktı. Uluslararası sermayenin uzantısı DB fırsatı kaçırmıyor, DSÖ'ndeki toplumsallaşma sürecinin başlamasıyla birlikte sağlık girişimlerinde öncü rol alabilmek için boy göstermeye başlıyordu.

DTÖ'nün küreselleşme savaşımındaki silahşörlerinin başında gelen DB'nin sektöre girişi adına yakışır görkemdeydi: *Sağlığa Yatırım* (Investment in Health)! DB'nin 1993'teki Dünya Gelişme Raporu ilk kez tümüyle sağlığa ayrılmıştı ve insanın kendisini sermaye olarak gördüğünü deklare ediyordu. "İllüzyon ustaları"nın elinde "gerçek kalkınma, varlıklı ülkelerdeki yoksul insanların, yoksul ülkelerdeki varlıklı insanlara para vermesi"ydi (**Caulfield C 1997**). DB, BM'in yarı bağımsız bir organı niteliğinde olmasına karşın, kararlarında bağımsız(!)di: Kararlar için oy çokluğu gerekiyordu. ABD oy hakkının %17 sine, G7 ülkeleri (ABD, Almanya, Birleşik Krallık, Fransa, İtalya, Japonya, Kanada) %47 sine sahip olduğu için çoğunluğa ulaşmaları güç olmuyordu. ABD sahip olduğu %17 oy oranı ile bankanın sermaye ve anlaşma maddeleri değişikliği için gerekli %85 oy oranına karşı tek başına veto hakkına da sahipti (**Abbasi K 1999a**). DB, DSÖ'nün yaptığı gibi teknik ayrıntılarla uğraşmıyordu. Hedeflerine temel ve köklü çözümlerle yaklaşıyor,

ekonomiye vurduğu tırpanla sosyal çöküntüyü sağlıyor, sağlığa radikal etkide bulunuyordu. Bağımsız ve tarafsız(!) tavrıyla son yıllarda az gelişmiş dünyada büyük etkileri olmuş; önemli borçlar, borç alma ve ödeme koşulları getirmişti. 1970'lerde *birincil sağlık hizmetinde* başarılı olarak okuryazarlık, çocuk ölümü ve yaşam beklentisi konularında önemli kazanımlar elde etmiş olan birçok Afrika ülkesi, 1980'lerde paralarını sosyal harcamalar yerine bütçe açıklarını kapatmaya kaydırdıkça, kazanımlarında önemli kayıplar olmuştu. Banka küresel sağlık stratejisini dikte eder olmuş; parasal ideolojiye dayalı politikası ekonomik cennetin peşinde koşmaya yönelen milyonlarca insanın yaşam standartlarını düşürmüştü (**Logie D 1997**). Banka'nın bir üst düzey ekonomistin dediği gibi, "Bankanın asıl gücü politikaya dayalı borç verme yani kaba kuvvettir. Ülkeler sırtlarını gerçekten duvara dayanmış duyumsarlarsa, normal koşullarda yapamayacakları reformlara zorlanabilirler. Sağlık sektörü bu koşullanmada yakalanabilir" (**Abbasi K 1999b**). DB sağlık alanında politika belirleyerek önder duruma geçiyor, DSÖ'ne ise tıbbi alanda teknik destek rolü biçiyordu.

