

DOSYA/DERLEME

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ İLE GEÇEN YARIM YÜZYILLIK SÜREÇTE DÜNYADA SAĞLIĞIN DURUMU (1950-2000)

Bülent KILIÇ*

Bu yazının amacı dünyada sağlığın durumunu bölgesel ve sınıfsal farklılıklara göre, olumlu veya olumsuz yönleriyle ve ana başlıklar altında verebilmektir. Yola çıkış noktası olarak 1950 yılının seçilmesinin nedeni özellikle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ile beraber geçen yılların değerlendirilmek istenmesidir. Ancak yazının girişinde zorunlu olarak ve kısaca 1950 öncesine de değinilecektir.

I. GİRİŞ: Dünyada Sağlık Hizmetlerini Etkileyen Bazı Önemli Tarihler:

Hiç kuşku yoktur ki dünyamızın en önemli sağlık sorunlarından birisi bulaşıcı hastalıklardır. Bu önemli ve yaşamsal konu aslında DSÖ'nün de kuruluşuna öncülük etmiştir. 1851 yılında kolera, veba ve sarı humma salgınlarını önleyebilmek amacıyla Paris'te gerçekleştirilen ilk uluslararası toplantı (1. Uluslararası Sanitasyon Konferansı) DSÖ'lü yıllar öncesinde tarihsel açıdan çok önemli bir yere sahip olmuştur. Çünkü bu toplantı DSÖ'nün de kurulmasına yol açacak 100 yıllık bir süreci başlatmıştır (Fidler, 2001).

Halen önemini koruyan bir başka önemli konu da iş sağlığıdır ve gerek DSÖ'lü yıllar öncesinde gerekse günümüzde önemli bir sıçrama noktasıdır. Son derece kötü koşullar altında çalışan işçilerin durumu önce Almanya'da 1800'lü yılların sonunda ilk işçi sigortasının kurulmasına ve sonraki yıllarda da Avrupa'da yaygınlaşmasına yol açmıştır. Bu süreç sonunda 1919 yılında da Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) kurulması gerçekleşmiştir. Sigortacılık sistemi ise bilindiği üzere giderek kapitalist bir finansman biçimi olarak gelişmiştir.

20 yüzyılın ilk yarısında sağlık politikalarını etkileyen 3 kritik belge ise tıp eğitimi ve ulusal sağlık hizmetlerini

*Yrd. Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

etkileyerek dünya sağlık tarihinde önemli bir yer edinmiştir.

1910 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tıp eğitiminin standardizasyonu ve müfredatın geliştirilmesi amacıyla hazırlanan "Flexner Raporu",

1920 yılında İngiltere'de hazırlanan ve basamaklandırılmış sağlık hizmetlerine dayalı önerileri ilk kez gündeme getiren "Dawson Raporu",

1942 yılında Birleşik Krallık'ta hazırlanan ve genel bütçeye dayalı bir finansmanla National Health Service'in (NHS-Ulusal Sağlık Hizmeti) temellerini atan "Beviridge Raporu" (WHO, 1999: 32).

Ayrıca bir insanlık hakkı olarak sağlığın tartışılmaya başlanması ve sosyal tıp uygulamaları da 20. yüzyılın erken dönemlerinde gündeme gelmiş, hastalıkların altında yatan temel nedenlerin yoksulluk ve benzeri sosyal nedenler olduğu, sağlık hizmetlerini sunmanın bir kamu görevi olduğu ilk kez yazılmaya ve yayınlanmaya başlamıştır.

İlk paragrafta söz edildiği üzere başlayan uluslararası süreç 1946 yılında New York'ta DSÖ anayasasının onaylanması ve 1948 yılında da DSÖ'nün kurulmasıyla sonuçlanmıştır. Daha sonra DSÖ ile geçen dönemde 1955 yılında sıtmaya karşı ilk ve en büyük kitlesel kampanya başlatılmış, 1959 yılında çiçek hastalığının eradikasyonu kararlaştırılmış ve 20 yıl sonra 1977 yılında da çiçek hastalığı eradike edilmiştir.

1978 yılında ise tarihsel açıdan önemli bir dönüm noktası daha gerçekleşmiş ve Alma Ata Bildirgesi yayınlanmıştır. 1974'te anne sütü programları, 1986'da AIDS kontrol programı, 1988'de polio eradikasyonu, 1990'da ise tütün veya sağlık programları dünyada sağlığı

etkileyebilecek diğer önemli tarihler olarak belirtilmek durumundadır. (Lerer, 2001).

DSÖ ile beraber geçen yaklaşık 50 yıllık süreçte genele bakıldığında dünyamızda sağlık hizmetlerinde ve sağlık düzeyi göstergelerinde olumlu yönde gelişmeler yaşandığı görülmektedir. Ancak bu durumun makalenin ilerleyen bölümlerinde verileceği gibi farklı bakış açılarıyla irdelendiğinde yanıltıcı olabileceği aslında dünya sağlık liginde bir çok bölge ve toplumun beklenenin çok altında bir sağlık düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Bunun temel nedeni dünyamızda insan sağlığını olumsuz yönde etkileyen gelişmelerin giderek artmakta olmasıdır. Örneğin savaşlar, yoksulluk, işsizlik, çevresel sorunlar, küreselleşme ve sağlık sistemlerinde/potikalarında yaşanan olumsuz değişimler bunların en önde gelenleri olarak sayılabilir. Özellikle küreselleşme ve gelir dağılımlarındaki eşitsizlikler son 20 yıl içinde tüm ulusların sağlığı üzerinde bölgesel ve sınıfsal olarak oldukça olumsuz bir etkiye sahip olmuştur. 1990'lı yıllarda 73 ülkede yapılan bir değerlendirmede (tüm dünya nüfusunun %80'ini içermektedir) gelir dağılımı eşitsizliğini gösteren Gini katsayısının 48 ülkede eşitsizlikleri artıracak şekilde arttığı saptanmıştır (dünya nüfusunun %47'si) (Cornia, 2001).

Ekonomik krizler de ulusal gelir kayıplarında önemli roller oynamış, 1997-1998 yıllarında Endonezya'da ulusal gelirin %34.3'ü, Tayland'da %34.5'u, G. Kore'de %24.5'i ve Malezya'da %19.5'i kaybedilmiştir. Arjantin ve Şili'de bu kayıplar %50'lere kadar çıkabilmiştir (Cornia, 2001). Bu durum söz konusu ülkelerde ve bölgelerde özellikle salgınlar, bebek ölümleri ve doğuştan beklenen yaşam süreleri başta olmak üzere pek çok olumsuz gelişmeyle sonuçlanmıştır. Ani gelişen ağır ekonomik krizler işsizlik ve yoksullukla sonuçlanmış ve depresyon, alkolizm, şiddet, intihar ve stresle bağlantılı hastalıklarda artışlar kaydedilmiştir. Bu değişim özellikle sonradan bağımsızlığını kazanan eski Sovyetler Birliği ülkelerinde daha da dramatik olmuştur.

