

**DOSYA/DERLEME****SAHRA ALTI AFRİKA ÜLKELERİNDE  
SAĞLIK EMEK GÖÇÜ***Nasır NESANIR\**

Kapitalist bir dünya ekonomisinin ortaya çıkışı sadece mal ve sermaye hareketleri sonucu ortaya çıkan dünya pazarına değil, aynı zamanda işgücü için bir dünya pazarına da bağlıdır (Toksöz, 2006). Emperyalist- kapitalist düzenin kanının son damlasına kadar sömürdüğü ve artık işi bitince bir kenara atıverdiği Afrika kıtasının gerçeği burada yatmaktadır. Afrika genellikle dünya sağlık ve gıda örgütlerinin verilerindeki tüyler ürpertici rakamsal geçeklerle anılır, artık bu nitelemeler kanıksandığından kapitalizmin felaketinin giderek hissedilmeye başlandığı diğer ülkeler de Afrika'ya göre sıraya konur: Afrika kadar yoksul, aç, çölleşen, sağlık düzeyi kötü vb. betimlemeler sıkça yapılır. Bu süreci başlatan şiddetin tarihini de barındıran emperyalist-kapitalist düzenin köle ticaretinden bu yana ihtiyaç duyduğu emek pazarıdır.

İspanyolların Meksika'ya 1519-1521'de ve Peru'ya 1531-1535'te girmesinden sonra altın ve gümüş madenlerinde çalıştırılan Güney Amerika'daki yerliler dayanılmaz çalışma koşullarından ötürü kitleler halinde yok olmuştur. Avrupalıların getirdiği ve yerli halkın başışıklık sahibi olmadığı çiçek, kızamık, suçiçeği gibi hastalıklar da toplu ölümlere yol açmıştır. Bunun sonucunda 1519'da Orta Meksika'da 11 milyon olan nüfus 1650'de 1.5 milyona kadar düşmüştür (Potss, 1992). Bunun sonucunda gereken emek gücü Afrika'dan zorla sağlanmıştır.

1550'lerden itibaren Portekizli gemiciler şeker ve tütün plantasyonlarında çalıştırmak üzere Afrika'dan Karayipler'e köle götürmeye başlamışlardır. İzleyen yüzyıllarda Afrika'dan 15 milyon kişinin güney ve kuzey Amerika'ya

götürüldüğü hesap edilmektedir (Stalker, 1994). Ancak insanlık dışı koşullar Afrikalılar için de kitlesel ölümler anlamına gelmektedir. Kölelerin %13'ünün limanda gemilere bindirilmek üzere bekletilirken veya yolda gemilerin hücrelerinde öldüğü tahmin edilmektedir. Sağ kalanların sonraki ortalama yaşam süresi beş yıldır. O dönemin ekonomik muhasebesi köleleri beslemenin ve üremelerini sağlamanın mı, yoksa ölüme terk ederek yerine yenilerini getirmenin mi daha karlı olacağı yönündedir. Uzun süre yenileri çok ucuza temin edildiği için toprak sahipleri ve tüccarlar köle kadınların çocuk düşürmesini veya doğan bebeklerini öldürmelerini dayatmıştır. Çünkü bir çocuğun çalışabileceği yaşa kadar beslenmesi daha pahalıya gelmektedir. Zamanla köle fiyatlarının yükselmesi toprak sahiplerini kendi kölelerini yetiştirmeye yöneltmiş ve düşüklüğü ve çocuk ölümlerini önlemek için hamile kadınlara bazı sağlık hizmetleri sunulmuştur (Toksöz, 2006).

İnsanlık tarihinin en önemli emek göçlerinden biri olan köle ticareti merkez ülkelerde kapitalizmin gelişimini sağlayan birikim açısından önemli rol oynamıştır (Toksöz, 2006; Güney, 2007). Köle ticaretiyle eş zamanlı olarak merkez ülkelerin kendi içlerinde yoğun göç hareketleri yaşanmış, küçük çiftçilerin ellerinden topraklarının otlak yapmak üzere alınması onların kentlere göç ederek atölye ve manüfaktörlerde işçileşmesine yol açmıştır. Yeni kurulan işletmelerde istihdam imkanı bulamayan kitleler ise Batı Avrupa'dan ABD'ye ve diğer sömürgelere göç etmişlerdir (Castles, 1984).