Sağlığa Yatırım belgesi; sağlıklılık -ya da daha doğru deyimle sağlıksızlık- anlayışını DALY (disability adjusted life years = iş göremezliğe bağlı yaşam yıl) kavramına dayandırıyor (**World Bank 1993**). Sağlık planlamacılarına göre ileri derecede tartışmaya açık olan bu yaklaşıma göre, yüzden fazla hastalık ya da sakatlıktan oluşan küresel hastalık yükü, dünya üzerinde dengesiz dağılmıştı. %93'ü az ve orta derecede gelişmiş ülkelerde, %60'ı Sahra altı Afrika, Çin ve Hindistan'daydı. Bankaya göre uluslararası sağlık hizmeti sistemlerinin dört temel sorunu vardı: Fonların etkin olmayan girişimlere yanlış yönlendirilmiş olması; fonların -marka ilaçların alımı, sağlık personelinin uygun olmayan dağılımı ve yatak kullanımında düşüklük gibi- etkisiz kullanımı; temel sağlık hizmetlerine ulaşmadaki haksızlıklar; sağlık harcamalarında gelir artışını çok aşan patlama. Yani sağlık hizmetlerinin yönetimi ve yapılan harcamalar uygunsuzdu, sağlıksızlık buradan kaynaklanıyordu. Oysa aynı raporda banka, 1990 yılında sağlığa 1.7 trilyon dolar harcadığını, harcamanın %90'ını yüksek gelir grubundaki ülkelerin yaptığını belirtiyor; kişi başına sağlık harcamalarının yüksek gelir grubundaki ülkelerde 1,500 iken, düşük gelir grubundaki ülkelerde 41 dolar olduğunu açıklıyordu. Yine bankaya göre sağlıksızlığın düzeltilmesi aracılığıyla aile sağlığı iyileştirilmeli, devlet yatırımları üçüncül sağlık hizmetinden *birincil sağlık hizmetine* kaydırılmalı, özel ya da genel sağlık sigortaları kurularak sağlık hizmetinde "çeşitlilik ve rekabet" sağlanmalıydı. Sağlıklı bir ekonomi için sağlıklı işgücü gerekliydi; tersi değil!. Yoksullar gelirleri artırıldığında beslenme, sağlıklı su, hijyen ve konut için daha çok harcama yaparlardı; bu nedenle yoksulların gelirinin artırılması sağlığın geliştirilmesinde çok etkin olurdu! Banka borç verme programlarını geliştirerek sürdürdü. Son yıllarda borç verme miktarı arttıkça az gelişmiş ülkelerde sağlık göstergelerinde de önemli iyileşmeler olduğunu -sağlığa etkisi olan çok sayıda etmeni göz ardı ederek- ileri sürmekten geri kalmadı!

Bankanın sağlık, beslenme ve nüfus birimi sorumlusu olan; Londra Hijyen ve Tropikal Hastalıklar Okulu eski dekanı, halk sağlığı uzmanı Feachem; bankayla ilişkileri "etkili bir örgütle, alıcı-müşterinin ilişkisi" olarak değerlendiriyordu. Öncelikle sağlık harcamaları *Gayri safi milli hasıla*'nın önemli bir dilimiydi, bu nedenle de makroekonomik politika ile ilgilenen bir örgüt için önemliydi. İkincisi, borçlar hükümetlere veriliyordu; öyleyse hükümetler devreye girmeden bankanın rolünün giderek arttığı sağlık, eğitim ve çevre konularında serbest pazar oluşamazdı. Üçüncüsü, insana yatırım ve "insan-sermaye" oluşturma ekonomik büyüme ve toplumsal gelişim için birer önkoşuldu. DB sağlığın bir yatırım olduğunu kabul ediyor, hastalık yükü analizi ile ve DALY anlayışı ile sağlık sektöründe kaynak dağıtımı ve maliyet-etkinlik tartışmasını derinleştiriyordu. Dolarlar hükümetlere veriliyor, sonra önemli bir kısmı sivil toplum örgütleri (NGO) aracılığıyla hizmete dönüştürülüyordu. Banka sağlık sektöründe reform, müşterilerin finansal bağlantılarını değiştirmeleri, yönetsel bağlantılar, kamu-özel sektör yüzleşmesi, desantralizasyonun derecesi, hastanelere parasal ve yönetsel özerklik verilmesi konularına giderek daha çok bağlanıyordu. Bu anlamda DSÖ ile "ortaklık sürmeliydi. DSÖ seçebileceği en iyi önderi (Bruntland) henüz seçmişti" (Abbasi K 1999c).