Bu dönemde 1993 yılında Dünya Bankası (DB) tarafından yayınlanan "Dünya Gelişme Raporu-1993:Sağlığa Yatırım" (World Bank, 1993) ve 2000 yılında DSÖ tarafından yayınlanan "Dünya Sağlık Raporu-2000:Sağlık Sistemleri, Performansın Geliştirilmesi" (WHO, 2000a), raporları DSÖ ve DB'nin dünya sağlığına bakış açılarını ortaya koyan dokümanlardır. Bu kuruluşlar sağlık alanındaki gelişmeleri genelde olumlu olarak değerlendirmekte ve var olan sorunları ise daha çok ulusal ve bireysel zayıflıklara veya finansman sorunlarına bağlamaktadırlar.

II. SON ELLİ YILDA DÜNYADA NÜFUS HAREKETLERİ

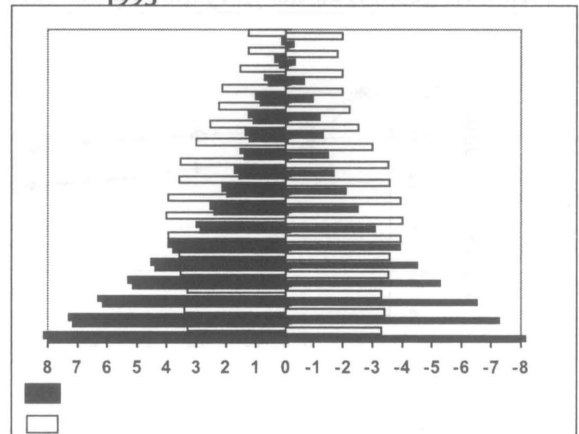
Dünya nüfusu 1950'li yıllarda yaklaşık 2,5 milyar iken 1990'da 5 milyar kişiye ulaşmış, 2000 yılında ise tahminen 6 milyarı geçmiş durumdadır. 1990'lı yılların başında yıllık artış 93 milyon kişiydi ve şu anda bu rakamın yılda 100 milyon insan olduğu tahmin edilmektedir. Dünya nüfustaki 1 milyarlık artış için gerekli olan süre 1800'lü

yıllarda yaklaşık 100 yıl idi. Oysa dünya nüfusunun 3 milyardan 4 milyara çıkması 1960-1975 arasında ve 4 milyardan 5 milyara çıkması ise 1976-1988 arasında gerçekleşmiştir. Artık her 1 milyarlık artışın 10 yıldan daha kısa bir sürede gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (UNFPA, 1992).

Dünya nüfusunun artışında esas etkenin gelişmekte olan ülkeler olduğu bilinmektedir. Günümüzde dünya nüfustaki bu artışın %95'i gelişmekte olan ülkelere gelmekte ve bu da gelişmiş ülkeleri son derece korkutmakta, rahatsız etmektedir. Nüfus artış hızları Avrupa ülkeleri için ortalama yılda %0.2; eski Doğu Bloku ülkeleri ve Kuzey Amerika için %0.8, gelişmekte olan ülkelere ise %2'nin üzerindedir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun bu alandaki çabaları sonucunda son yıllarda bu artış hızı oldukça yavaşlatılmıştır. Gelişmekte olan ülkelere 1960'larda %2.5 olan nüfus artış hızı 1990'larda %2'ye düşürülmüş; aynı sürede kadın başına düşen ortalama çocuk sayısı ise 6.1'den 3.9'a geriletilmiştir. 1995 yılı itibarıyla tüm dünya nüfusunun %45'ini oluşturan grupta kadın başına doğurganlık 2.1'in altına inmiştir. Yani aslında nüfus artış hızları giderek ciddi bir şekilde azaltılmış olmasına karşın toplam nüfus ise doğal olarak giderek artmaktadır. Ancak bu artışın da önümüzdeki 100 yıl içinde son derece azalacağı ve 2200 yılında ise dünya nüfusunun 11.6 milyarda sabitleneceği tahmin edilmektedir (UNFPA, 1992).

Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında 1995 yılı itibarıyla dünya nüfusunun büyük çoğunluğunun halen genç nüfus olduğu görülmektedir. 1955 yılında %45 olan 20 yaş altı nüfus 1995 yılında %40 oranındadır. Yaşlı nüfusta ise giderek artış mevcut olup 65 yaş üzeri nüfus %5'ten %7'ye çıkmıştır. Bu farklılık gelişmiş ülkelerle az gelişmiş ülkeler arasında daha da büyüktür. Genç nüfus açısından bakıldığında ise az gelişmiş ülkelerde nüfusun yaklaşık üçte ikisi 25 yaş altı grubu oluştururken, gelişmiş ülkelerde bu pay üçte bir oranındadır. Şekil 1'de yer alan nüfus piramitlerinde bu temel farklılık görülmektedir.

Şekil 1. Gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler nüfus pramitleri 1995



Kaynak: WHO, 1998 s:118; değiştirilerek yeniden çizilmiştir

Nüfus artışının getirdiği bir diğer sonuç ise hızlı kentleşme olmuştur. Bugün dünya nüfusunun yaklaşık %45'i kentlerde yaşamaktadır. Oysa bu oran 1955 yılında dünya nüfusunun %32'sini oluşturmaktaydı (WHO, 1998). Ancak hızlı kentleşme barınma, gıda ve sosyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Bugün nüfusu 10 milyonun üzerinde olan büyük kentlerde gecekondular, evsizler, şiddet ve alkolizm gibi sorunlar ön plana çıkmaktadır. Özellikle Mexico City, Sao Paulo, Buenos Aires, Calcutta, Rio de Janeiro gibi kentlerin yanı sıra, New York, Los Angeles, Tokyo, Londra gibi kentlerde de benzer sorunlar vardır. Hızlı kentleşmenin bir nedeni de kırsal alandan göçler ve göçmen işçilerdir. Bu grupların ciddi bir şekilde işsizlik, yoksulluk, barınma ve beslenme sorunları vardır (UNFPA ve WHO 1998).