25 Mart 1807 tarihinde İngiliz parlamentosu, köle ticaretine son veren yasayı benimsemişti. İngiliz hükümetini bir yıl sonra ABD izledi. O dönem sermayenin

\*Dr., Halk Sağlığı Uzmanı

köle ticaretinin yasaklanması kararına sermayenin fazla direniş göstermemesinin ekonomik gerekçeleri de vardı: Birincisi 1807 yılında şeker fiyatları düşüktü. Birçok şeker üreticisi yeni köle alamayacak hale gelmişti; bu da bu kesimleri köle ticaretinin kaldırılması kararı karşısında zayıflatmıştı. İkincisi Afrika'yı bir köle kaynağı olarak görenler, şimdi onunla hem hammadde kaynağı, hem de pazar olarak ilgilenmeye başlamışlardı. Bunun için Afrika'da çalıştıracak işgücüne ihtiyaçları vardı. Köleciliğin yasaklanması doğrudan bunlarla ilişkiliydi.

Yasaklandıktan sonra bile köle ticareti gizlice devam etti. Bugün de batı Afrika'da özellikle 10-18 yaş arası çocukların köle gibi alınıp satıldığı ve çokuluslu şirketlere ait işletmelerde son derece ağır koşullar altında çalıştırıldıkları bilinmektedir. Bugün dünya genelinde insan ticaretinden nasibini alan toplam 1,2 milyon çocuğun %45'i Afrika ülkelerinde yaşamaktadır. Köle ticaretinin yasal olarak sona ermesi Afrika'nın kötü talihinin değişmesine yetmedi. 1885 yılına gelindiğinde belli başlı Avrupalı devletler (özellikle İngiltere ve Fransa) ve ABD, kıtanın %90'ını aralarında paylaştılar. Afrikalı halkların köleliği, sömürgecilik döneminde kurulan ve büyük tekeller tarafından işletilen maden yataklarında devam etti. Ucuz işgücünün sömürsü sayesinde muazzam karlar elde eden sömürgeci güçler, bağımsızlıklarını kazanma yolunda verdikleri mücadelelerde de Afrikalı halklara zulmetmeye ve milyonlarcasını katletmeye devam ettiler. 1960'lı yıllardan itibaren Afrika ulusları birbiri ardına bağımsızlıklarını kazansalar da, uluslararası mali sermayenin ve kendi burjuvalarının kışkırttığı inlemeyi sürdürdüler. Bağımsızlıklarını elde etmeleri sürecinde pek çok ülkenin haritası (tıpkı Ortadoğu'da olduğu gibi) emperyalistlerce çizildi ve yapay sınırlarla ayrılan kabilelerin, aşiretlerin ilerleyen dönemde giriştikleri çatışmalar da emperyalistlerce kullanıldı. Bugün de kıta genelinde her yıl 100 bine yakın çocuk savaştırılıyor (Dağlı, 2007).

Kapitalizmin yol açtığı sosyoekonomik koşullara (açlık, yoksulluk, işsizlik gibi), savaşları, bölgesel veya yerel

çatışmaları, katliamları, siyasi baskıları ve yine onun tahripkar üretim tarzı yüzünden oluşan doğal afetleri de eklediğimizde, Afrika' dan göç gerçeği daha iyi anlaşılacaktır.

Köle ticaretinden sonraki süreçte Asya, Afrika ve Amerika'daki sömürgelere özgü "hizmet sözleşmeli" sömürge işgücü, 19. ve 20. yüzyıllarda Güney Afrika'daki "maden işçileri", İkinci Dünya Savaşı öncesinde Fransa ve Almanya'daki "yabancı işçiler", Nazi savaş ekonomisinin "zorunlu işçileri", 1945 sonrası Avrupa'sının "misafir işçileri" ve günümüzün birçok ülkesinde yasal korunma dışında "yasa dışı (illegal)" emekçiler gibi kapitalizmin emek göçü politikaları kapitalist ekonominin dönemsel koşullarına göre sürekli değişiklik göstermiştir (Göktürk, 2003). Küresel kapitalizm koşullarında emek göçünün önemli bir yüzü sağlık emek göçüdür. Beyin göçü terimi sağlık emek göçü hareketini tanımlamak için 1960'larda icat olundu (Teferra, 2000).