Çokuluslu sermaye bankaya desteğini sürdürürken, DSÖ'nü de yerin dibine batırıyordu: "DSÖ çağın gerisinde kalmıştır. Örgütün bazı birimleri 1940'lardaki kamucu anlayışa geri dönmüş durumdadır. Otomatik olarak devleti iyi, kazancı şeytan, entelektüel mülkiyeti hırsızlık olarak görüyorlar. Bu bazen özel sektöre, özellikle ilaç firmalarıyla ilişkileri ürkütücü bir bağlantıya dönüştürüyor. Ancak tıbbın yalın bir kamu sektörü olma çağı geçmiştir" yorumunu yapıyordu. DSÖ, DALY kavramını yadsımadığını, aksine kabul ettiğini kamuya açıkladığında bile "(DSÖ) çalışanlarının birçoğu, sağlık politikasının başarı ya da başarısızlığını, salt sağlık hedefleri yerine ekonomik sonuçlarla ölçme düşüncesinden ürüyorlar" biçiminde suçluyordu (Economist 1998). Aynı süreçte DSÖ, önceki topluma yönelik tavrının aksi yönünde ve daha cesur adımlar atıyordu. En yeni başkan, eski politikacı Bruntland "Dünya Bankası gibi büyük ortakları devinime geçirmeliyiz...Genelde Dünya Bankası ile ilişkinin artacağını düşünüyorum. Karşılıklı saygı oluştuğuna güven duyarsak, DSÖ onların işine profesyonel sağlık desteği sağlayarak etkin katkıda bulunabilir" diyordu (Mach A 1998). Böylece DSÖ'nün sağlık politikaları oluşturma etkinliğini DTÖ ve DB'na bırakacağı, onlara desteğini teknik olarak sürdüreceği mesajını veriyordu. Sağlık politikaları sahipsizken sahip çıkmaya başlayan DSÖ, çokuluslu sermaye bu işe soyununca yeniden teknik katkılarla yetinmeye razı olmuş, DB'na tam destek vermeye başlamıştı.

Banka, diğer ekonomik göstergelerin yanında, yüksek miktarda dış borç alımının ve yapısal düzenlemelerin yoksulluğu azaltacağını öne sürüyordu (Caulfield C 1997). Yine de 1980 ile 1992 arasında yoksul ülkelerin dış borç açığı 0.5 trilyondan 1.2 trilyon dolara ulaşırken, yapısal

düzenlemeler yapan ülkelerin açığı da büyüyor (World Bank 1993), yani yoksulluk artıyordu. UNICEF bile, 1980'lerde Afrika ve Latin Amerika'da ortalama gelirlerde %10-25 düşüş, sağlık harcamalarında %25 ve eğitimde %50 azalma olmasını yapısal borçlanma değişikliği politikalarına bağlıyor; on iki aylık bir dönemde yarım milyon çocuğun ölümünü bununla açıklıyordu (UNICEF 1989). DSÖ çalışanları ancak cılız eleştirilerle tartışmaya katılıyor, DB'nın sağlık hizmeti alanların ücret ödemesi yönündeki yaklaşımına karşı görüş bildiriyorlardı (McPake B 1994). DSÖ elemanlarına göre dünyada "anne ölümlerinin ve difteri, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkların insidansının artışı DB politikalarına bağlı" idi (Creese A 1997).