III. YAŞAM BEKLENTİLERİ

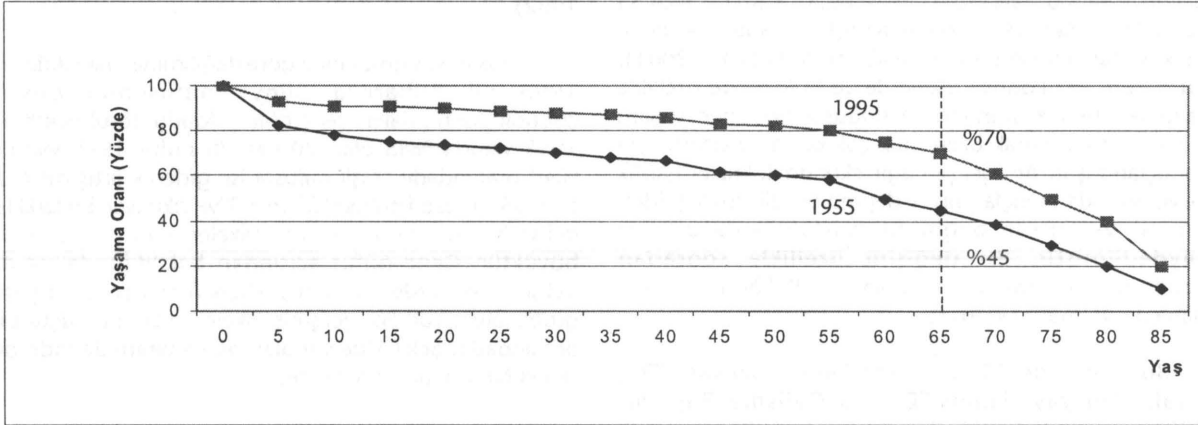
Son 50 yıllık süreçte genele bakıldığında dünyamızda ölümlerin giderek azaldığı, doğuştan beklenen yaşam sürelerinin arttığı görülür. Örneğin doğuştan beklenen yaşam süresi 1955 yılında ortalama 48 yıl iken, 1998 yılında 66 yıl olmuştur. Ancak doğuştan beklenen yaşam süresi 1998 yılı için Sahra Güneyi Afrika ülkelerinde ortalama 48 yıl, sanayileşmiş ülkelerde ise 78 yıldır. Bu

durumda halen iki grup arasında 30 yıla yakın bir fark olduğu ortaya çıkmaktadır (UNICEF, 2000). Nitekim DSÖ de 1998 yılı raporunun girişinde bu durumun kabul edilemez bir eşitsizlik doğurduğunu, her yıl 20 milyonu aşkın insanın henüz 50 yaşına gelmeden öldüğünü ve bunun da aslında önlenilebilir bir durum olduğunu belirtmektedir (WHO, 1998).

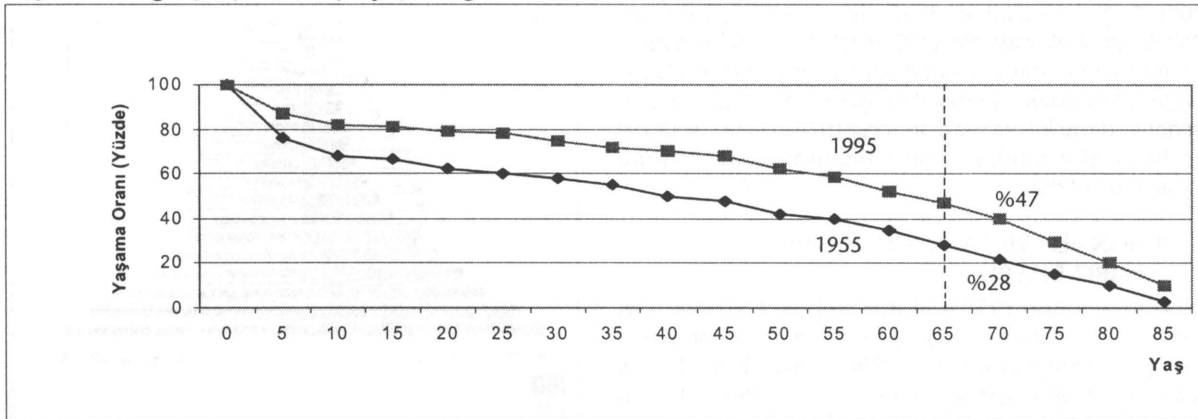
Yaşam eğrilerine bakıldığında 1955 yılında doğan bir bebeğin 65 yaşına gelme olasılığının %45 olduğu görülürken bu oranın 1995 yılında %70'e çıktığı görülmektedir (Şekil-2). Oysa az gelişmiş ülkelerde doğan bir bebek için bu oran %28'den ancak %47'ye çıkabilmiştir (Şekil-3). Bir başka deyişle az gelişmiş ülkeler halen 1950'li yıllar düzeyindedir.

Yaşam beklentilerindeki en ciddi düşüşler ise Beyaz Rusya, Rusya Federasyonu, Ukrayna, Letonya, Estonya, Moldova, Kazakistan, Kırgızistan, Türkmenistan gibi eski SSCB ülkelerinde olmuştur. Beyaz Rusya, Rusya Federasyonu ve Ukrayna'da 1990-2000 arasında fazladan 4 milyon ölüm daha olduğu tahmin edilmektedir. Oysa aynı dönemde Avrupa'da ölüm oranları azalmıştır (Cornia, 2001). Tablo 1 'de de görüldüğü gibi 1989-99 yılları

Şekil 2. Tüm dünya ülkeleri için yaşam eğrileri (1955-1995)



Şekil 3. Az gelişmiş ülkeler için yaşam eğrileri (1955-1995)



Kaynak: WHO, 1998 S:40 (değiştirilerek yeniden çizilmiştir)

Tablo 1. Bazı ülkelerde yaşam beklentisi değişimleri (1989-1999)

Ülke	Yaşam Beklentisi (Erkekler)		Yaşam Beklentisi (Kadınlar)	
	1989'dan sonrası maksimum kayıp	1989-1999 arası değişim	1989'dan sonraki maksimum kayıp	1989-1999 arası değişim
Beyaz Rusya	-4.6 (1999)	-4.6	-2.6 (1999)	-2.5
Rusya Fed.	-6.6 (1994)	-4.3	-3.3 (1994)	-2.1
Kazakistan	-5.5 (1995)	-3.6	-3.6 (1995)	-2.1
Ukrayna	-5.0 (1996)	-3.0	-2.3 (1995)	-1.3

Kaynak: Cornia, 2001

arasında söz konusu ülkelerde beklenen yaşam sürelerinde ciddi eksilmeler meydana gelmiştir.