Emek göçünün tarihi 1500'lü yılların sonunda başlarken, sağlık emek göçünün tarihi sağlık hizmetlerinin kapitalist üretim süreci içindeki pozisyonu gereği oldukça yenidir. 1950'li yıllarda her ne kadar İngiltere gibi birkaç ülkenin hekimleri daha iyi bir eğitim için ABD'ye gitse de, sağlık emek göçü 1970'li yıllardan itibaren önem kazanmış, o tarihten günümüze giderek artış göstermiştir. Böyle olunca konu ile ilgili ilk bilimsel çalışmalar da 1970'li yıllarda başlamıştır. 1970-1980'li yıllar sağlık emek göçünün ilk aşaması, 1985-1990'li yıllar ikinci ve 2000'den bugüne ise üçüncü dönem olarak nitelendirilebilir. Sağlık emek göçü diğer emek göçlerinde olduğu gibi, daha çok çevre kapitalist ülkelere merkez kapitalist ülkelere doğru hareket etmektedir (Özkan, Hamzaoglu; 2007). Sağlık emekçilerinin göçü literatürde genelde hekim ve hemşire göçü bağlamında göç alan merkez ve göç veren perifer kapitalist ülkelere olumlu ve olumsuz etkileri açısından tartışılan bir sorundur. Sorunun ekonomik-politik yönü üzerinden tartışma yapıldığında ise kapitalizmin yarattığı sayısız sorunlardan biri olarak sağlık emek göçüne perifer kapitalist ülkelere özellikle de Sahra Altı Afrika'sında sağlık

Tablo 1. Dünya'daki sağlık insan gücü

Dünya sağlık örgütü bölgesi	Toplam sağlık çalışanı n (1000 kişiye düşen sağlık çalışanı)	Sağlık personeli n (%)	Sağlık yönetimi ve destek biriminde çalışanlar n (%)
Afrika	1.640.000 (2.3)	1.360.000 (83)	280.000 (17)
Doğu Akdeniz	2.100.000 (4.0)	1.580.000 (75)	520.000 (25)
Güney-Doğu Asya	7.040.000 (4.3)	4.730.000 (67)	2.300.000 (33)
Batı pasifik	10.070.000 (5.8)	7.810.000 (77)	2.260.000 (23)
Avrupa	16.630.000 (18.9)	11.540.000 (69)	5.090.000 (31)
Amerika	21.740.000 (24.8)	12.460.000 (57)	9.280.000 (43)
Dünya	59.220.000 (9.3)	39.470.000 (67)	19.750.000 (33)

Kaynak: WHO, 2006

göstergelerini kötüleştiren ve sağlık sistemlerini çökerten bir süreç olarak önemli bir vurgu yapılabilir. Nitekim Sahra Altı Afrika'sı ülkeleri sağlık emek göçünden çok fazla olumsuz etkilenmiştir.

Dünya'da 59.000.000 insan sağlık işgücünde çalışmaktadır. Her 1000 kişiye Afrika'da 2.3 sağlık çalışanı düşerken bu sayı Avrupa'da 18.9 ve Amerika'da 24.8'dir. 1000 kişiye düşen hekim sayısı Almanya'da 34, ABD'de 26, İngiltere'de 23, Kanada'da 19 iken bu sayı 47 Sahra Altı Afrika ülkesinin 21'inde "1" in altındadır. 1000 kişiye düşen ebe/hemşire sayısı Almanya'da 80, ABD'de 94, İngiltere'de 128, Kanada'da 101 iken bu sayı 47 Sahra Altı Afrika ülkesinin 31'inde "10" un altındadır. 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısı Almanya'da 8, ABD'de 16, İngiltere'de 10, Kanada'da 12 iken bu sayı 47 Sahra Altı Afrika ülkesinin 44'ünde "1" in altındadır (Tablo 1; Tablo 2; Tablo 3) (WHO, 2006a; WHO, 2008).