Yeni yaklaşım

DTÖ ve onun görünen uzantısı DB'nın küreselleştirme girişimleri 1990'larda sağlıkta uluslararası krize, dünyanın en güçsüz toplumlarında artan eşitsizliklere ve sağlık hizmetine ulaşmada sıkıntılara yol açtı. Sağlıkta özelleştirmeler ve üçüncül sağlık hizmetini oluşturan hastanelere odaklanma sonucu *birincil sağlık hizmetinde* ve koruyucu hizmetlerde gerilemeler oluştu. Uluslararası sağlık örgütlerinin etkinliklerinin örtüşmesi hizmetlerde ikiliğe neden olurken; ayrışması da kargaşaya ve kaynak israfına yol açtı. Yeni sorunlar karşısında DSÖ'nün merkezsel ve teknik ağırlıklı yaklaşımı eşitsizlikleri daha da artırdı. DSÖ'nün önceki döneminde hakkaniyete ve sorunların *birincil sağlık hizmeti* ile çözümüne yönelik çabaları, DB'nın ekonomik büyüme adı altında yürüttüğü çelişkili yaklaşımı ile güçsüzleşti ve etkisizleşti. Sağlıkta yükselen pazar ekonomisi değerleri konusundaki kaygılar ve tümelci yaklaşıma dönülmesi gereği, DSÖ dışındaki sağlık yetkililerince yeniden tartışılır oldu. Tartışmalar 1997'de DSÖ'nün yarı resmi bir etkinliği ile uluslararası bir komite toplanmasına yol açtı (Seventh Consultative Committee 1997). Komite sağlık hizmetinin salt teknik bir süreç olmadığını, birey ve toplumların çabasıyla, sağlıklı çevreye dayalı ve tüm sektörlerin işbirliği ile yürütülmesi gereken bir kavram olduğunu vurguladı. *Herkes için Sağlık* ve sağlık sektörü reformu kavramlarının eşgüdümlü yürütülmesi gerektiği, *etkinlik* kavramının tek başına yeterli olmadığı ve *hakkaniyet* ile birlikte yürütülmesinin zorunlu olduğu; 21nci yüzyılda sağlıkta hakkaniyetin ve sağlık hizmetine ulaşmanın sağlanması ve özel şirketlerin, sivil toplum örgütlerinin ve kamunun bu amaçla el ele vermesi gerektiği vurgulandı. Ulusal hükümetlerin öncü ve birleştirici çabalarıyla tüm sektörlerin birlikte sağlıkta hakkaniyete ulaşmayı sağlayabileceği, DSÖ'ne de bu konuda önemli görevler düştüğü belirtildi. Komitenin çekingen ve uzlaştırıcı bir yaklaşımla ortaya koyduğu bu görüşler, DSÖ'nün yakın gelecekte almayı planladığı tavrı konusunda ipuçları içeriyordu

Hedef 21

Hedef21 simgesel bir gösterimdi. DSÖ Alma Ata'da ortaya koyduğu sağlık politikasını uygulama yöntemi olan *birincil sağlık hizmetinin* amaçlarını net olarak

açıklayamamıştı. Eksişin temel nedeni, sağlıkta dünya ülkeleri arasında var olan derin uçurumlar sonucu sağlık göstergelerinde oluşan çok büyük farkların giderilmesi için yeni amaçlar saptanmasındaki güçlüklerdi. Eksiş DSÖ Avrupa Bölgesi kendi adına ve bir ölçüde giderdi, ulaşılması gereken temel hedefleri ölçülebilir ve ulaşılabilir sayılarla belirtti (WHO 1988). İzleyen yıllarda Avrupa'da hızla gelişen siyasal devrim ve oluşan yeni toplumsal yapının sergilediği uçurum, hedeflerin bir kez daha elden geçirilmesi gerektiğini ortaya çıkarıyordu. Çözüm, "21. Yüzyılda sağlık hedefleri" anlamına gelen Hedef21 sloganıyla bulunmaya çalışıldı.

DSÖ'nün sağlık politikalarında öncü rolünden tam anlamıyla geri çekilme bildirisi Mayıs 1998'de net olarak gün ışığına çıktı. Sunduğu formülle DSÖ, 1977 yılında açıkladığı 2000 Yılında Herkes için Sağlık politikasını terk ediyor, yerine 21nci Yüzyılda Herkes için Sağlık sloganıyla yeni bir çizgi getiriyordu (WHO 1998). Yeni programda görünürde iki temel amaç oluşturuluyordu. Birincisi, DSÖ 10 önemli sağlık konusu göstererek "ortak bir vizyon geliştirmek istiyor"; ikincisi, 10 hedef çizerek tüm üye ülkeleri eyleme geçmek ve kaynak dağıtımında öncelikleri saptamak üzere "güdülemek istiyor" du.