IV. SIK GÖRÜLEN HASTALIKLAR

1997 yılı itibarıyla DSÖ verilerine göre dünyada en sık

görülen hastalıklar olgu sayılarına göre **Tablo-2'**de verilmiştir. Buna göre ilk sırayı yıllık 4 milyar olgu ile gastroenteritler almaktadır (dizanteri ve kolera olguları hariç). Daha sonra demir eksikliği anemisi, bel-boyun rahatsızlıkları, guatr ve hipertansiyon gelmektedir.

Tablo 2. Tüm dünyada en sık görülen ilk 20 hastalık 1997

Sıra	Hastalık	Olgu Sayısı
1	Gastroenteritler	4.000.000.000
2	Demir Eksikliği Anemisi	1.788.600.000
3	Bel. Boyun Rahatsızlıkları	1.039.000.000
4	Guatr	844.700.000
5	Hipertansiyon	690.600.000
6	KOAH	600.000.000
7	Sıtma	400.000.000
8	Anxiete	400.000.000
9	ASYE	395.000.000
10	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	385.000.000
11	Artrit. Artroz	354.500.000
12	Duygulanım Bozuklukları	340.000.000
13	İş Kazaları	250.000.000
14	Askariasiz	250.000.000
15	Meslek Hastalıkları	217.000.000
16	Schistosomiasis	200.000.000
17	Hepatit C	170.000.000
18	Malnutrisyon	170.000.000
19	İşitme Kayıpları (41 dB ve üstü)	123.000.000
20	Lenfatik Filariyazis	119.100.000

Kaynak: WHO, 1998 s:48

Kalıcı veya uzun süreli olarak ciddi düzeyde aktivite kısıtlılığına yol açan hastalıklar ise **Tablo-3'**te ayrıca verilmiştir. Bunlar duygulanım bozuklukları, işitme

kayıpları (özellikle gürültülü ortamlarda çalışan işçiler için), schistosomiasis ve filariyazis gibi bazı enfeksiyon hastalıklarıdır.

Tablo 3. Ciddi aktivite kısıtlılığı yapan hastalıklar 1997

Hastalık	Olgu Sayısı
Duygulanım Bozuklukları	146.000.000
İşitme Kayıpları (41 dB ve üstü)	123.000.000
Schistosomiasis	120.000.000
Lenfatik Filariyazis	119.100.000
Mental Retardasyon	36.000.000
Şizofreni	27.000.000
İş Kazaları	25.000.000
Meslek Hastalıkları	20.000.000
Katarakta Bağlı Körlük	19.340.000
Kretenizm	16.500.000
Tbc	8.420.000

Kaynak: WHO, 1998 s:48

V. YENİDEN BAŞLAYAN SALGINLAR

Bulaşıcı hastalıklar son 50 yıllık süreçte tüm dünyada önemini giderek artırmış ve gerek morbidite gerekse mortalite açısından hep ilk sıralarda yer bulmuştur. Günümüzde en sık görülen enfeksiyon hastalığı yılda yaklaşık 4 milyar civarında olgu ile gastroenteritlerdir. Daha sonra sıtma ve alt solunum yolu enfeksiyonları gelmektedir. Ayrıca Kolera, veba, tüberküloz, influenza ve sarı humma uzun yıllardır pandemilerle gündeme gelmiş ve bu hastalıkların büyük bir kısmı son yıllarda endemik de olsa hep gündemde kalmıştır. Bulaşıcı hastalıkların önemini yitirmemesinde etken olan önemli faktörlerden birisi de geliştirmekte olan ülkelerde uygulanan sağlık politikalarıdır. Ekonomik nedenler öne sürülerek koruyucu

sağlık hizmetleri gereken desteği alamamakta, aşı uygulamaları yetersiz kalmakta, kötü çevresel koşullar yok edilememektedir. Özellikle çalışma ve yaşama alanlarındaki risklerin azaltılamaması, kentlerde gecekonduların ve benzeri yaşam yerlerinin artışı hastalıkların bulaşma yollarının engellenmesi ve kaynağın elimine edilememesinde etkili olmaktadır.

Bunun dışında son yıllarda gelişen bazı yaşam stili değişiklikleri de bulaşıcı hastalıklarda etkili olmaktadır. Artan uyuşturucu kullanımı, güvensiz cinsel ilişki, ülkeler arası yolculukların artışı gibi nedenler de bunların başında gelmektedir. 1973-1996 arasında saptanan bazı yeni enfeksiyon hastalıkları ve etkenleri **Tablo-4**'de verilmiştir.

Tablo 4. 1973-1996 arasında saptanan yeni enfeksiyon hastalıkları ve etkenleri

Yıl	Etken	Tip	Hastalık
1973	Rota virus	Virus	Çocukluk Çağı İshalleri
1977	Ebola virus	Virus	Ebola Hemorajik Ateş (Zaire)
1977	Legionella	Bakteri	Lejyonella Hastalığı (ABD)
1977	Hantaan virus	Virus	Hemorajik Ateş ve Renal Sendrom (Kore)
1981	Toxin Üreten S. Aureus	Bakteri	Toksik Şok Sendromu
1982	E. Coli O157:H7	Bakteri	Hemorajik Kolit, Hemolitik Üremik Sendrom
1982	Borrelia Burgdorferi	Bakteri	Lyme Hastalığı
1983	HIV	Virus	AIDS (ABD)
1983	Helico Bacter Pylori	Bakteri	Peptik Ülser
1988	Human Herpes Virus-6	Virus	Roseola Subitum
1988	Hepatitis E	Virus	Hepatit E
1989	Hepatitis C	Virus	Hepatit C
1992	Vibrio Cholerae O139	Bakteri	Epidemik Kolera (Hindistan)
1995	Human Herpes Virus-8	Virus	AIDSli hastalarda Kaposi Sarkomu
1996	Bilinmiyor	Prion?	Bovine Spongiform Ensefalopati (ineklerde), Creutzfeldt-Jakob varyantı? (İngiltere)*

Kaynak: WHO, 1996 s:112 * CDC, 1998 s:18

V.1.AIDS Salgınları

1980'li yıllardan başlayarak AIDS bütün dünyada hızla yayıldı. Halen 31 milyon civarında HIV/AIDS (+) kişi bulunduğu ve her yıl 5.8 milyon yeni enfeksiyon geliştiği tahmin edilmektedir. Bugüne kadar 11.7 milyon kişi AIDS'den ölmüş ve bunların 2.3 milyonu 1997 yılında olmuştur. Bu gün Afrika'da 20 milyonu aşkın AIDS/HIV(+) olgu vardır. Özellikle Uganda, Kongo, Gana, Zambiya gibi ülkelerde kadınların eşlerinin baskısı altında olması,

genç kızların yaşlı erkeklere direnememesi ve erken evlilik gibi nedenlerle kadınlar Afrika'da erkeklere göre 6-7 kat daha fazla risk altındadır. Tüm dünyada annesinden HIV etkenini alıp AIDSli olarak doğan ve kısa süre sonra anne ve babasını AIDS'den kaybeden 8 milyonu aşkın çocuk bulunmaktadır (UNICEF, 1999).

Bölgelere göre 15-49 yaş arasındaki nüfusta HIV/AIDS dağılımı ve ölüm hızları **Tablo-5**'de verilmiştir.

Tablo 5. 15-49 yaş arası AIDS/HIV pozitif olguların bölgelere göre dağılımı-1997

Bölge	Prevalans (Kişi)	Görülme Hızı (Yüzbinde)	Ölüm Sayısı (Kişi)	Ölüm Hızı (Yüzbinde)
Afrika	20,800,000	7643	1,800,000	646
Amerika	2,500,000	604	130,000	31
Doğu Akdeniz	310,000	136	20,000	9
Avrupa	680,000	153	15,000	3
Güney Doğu Asya	5,600,000	737	230,000	30
Batı Pasifik	750,000	83	18,000	2
DÜNYA	30,640,000	1014	2,213,000	73

Kaynak: WHO, 1998 s:93

V.2.Tüberküloz Salgınları

Özellikle 1990'lı yıllardan başlayarak AIDS ile beraber tüberküloz enfeksiyonları da artmıştır. Olguların büyük çoğunluğu Güneydoğu Asya ve Afrika ülkelerindedir. Sadece Hindistan'da yılda 1,840,000, Çin'de ise 1,670,000

yeni olgu saptanmaktadır. Olgular özellikle Afrika'da HIV pozitifliği ile beraber seyretmektedir. Giderek önem kazanan en önemli sorun ise ilaca dirençli tüberküloz olgularının artmış olmasıdır. **Tablo-6**'da 1998 yılı itibarıyla HIV pozitif ve negatif hastalarda tüberküloz olgularının bölgelere göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 6. Tüberküloz olgularının ve ölümlerinin HIV durumu ve bölgelere göre dağılımı 1998

Bölge	Toplam yeni olgu	Toplam ölüm sayısı	HIV (+)		HIV (-)	
			Olgu	Ölüm	Olgu	Ölüm
Afrika	1.557.000	514.000	510.000	305.000	1.047.000	209.000
Amerika (Yüksek Gelir)	21.000	2.000	4.000	1.000	17.000	1.000
Amerika (Düşük-Orta Gelir)	400.000	66.000	22.000	13.000	378.000	53.000
Doğu Akdeniz	611.000	142.000	4.000	3.000	607.000	139.000
Avrupa (Yüksek Gelir)	80.000	10.000	8.000	3.000	72.000	7.000
Avrupa (Düşük-Orta Gelir)	359.000	54.000	2.000	1.000	357.000	53.000
Güney Doğu Asya	3.002.000	717.000	62.000	35.000	2.940.000	682.000
Batı Pasifik	1.503.000	360.000	9.000	5.000	1.975.000	355.000
DÜNYA	8.012.000	1.863.000	619.000	365.000	7.393.000	1.498.000

Kaynak: WHO, 1999 s:116

V.3.Sıtma Salgınları

1998 yılı rakamları ile tüm dünyada her yıl yaklaşık 300 milyon civarında yeni sıtma olgusu meydana

gelmektedir. Sıtma olgularının ve ölümlerinin bölgelere ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo-7'de görülmektedir. Buna göre sıtma olgularının büyük çoğunluğu Afrika ülkelerindedir.

Tablo 7. Sıtma olgularının ve ölümlerinin bölgelere ve yaş gruplarına göre dağılımı 1998

Bölge	Toplam yeni olgu	Toplam ölüm	0-14 yaş		15-44 yaş		45+yaş	
			Olgu	Ölüm	Olgu	Ölüm	Olgu	Ölüm
Afrika	237.647.000	961.000	134.019.000	956.000	96.213.000	45.000	7.415.000	4.000
Amerika	2.043.000	4.000	687.000	0	983.000	2.000	373.000	0
D.Akdeniz	13.693.000	53.000	7.303.000	46.000	5.663.000	5.000	726.000	0
Avrupa	0	0	0	0	0	0	0	0
G.D. Asya	15.791.000	73.000	5.757.000	32.000	7.304.000	29.000	2.729.000	12.000
Batı Pasifik	3.751.000	20.000	1.387.000	9.000	1.672.000	7.000	693.000	4.000
DÜNYA	272.925.000	1.110.000	149.156.000	1.002.000	111.835.000	86.000	11.935.000	20.000

Kaynak: WHO, 1999 s:115

V.4.Veba Salgınları

Ortaçağın bu korkutucu hastalığı 2002 yılında halen dünyanın bir çok bölgesinde bulunmaya devam etmektedir. 1998 yılında 12 ülkede 2464 olgu (209 ölüm), 1999 yılında ise 14 ülkede 2603 olgu (212 ölüm) bildirilmiştir. 1988-1997 yılları arasında da yıllık ortalama 2547 olgu 181 ölüm olarak hesaplanmıştır. 1988-1999 arasında 23 ülkede görülen toplam veba sayısı 30,534; toplam ölüm sayısı ise 2234'tür (fatalite hızı %7.3). Olguların %76'sı Afrika kıtasındadır. Vebanın en sık görüldüğü ülke Madagaskar'dır (tüm olguların %55'i). Vebanın görüldüğü diğer ülkeler arasında Tanzanya, Mozambik, Namibya, Peru, Çin, Hindistan, Moğolistan ve Vietnam gibi ülkeler başta gelmektedir (WHO, 2000b).

V.5.Kolera Salgınları

Ortaçağın bir diğer korkutucu hastalığı olan kolera da 2002 yılında halen önemini kaybetmemiş salgın etkenlerinden birisidir. Hindistan, Çin, Filipinler, Vietnam, Afganistan, Irak ve İran Asya'da; Brezilya, Meksika, Peru, Guatemala, Venezuela, Kolombiya, Nikaragua ve Ekvador Güney Amerika'da; Nijerya, Kamerun, Somali, Çad, Angola, Gana, Kongo, Madagaskar, Uganda ve Rwanda gibi ülkeler Afrika'da salgın görülen ülkelerin başında gelmektedir (WHO, 2001).

V.6.Diğer Salgınlar

Sarı Humma:Sahraaltı Afrika'nın 34 ülkesinde (Nijerya, Etyopya, Zaire, Angola, Tanzanya vb) ve Latin Amerika'nın kuzeyindeki 10 ülkede (Brezilya, Peru, Kolombiya vb) çok yaygındır.