10 hedefin ilki "sağlıkta hakkaniyet" ile başlıyor, hakkaniyet kavramı hem "çocukluk çağına ilgi" hem de "çocuklukta kavruk" olarak algılanabilecek çift anlamlı hoş(!) bir sözcükle devam ediyordu. İzleyen hedefler anne ve çocuk ölümü ve yaşam beklentisi, beş büyük pandemi, belirli hastalıkların eradikasyonu ve eliminasyonu, sağlıklı su ve barınak, toplumsal programların geliştirilmesi, kapsamlı ve temel sağlık hizmetine ulaşma, küresel ve ulusal sağlık iletişimi, sağlık araştırmaları, başlıklarını taşıyordu. En ilgi çeken madde, yedinci hedef olan Herkes için Sağlık başlığıydı. DSÖ yirmi yılı aşkın süreyle temel politika olarak gösterdiği konuyu artık on maddelik hedeflerinden yalnızca biri ve yedincisi olarak sunuyor, üstelik hedefi her üye ülkeye ulusal bir görev biçiminde yükleyerek önceki evrensel bakışını yadsıyordu. Sağlık "konuları" ve "hedefleri" iç içe sunulmuş ve netliğini yitirmişti. Kavramlar ana hatlarıyla ve soyut yaklaşımlarla sunuluyor; böyle olmasına karşın içlerine hedef yıllar (2005, 2020) ve hedef hızlar (1000 canlı doğumda 45'in altı) gibi ölçülebilir amaçlar yerleştiriliyordu. DSÖ sağlık politikalarından çekilmek ve teknik yükümlülükler üstlenmekle kalmamış; teknik yaklaşımlarında da kafası karışık ve beceriden yoksun bir çizgi içinde olduğunu ortaya koymuştu. DSÖ artık bir öncü ve yol gösterici olmaya çalışmayacağını, sıradan bir örgüt olduğunu açıklamış ve belgelemiş oluyordu.

DSÖ Avrupa Bölgesi politik ve teknik boşluğu görmekte ve doldurmaya çalışmakta gecikmedi. Kapsamlı bir rapor hazırlayıp kamuoyuna sundu (WHO 1999). Raporun temel dayanağı Avrupa'da sosyalist bloktaki çözümler ile ortaya çıkan karmaşa ve giderek derinleşen çelişkilerin giderilmesi için oluşturulması gereken çabalardı. Ülke sayısının 31'den 51'e çıkması, kıtanın alışıktan olmadığı ölçüde çok yoksul ve çok varlıklı insanların ortaya

çıkması, işsizliğin çok yüksek boyutlara ulaşması, sağlıktaki olumsuzlukları tetikleyen temel etkenlerdi. Oluşan aslında sınıfsal çelişkilerin derinleşmesiydi, ancak bunu göremeyen ya da göz ardı eden DSÖ çözümü hakkaniyete önem vermekte görüyordu. Avrupa Bölgesi raporunu ayrıntılı hazırlamıştı. Biçimcilik de elden bırakılmamıştı: 21. Yüzyılda herkese sağlık için 21 hedef belirlendi. Biçim ön plana çıkınca içeriği oluşturmak için yapay girişimler ve çelişkili biçim de kendiliğinden oluştu: Rapora göre Alma Ata bildirisi insan sağlığı için temel kavramları içeriyordu. Temel sağlık hedeflerine ulaşmak için dayanışma gerekiyordu. Sağlıklı topluma ulaşmak için klinik hasta bakımı hizmetlerinde kaliteye ulaşmayı gösteren sonuçlar ölçüt alınmalı, maliyet-etkinlik analizleri yapılmalı, yeni teknolojiler geliştirilmeliydi. Sağlık reformları ihmal edilmemeli, onlardan sağlanan deneyimlerle yeni örgütlenme ve finansman modelleri kurulmalıydı. DB sağlık finansmanında temel işlevi üstlenmeli, gönüllü kuruluşlar onun uzantısı niteliğinde etkinlik sürdürmeli, Avrupa Birliği (AB), Avrupa Konseyi ve diğer borç veren kuruluşlar bu konuda destek olmalıydı. Örnek alınması gereken projelerden biri olarak gösterilen sağlıklı kentlere benzer hedefler saptanmalı ve etkinliklere girilmeliydi!