Polio:

1974 yılında DSÖ rutin sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı ülkelerde genişletilmiş bağışıklama kampanyaları başlattı. Savaş ve benzeri çok özel koşullarda uygulanması gereken bu yol giderek bir araç olmaktan çıktı ve amaca dönüştü. 1988 yılında DSÖ polio eradikasyon programını başlattı ve kampanyalar yoluyla (Ulusal Aşı Günleri) 1994 yılına kadar Güney Amerika ülkelerinde polio eradike edildi. Ancak 2000 yılında bu kıtada Haiti ve Dominik Cumhuriyetinde OPV aşısı virusundan türemiş polio virusunun 19 kişide akut flask paralizi yaptığı saptandı (WHO, 2000c). Olguların tümünün aşısız olması nedeniyle gözler hem yeniden kampanyalara çevrildi hem de OPV aşısı sorgulanmaya başlandı. 2000 yılı itibarıyla laboratuvar tarafından doğrulanmış 1947 polio olgusu vardır ve bunların 488'i vahşi virus olarak izole edilmiştir. Bu rakamlar 1999 yılında 7144 olguya 1886 vahşi virus şeklindeydi (WHO, 2000c). Olguların büyük çoğunluğu Afrika, Güney Doğu Asya ve Doğu Akdeniz ülkelerindedir.

VI. AŞI ORANLARI

1980'li yıllara kadar Afrika, Asya ve Latin Amerika ülkelerinde %50'lerin altında seyreden aşı oranları son 20 yılda giderek arttı. Ancak **Tablo-8'**de de görüleceği gibi halen yetersiz çok sayıda ülke bulunmaktadır. Üstelik aşı oranları açısından en kötü düzeyde bulunan Sahra Altı

Afrika ülkeleri bölgesel olarak değerlendirildiğinde ise 1980 yılında %37 olan karma aşı oranının 1999'da %74'e çıktığı görülmekte (**UNICEF, 2002**). Bu nedenle aşı oranları değerlendirilirken ülke ülke ve ayrıca ülkelerin kendi bölgeleri arasında da değerlendirmeler yapılması en doğru yol olacaktır.

Tablo 8. Seçilmiş bazı ülkelerde kızamık ve OPV3 aşı yüzdeleri 1981-1997

ÜLKE	KIZAMIK			OPV 3		
	1981*	1987**	1997**	1981*	1989*	1997***
Çad	?	16	30	?	20	24
Kongo	49	41	20	42	79	21
Togo	47	57	38	9	55	41
Paraguay	16	56	61	26	71	81
Venezuela	43	57	68	75	67	64
Yemen	33	22	51	21	53	68
Belçika	50	50	64	99	95	72
Türkiye	52	50	76	69	74	79

Kaynak: * UNICEF, 1991 s:108; **WHO, 1999 s:90-6; *** UNICEF, 2000 s:92

VII. ÖLÜMLER**VII.1. Sık Görülen Ölüm Nedenleri**

1997 yılı itibarıyla dünyada ölüme en çok yol açan

hastalıklar iskemik kalp ve serebro vasküler hastalıklardır. **Tablo 9'**da 1997 yılı itibarıyla 1 yılda görülen ölüm sayıları ve **Tablo 10'**ölüm nedenlerinin dağılımı, sıklık sırasına göre verilmiştir.

Tablo 9. Tüm dünyada en sık görülen ölüm nedenleri 1997

Ölüm nedeni	Yıllık ölüm sayısı	Sıklık Sırası
İskemik Kalp Hastalıkları	7.200.000	1
Serebro Vasküler Hastalıklar	4.600.000	2
Alt Solunum Yolu Enf.	3.745.000	3
Tüberküloz	2.910.000	4
KOAH	2.890.000	5
Gastroenteritler	2.455.000	6
AIDS	2.300.000	7
Sıtma	2.000.000	8
Prematürite	1.120.000	9
AC, Trakea, Bronş Kanselleri	1.050.000	10
Kızamık	960.000	11
Doğum Asfiksisi	920.000	12
Hepatit B	605.000	13
Boğmaca	410.000	14
Malnutrisyon	370.000	15
İş Kazaları	330.000	16

*En sık ölüme yol açan akut alt solunum yolu enfeksiyonları içinde H. İnfluenza ve diğer bakteriler; gastroenteritler içinde ise kolera ve dizanteri de yer almaktadır. Kaynak: WHO, 1998 s:48; Natural History, 1999 s:46-7

Tablo 10. Bazı bölgelere göre ölüm nedenlerinin dağılımı 1999

Ölüm Nedeni	Afrika*	Güney Doğu Asya*	Amerika**	Avrupa**
AIDS	1.696.000	324.000	19.000	7.000
Alt Solunum Yolu Enf.	587.000	1.382.000	101.000	164.000
Sıtma	472.000	59.000	-	-
Kaza ve ehirlenmeler	400.000	1.020.000	172.000	201.000
Gastroenteritler	394.000	951.000	2.000	2.000
Perinatal Nedenler	296.000	671.000	15.000	11.000
Malign Kanseller	289.000	886.000	632.000	1.066.000
Kızamık	256.000	223.000	-	-
Tüberküloz	229.000	571.000	2.000	6.000
Serebro Vasküler Hastalıklar	180.000	804.000	187.000	471.000
İskemik Kalp Hastalıkları	159.000	2.078.000	551.000	823.000
Maternal Nedenler	153.000	144.000	6.000	1.000
Nutrisyonel Eksiklikler	95.000	143.000	9.000	9.000
KOAH	59.000	249.000	118.000	144.000

*DSÖ tarafından belirlenmiş Afrika'nın 21 ve G. Doğu Asya'nın 7 tane "Çok Yüksek Ölüm Oranı" olan ülkeleri

** DSÖ tarafından belirlenmiş Amerika'nın 3 ve Avrupa'nın 25 adet "Çok Düşük Ölüm Oranı" olan ülkeleri

Kaynak: WHO 2000a, s:164-9, 204-5

Kaynak: WHO 2000a, s:164-9, 204-5

Ölüm nedenleri gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde temel bazı farklılıklar içermektedir. DSÖ'nün 2000 yılı raporunda bu farklılıklar bölgesel olarak verilmiştir.

Ölüm nedenleri DSÖ bölgelerine ve görülme sırasına göre ise **Tablo-11**'de verilmiştir. Bu tabloda 9 ve 10. Tablolara göre bazı sıralama farklılıkları göze çarpmaktadır.

Özellikle 1998 yılında 1997 yılına göre toplam sıralamada AIDS'in 7. sıradan 4. sıraya çıktığı, Afrika'da da halen büyük bir farkla ilk sırada geldiği dikkati çekmektedir. Bir diğer bulgu da ASYE ölümlerinin tüm bölgelerde ilk sıralarda yer aldığıdır. Gastroenteritler ise Doğu Akdeniz ülkelerinde üst sıralarda bulunmaktadır. Türkiye bu tabloda Avrupa bölgesinde yer almaktadır.

Tablo 11. Ölüm nedenlerinin bölgelere göre sıralaması 1998

Ölüm Nedeni	Tüm Ülkeler	Afrika	Amerika	Doğu Akdeniz	Avrupa	Güney Doğu Asya	Batı Pasifik
İskemik Kalp Hast.	1	9	1	1	1	1	3
Serebro Vasküler Hast.	2	7	2	5	2	4	1
Alt Solunum Yolu Enf.	3	3	3	2	4	2	4
HIV/AIDS	4	1	13	27	42	8	42
KOAH	5	14	6	10	5	11	2
Gastroenteritler	6	4	10	3	22	3	17
Perinatal Nedenler	7	5	7	4	13	5	10
Tüberküloz	8	11	19	7	23	6	9
AC, Trakea, Bronş Ca.	9	38	4	20	3	15	6
Trafik Kazaları	10	12	5	9	8	7	12

Kaynak: WHO 1999, s:110

VII.2. Ölüm Hızları

Ölüm hızları 1955 yılından 1995 yılına kadar geçen 40 yıllık sürede giderek büyük oranlarda düşmüş olmasına

karşın Afrika, Avrupa ve Amerika kıtası ülkelerinde bu düşüş hızları aynı oranlarda olmamıştır. 0-4 ve 65 yaş üzeri yaş ve cinsiyete göre standardize edilmiş ölüm hızları Tablo-12'de verilmiştir.

Tablo 12. Bazı ölüm hızlarının yaş gruplarına ve bölgelere göre sıralaması 1998

BÖLGE	0-4 yaş			65 yaş ve üzeri		
	1955 (binde)	1995 (binde)	Düşüş Oranı (%)	1955 (binde)	1995 (binde)	Düşüş oranı (%)
AFRİKA	72.4	34.4	52	93.0	71.6	23
AMERİKA	27.1	7.2	73	61.0	52.9	13
AVRUPA	14.3	5.6	68	65.2	58.2	11

Kaynak: WHO, 1998 (Kaynaktaki çeşitli veriler birleştirilerek de düşüş oranları hesaplanarak verilmiştir.)

Hızlar bu kıtalardaki tüm ülkeleri yansıttığı için söz konusu bölgelerde çok daha yüksek hıza sahip ülkeler olduğu ayrıca belirtilmelidir. Örneğin Avrupa bölgesinde sayılan Türkiye'nin 1998 yılı 5 yaş altı ölüm hızı binde 52.1 iken bu hız Türkiye'nin Doğu'sunda binde 75.9'dur (HÜNEE, 1999). Tablo 12'de dikkati çeken diğer bir nokta söz konusu 40 yıllık süreçte çocuk ölümlerinde son derece düşük hızlara ulaşılmış olan Avrupa ve Amerika ülkelerinde düşüş hızlarının gene de Afrika ülkelerinden fazla olmasıdır. Çocuk ölümlerinde olduğu gibi 65 yaş ve üzeri ölümlerde de Afrika kıtası en yüksek hıza sahiptir. Buna karşın yaşlı ölümlerindeki düşüş oranı diğer kıtalara göre daha fazla olmuştur.

VII.3. Bebek Ölümleri

Bebek ölümleri dünyanın sağlık durumunu en iyi gösteren ölçütlerden biridir. Tüm dünyada bebek ölümleri giderek düşerken ekonomik sistem açısından geçiş aşamasındaki eski Doğu Bloku ülkelerinde bebek ölüm hızları (BÖH) 1994 yılında 1990'a göre daha fazla olmuştur. Benzer şekilde Sahra Altı Afrika ülkelerinde de 1999 yılında BÖH 1990'a göre daha fazla olmuştur. Çarpıcı bir gelişme de Irak'da yaşanmıştır. 1985-1991 arasındaki bebek ölümleri incelendiğinde Körfez savaşı sonrasında Irak'da bebek ölümü riskinin 4.1 kat arttığı, riskin Kuzey Irak'da 5.3'e çıktığı saptanmıştır (Ascherio, 1993). Bebek ölümlerindeki bölgesel düşme eğilimleri Tablo 13'de görülmektedir.

Tablo 13. Bebek ölümlerindeki bölgesel düşme eğilimleri (1960-1998)

ÜLKELER	1960-70	1970-80	1980-90	1990-98
Yüksek Gelirli Ülkeler	-3.9	-5.3	-3.8	-4.0
Düşük-Orta Gelirli Ülkeler	-2.8	-2.1	-2.8	-1.3
Doğu Avrupa-Orta Asya	-	-	-3.9	-3.1
Doğu Asya-Pasifik	-4.8	-3.4	-3.2	-1.5
Latin Amerika	-2.2	-3.2	-3.8	-3.5
Doğu Akdeniz-Kuzey Afrika	-2.1	-3.4	-4.5	-3.4
Güney Asya	-1.6	-1.5	-3.1	-1.8
Sahra Altı Afrika	-1.8	-1.7	-1.3	-1.2
DÜNYA	-2.6	-2.0	-2.7	-1.3

Kaynak: Cornia, 2001

Bebek ölümlerinin değerlendirilmesinde kullanılan önemli bir kriter de ülkelerin ortalama değerlere göre olan performanslarıdır. Tablo 14'de bazı ülkelerin 1952-1992 yılları arasındaki BÖH'ları aynı gelir grubundaki ülkelere göre kıyaslanarak verilmiştir. Değerler bu ülkelerdeki BÖH'larının beklenen değerden ne kadarlık bir yüzdesel sapma gösterdiğini vermektedir. Sıralama 1992 yılı verileri için kötünden iyiye doğru yapılmıştır. Türkiye 1992 yılındaki BÖH ile beklenen rakamdan %25 daha kötü bir hıza sahip olarak kendi gelir grubundaki ülkelere göre daha kötü bir performans göstermiştir.