Avrupa Bölgesi sağlık politikasının ülkelerde uygulanmasında destek olmak için kendisine beş rol çizmişti

- 1- Sağlığın temel insan hakkı olduğunu savunarak 'sağlık bilinci' ni oluşturmak,
- 2- Sağlık ve sağlıkta gelişim konusunda ana bilgi kaynağı olmak,
- 3- Bölgede herkes için sağlık politikasını yaymak ve güncelleşmesini sağlamak,
- 4- Ülkelerin herkes için sağlık politikasını yaşama geçirmelerini sağlamak için kanıtla dayalı araçları sunmak,
- 5- Teknik olanaklar sağlayarak, bulaşıcı ve tütüne bağlı hastalıklar gibi sorunların kontrolünde öncülük ederek, bölgede herkes için sağlık amaçlı kurumlararası işbirliğini sağlamak için iletişim oluşturarak, olağanüstü durumlar için hazırlıklı olmayı sağlayacak işbirliğini oluşturarak; katalizör görevi üstlenmek, temel işlevlerini oluşturacaktı. Görüldüğü gibi bu roller de sağlık politikasında öncü olmakla başdaşmayacak denli sığ ve etkinliği su götürür işlevlerdi.

Avrupa Bölgesi'nin belirlediği 21 hedeften birincisi "dayanışma" idi. Eşitsizliğin giderilmesi için hükümetler ve sivil toplum örgütleri dayanışma içinde olmalı, borç veren birimler ve yatırım bankaları daha işlevsel kılınmalıydı. İzleyen hedeflerde de benzer soyut yaklaşımlar dikkati çekmekteydi. Gençlere yönelik dördüncü hedefe göre "2020 yılında bölgedeki gençler daha sağlıklı olmalı ve toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirmeli" ydi. Altıncı hedef akıl sağlığına yönelikti ve

"hastalık ve sakatlıklardan korunma ve kontrol" ana başlığındaki tüm diğer konular gibi DB ölçütlerine yapılan göndermelerle DALY temeline dayandırılıyor, akıl hastalığına yakalanmada temel sorun "iş görememe" olarak sunuluyordu. Bulaşıcı hastalık kontroluna yönelik yedinci maddede -konunun çok sayıda etmeden etkilenmesinin sonucu olsa gerek- fazla sayıda dikkat çekici özellik öne çıkıyordu: Birincisi, ulaştırılması gereken hedeflerde geriye düşülmüştü: *Herkes için Sağlık* hedeflerinde 2000 yılında elimine edilmesi gerektiği belirtilen hastalıklardan difteri, doğumsal sifilis ve doğumsal kızamıkçık ve sıtma için bu kez kabul edilebilir olduğu belirtilen yeni sayısal hedefler gösteriliyordu. İkincisi, bağışıklama hizmetleri için öncelikte kampanyalar uygulanması kabul edilerek *birincil sağlık hizmeti* yok sayılıyordu. Üçüncüsü, bulaşıcı hastalıkların eliminasyon ve eradikasyonunda Rotary klüpleri, USAID, UNICEF gibi "gönüllü kuruluşlara" bel bağlanıyor, *birincil sağlık hizmeti* göz ardı ediliyordu. Diğer tüm hedefler de benzer özellikler içeriyor, DSÖ'nün merkezsel zayıflığına dayanamayıp duruma el koyan ve kendi bölgesi için hedeflerini netleştirmeye çalışan Avrupa Bölgesi, sorunları ve çözüm önerilerini somuta indirgedikçe çelişkileri daha belirgin olarak ortaya dökülüyor; sağlık politikası oluşturma savları ve zaten zayıf ve belirsiz olan *herkes için sağlık* yaklaşımı daha da silikleşiyordu.

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin sağlık anlayışındaki çelişki temel olarak tanımlarda kendini belli etti. Avrupa Bölgesi'ne göre sağlığın iki tanımı vardı: Birincisi "fiziksel, akılsal ve toplumsal tam iyilik durumu" ydu. İkincisi "saptanabilir hastalık ve bozukluklara bağlı morbidite, mortalite ve iş göremezliğin azaltılması ve algılanan sağlık düzeyinin yükseltilmesi" ydi. Raporda ileri sürüldüğüne göre birincisi "ideal" bir tanımdı ve tüm sağlığı geliştirme etkinliklerinin hedefi olmalıydı. Ancak bu tanım nesnel ölçümlerde kullanılamıyordu, bu nedenle "çalışma" ya yönelik olarak daha dar olan ikinci tanım dikkate alınmalıydı. Böylece DSÖ sağlık tanımını DB'nin iş göremezlik (DALY) anlayışına koşut duruma getiriyor, sağlığın "meta" laştırılmasına yönelik bir adım atıyordu. Sağlık politikalarını dünyanın tüm ülke ve uluslarını temsil eden örgütün değil, sermayenin çalışanlar üzerindeki üstünlüğünü pekiştirmeye çalışan gücün belirlemesi kararına doğru adım atılmış oluyordu.

Özet olarak, Hedef21 ile DSÖ

- Sağlık politikalarında öncülük işlevinden vazgeçiyor ve yeniden teknik danışmanlık üstleniyor,

DB'nin sağlık politikası oluşturulmasındaki üstünlüğünü ve öncülüğünü kabul ediyor,

Teknik alandaki sağlık sorumluluklarını büyük ölçüde başka kuruluşlara (DB, UNICEF, UNFPA, AB, Rotary,...) devrediyor,

- Alma Ata ve sonrasında oluşturduğu hedeflerinden geriye düşüyor,

- Somut ve ölçülebilir amaçlardan soyut söylemlere kayıyordu.

Sonuç

Dünya Sağlık Örgütü'nün dünya halklarının çoğunluğu için sağlık politikalarını belirleyici ve öncü rol üstlenebilecek niteliğe hiçbir dönemde sahip olduğu ileri sürülemez. 1960'larda bağımsızlığını kazanan çok sayıda üçüncü dünya ülkesinin güçlenen özgür ve toplumsal politikalarının etkisiyle 1970'lerde geniş halk kitleleri yönünde oluşturulmaya başlanan sağlık politikaları yönlendiriciliği girişimi, DSÖ'ne özel bir öncü nitelik kazandırdı. Çelişkiler de içerse, aynı yıllarda kazanılan ve üstlenilen toplumsal sağlık girişimleri kısa bir süre için DSÖ'ne itici işlev ve sorumluluklar yükledi.

Uluslararası sermayenin, örgütlü gücü DTÖ ve onun uzantısı DB aracılığıyla yürüttüğü küreselleşme politikalarının yükselen değerleri, DSÖ'nün sağlık politikaları oluşturulmasında etkinleşmeye başlayan rolünü yeniden ve kolaylıkla etkisizleştirdi. DSÖ yine kuruluş yıllarındaki temel işlevi olan teknik danışmanlık görevlerini kabul ederek köşesine çekildi. DSÖ'nün toplumdan yana sağlık politikalarında işlev sahibi bir kurum niteliğine yeniden dönüşmesini sağlamak için, sermayenin çalışan kitleler karşısındaki üstünlüğünün kırılması ve evrensel sağlık anlayışının egemen olduğu günlerin gelmesi yönünde emek vermek gerekiyor.

KAYNAKLAR

Abbasi K. (1999a), "The World Bank and world health: changing sides", *British Medical Journal*, 318:865-9.

Abbasi K. (1999b), "The World Bank and world health: healthcare strategy", *British Medical Journal*, 318:933-6.