Tablo 14. bebek ölümlerindeki ülke performansları (1952-1992)

Ülkeler	Yıllara Göre Yüzdesel Sapma Miktarı				
	1952	1962	1972	1982	1992
Sierra Leone	?	48	57	75	102
Irak	?	44	46	70	?
Etyopya	31	34	29	46	?
Somali	?	34	29	42	84
Gabon	?	42	66	87	81
Angola	?	42	45	44	55
Bangladeş	?	13	23	35	36
Türkiye	43	43	45	49	25
G. Afrika	-31	-16	3	16	25
Madagaskar	?	30	31	19	24
Bolivya	18	26	42	38	23
Brezilya	-10	-2	8	21	19
Hindistan	12	14	11	13	17
Mısır	19	25	31	36	10
S. Arabistan	?	78	99	105	8
Peru	12	25	31	27	5
Suriye	?	10	3	17	0
İran	?	57	72	41	-1
Kenya	-11	-16	-19	-14	-4
Çin	?	-14	-67	-58	-33
Bulgaristan	?	?	?	-105	-56
Romanya	?	-84	-108	-116	-83
Şili	2	19	1	-83	-98
Kosta Rika	-42	-26	-39	-108	-112
Yunanistan	-88	-72	-62	-99	-113

Kaynak: WHO, 1999 s:112-3

Hastalık ve ölüm hızlarının düşük olması bazı sınıfsal farklılıkların gözden kaçmasına yol açabilir. Örneğin yoksulluk ölümleri ve hastalıkları etkileyen önemli faktörlerden biridir. Dolayısıyla yoksullardaki ölüm oranları ile yoksul olmayan grupların ölüm oranları kıyaslanırsa düşük gibi görülen hızların ardında yatan derin çelişkiler ortaya çıkartılabilir. **Tablo 15'**de görüldüğü gibi Malezya'nın 0-4 yaş kız çocuk ölüm oranı yoksul olmayan gruplarda binde 10 gibi oldukça düşük bir rakamdır. Ancak yoksul gruptaki hızın binde 150 olması nedeniyle bu iki grup oranlandığında 15.0 gibi büyük bir farklılık ortaya çıkmaktadır. Tablo-15'de bazı ülkeler arasında bu tip karşılaştırmalar verilmektedir.

VIII. SONUÇ

1998 yılında tüm dünyada gerçekleşen toplam tüketim 24 trilyon dolardır. Bu rakam 1950 yılındaki tüketim miktarının 6; 1975 yılındaki tüketimin ise 2 katıdır. Ne yazık ki dünyamızda üretim de tüketim de eşit paylaşılmamaktadır. Bir diğer konu endüstrileşmiş ülkelerin de kendi içinde giderek daha fazla yoksula sahip olduğu gerçeğidir. UNDP nin yeni insan yoksulluk indeksine göre endüstriyel ülkelerin %7-17'si yoksuldur (UNDP, 1998).

DSÖ'lü yıllar ve dünyamızda sağlığın genel bir değerlendirmesi yapıldığında sonuç olarak ortaya çok iyi bir tablo çıkmadığı görülmektedir. En önemli nokta genel değerlendirmelerin ve ortalamaların yanı sıra olabileceği gerçeğidir. Bu nedenle okurların dünyada sağlığın durumu olanaklı olduğunca ayrıntıya girilerek incelenmeye çalışılmalı, ülkesel ve ülkelerdeki bölgesel farklılıklar anlaşılmalı çalışılmalıdır.

Son olarak belirtmek gerekirse DSÖ'nün kendisini son yıllardaki küreselleşme ve özelleştirme rüzgarlarına giderek daha fazla oranda kaptırdığını bütüncül, tümelci, nitelikli ve yaygın sağlık hizmetinden çok kampanyalarla ve projelerle yürütülen sağlık hizmetlerine odaklandığını görmekteyiz. Bu durumun yoksul ülkeler ve insanlar için ciddi eşitsizlikler yarattığı ise giderek daha net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Tablo 11. Seçilmiş bazı ülkelerde yoksullarla yoksul olmayanlar arasındaki sağlık farklılıkları 1990

Ülke	Yoksul nüfus (%)	Ölüm Hızı (binde)				Tbc Prevalans	
		0-4 yaş Kız Çocuk Ölümü		15-59 yaş kadın ölümü		Yoksul değil (Hız)	Yoksul değil (Oranı)
		Yoksul değil (hız)	Yoksul/Yoksul değil (oranı)	Yoksul değil (hız)	Yoksul/ değil (oranı)		
Şili	15	7	8.3	34	12.3	2	8.0
Çin	22	28	6.6	35	11.0	13	3.8
Ekvador	8	45	4.9	107	4.4	25	1.8
Hindistan	53	40	4.3	84	3.7	28	2.5
Kenya	50	41	3.8	131	3.8	20	2.6
Malezya	6	10	15.0	99	5.1	13	3.2
Dünya	?	38	4.8	92	4.3	23	2.6

Kaynak: WHO, 1999 s:19

KAYNAKLAR

Ascherio A, Chase R, Cote T, et al (1993) "Effect of the Gulf War on Infant and Child Mortality in Iraq" *N Engl J Med*, 1992 Sep 24;327(13):931-6

CDC (1998) "Preventing Emerging Infectious Diseases" Atlanta, GA, USA

Cornia GA, (2001) "Globalization and Health:Results and options" Bulletin of the World Health Organization, 79:834-841

Fidler DP (2001) "The globalization of public health:the first 100 years of international health diplomacy" Bulletin of the World Health Organization, 79:842-849

HÜNEE (1999) "Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998", Ankara

Lerer L, Matzopoulos R (2001) "The worst of both worlds:The management reform of the WHO", *International Journal Of Health Services*, vol:31, no:2, pp:415-438

Natural History (1999) "The world's top ten infectious killers in 1997" *Natural History*, vol:108, no:1, pp:46-47

UNDP (1998) "Human Development Report 1998" Oxford University Press, New York, USA

UNFPA (1992) "Population Issues Briefing Kit 1992", New York, USA

UNICEF (1991) "The State of the World's Children 1991" Oxford University Press, New York, USA

UNICEF (1999) "Ulusların Gelişmesi 1999" UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara

UNICEF (2000) "The State of the World's Children 2000" Oxford University Press, New York, USA

UNICEF (2002) "Dünya Çocuklarının Durumu 2002" UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara

World Bank (1993) "World Development Report 1993, Investing in Health", Oxford University Press, New York, USA

WHO (1996) "The World Health Report 1996, Fighting Disease Fostering Development", Geneva, Switzerland

WHO (1998) "The World Health Report 1998, Life in the 21st century:A vision for all", Geneva, Switzerland

WHO (1999) "The World Health Report 1999, Making a Difference", Geneva, Switzerland

WHO (2000a) "The World Health Report 2000, Health Systems:Improving Performance", Geneva, Switzerland

WHO, (2000b) *Weekly Epidemiological Record*, No:42, 2000, 75:337-344

WHO, (2000c) *Weekly Epidemiological Record*, No:49, 2000, 75:397

WHO, (2001) *Weekly Epidemiological Record*, No:19, 2001, 145-48