Abbasi K. (1999c), "The World Bank and world health: interview with Richard Feachem", *British Medical Journal*, 318:1206-8.

Caulfield C. (1997), "Masters of illusion: the World Bank and the poverty of nations", London: Macmillan, 311-2.

Calman KC. (1997), "Equity, poverty and health for all", *British Medical Journal*, 314:1187.

Creese A. (1997), "User fees", *British Medical Journal*, 315:202-3.

Economist. (1998), "Repositioning the WHO", May 9.

Fendall NRE. (1979), Kişisel görüşme, Liverpool, Ekim.

Godlee F. (1994a), "The World Health Organisation: WHO at country level—a little impact, no strategy", *British Medical Journal*, 309:1636-9.

Godlee F. (1994b), "WHO in retreat: is it losing its influence?", *British Medical Journal*, 309:1491-5.

Godlee F. (1995), "The World Health Organisation: Interview with the director general", *British Medical Journal*, 310:583-8.

Kanji N. (1989), "Charging for drugs in Africa: Unicef's Bamako initiative", *Health Policy and Planning*, 4:110-20.

Lee K, Collinson S, Walt G, Gilson L. (1996), "Who should be doing what in international health: a confusion of mandates in the United Nations?", *British Medical Journal*, 312:302-7.

Logie D. (1997), "Cancellation of debt of poorest would be worthy memorial to millennium", *British Medical Journal*, 314:1556.

Mach A. (1998), "Interview with G H Bruntland: the "new WHO" commits to making a difference", *British Medical Journal*, 317:302.

McPake B. (1994), "User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature", *Society for Social Medicine*, 39:1189-201.

Michaud C, Murray C. (1994), "External assistance to the health sector in developing countries: a detailed analysis, 1972-90", *Bulletin of WHO*, 72:161.

UNICEF. (Tarihsiz), "Bamako initiative", New York:UNICEF.

Seventh Consultative Committee on Primary health Care Systems for the 21st Century. (1997), "Health care systems for the 21st century", *British Medical Journal*, 314:1407-9.

Şemin S, Aksakoğlu G. (1995), "Sağlık alanında artan sorunlar ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) azalan etkinliği", *Toplum ve Hekim*, 10(68):45-53.

Tollison RD, Wagner RE. (1993), "Who benefits from WHO? The decline of the World Health Organisation", London: Social Affairs Unit (Publication No 53.).

Unicef. (1989), "The state of the world's children",

Oxford:Oxford University Press:16-7.

Walt G. (1993), "WHO under stress: implications for health policy", *Health Policy*, 24:125-44.

Walt G, Harmeijer JW. (1992), "Formulating an essential drug policy: WHO's role", In: Kanji N, Hardon A, Harmeijer JW, Mamdani M, Walt G. "Drug policy in developing countries", London: Zed Books.

WHO, UNICEF. (1978), "Alma Ata 1978: Primary Health Care", Geneva: WHO.

WHO, Regional Office for Europe. (1988), "Priority research for health for all", Copenhagen:WHO, European Health for All Series, No.3.

WHO, Regional Office for Europe. (1999), "Health21", European health for all series No.6, Copenhagen:WHO.

World Bank. (1993), "World development report 1993: investing in health", New York:Oxford University Press.

World Health Organisation. (1946), "Constitution of the World Health Organisation", Geneva:WHO.

World Health Organisation/Unicef. (1978), "Alma Ata declaration on primary health care", Geneva: WHO.

World Health Organisation. (1981), "Global strategy for Health for All by the Year 2000. 16th plenary session of the World Health Assembly, 1981", Geneva: WHO.

World Health Organisation. (1985), "Resolution 23", In: 34th session of the World Health Assembly. Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board 1973-84, Geneva:WHO.

World Health Organisation. (1998), "Health for All in the 21st century", Geneva:WHO,.

Yılmaz G. (2000), "Kapitalizmin kaleleri-I: IMF, WB ve AB", Türkiye MAI ve küreselleşme karşıtı çalışma grubu, İstanbul:TTB.