Afrika kıtasında 80 tıp fakültesinden yılda yaklaşık 5100 hekim mezun olurken Amerika kıtasında 580 tıp fakültesinden yılda yaklaşık 68.500 hekim mezun olmaktadır. 47 Sahra Altı Afrika ülkesinin 11'inde hiç tıp fakültesi yoktur ve 24 tanesinde de sadece bir tıp fakültesi vardır. Sahra Altı Afrika'sında tıp fakültesi sayıları yetersizdir. 47 Sahra Altı Afrika ülkesinde 660 milyonluk nüfus için 82.949 hekim varken 284 milyon nüfusa sahip ABD için yaklaşık 800.000 hekim bulunmaktadır. 47 Sahra Altı Afrika ülkesinden göç eden hekimlerin %79'u dört ülkedeki 10 tıp fakültesinden mezun olmuştur. Bu okullar mezunlarını kendi ülkelerinde çalışmaya yönlendirmekten ziyade gelişmiş ülkelere göndermeye hizmet ediyorlar (Hagopian, 2004).

Sahra Altı Afrika ülkeleri Dünyadaki nüfusun %11'ine, hastalık yükünün %24'üne, sağlık çalışanlarının %3'üne ve sağlık harcamalarının %1'inden daha azına sahip iken

Amerika kıtası Dünyadaki nüfusun %14'üne, hastalık yükünün %10'una, sağlık çalışanlarının %37'sine ve sağlık harcamalarının %50'sinden fazlasına sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü, 2006 yılı raporunda 57 ülke (36 tanesi Sahra Altı Afrika ülkesi) için 2.400.000'i hekim/hemşire/ebe olmak üzere 4.200.000 sağlık çalışanına ihtiyaç olduğunu, sağlık emekçisi açığının en şiddetli olduğu bölgenin Sahra Altı Afrika ülkeleri olduğunu; 800.000 hekim/hemşire/doktor olmak üzere 1.500.000 sağlık çalışanına gereksinim duyulduğunu belirtmiştir. Bu rakam şu an Sahra Altı Afrika'sındaki sağlık çalışanı sayısını %140 arttırmak anlamına geliyor (WHO, 2006a).

Bütün bu eşitsizlikler göz önüne alındığında adil bir dünyada sağlık emek göçünün merkez kapitalist ülkelere ihtiyaç duyan birçok Asya ve Afrika ülkesine doğru olması gerekirken yoksuldan alıp zengine veren kapitalist yapılanma nedeni ile Asya ve Afrika'dan merkez ülkelere doğru sağlık emek göçü olmaktadır (Pang, 2002; Bundred, 2000). Sahra Altı Afrika ülkeleri sağlık sektöründe insan kaynakları krizi ile karşı karşıyadır. Son yirmi yıl boyunca bu ülkelerde toplumsal olmayan hastalıkların insidansında, toplumsal hastalıkların yenilenmesinde, HIV/AIDS'e bağlı hastalık yükünde önemli artışlar olmuştur. Bu artışa karşın sağlık hizmeti için ihtiyaç duyulan sağlık personeli desteği çok düşük düzeyde kalmıştır. Üstüne üstlük son yirmi yılda Sahra Altı Afrika ülkeleri sağlık emekçilerini önemli ölçüde göçe verdi (Dovlo, 2005). Bu süreç Sahra Altı Afrika'sının zaten zayıf olan sağlık sistemlerini daha da zayıflatıp sağlık göstergelerini kötüleştirmiştir.

II. Dünya Savaşından önce, genel olarak sağlık emekçilerinin göçü merkez kapitalist ülkeler arasında bir akış gösterirken, son otuz yıldır az gelişmiş ülkelere merkez kapitalist ülkelere doğru sağlık emek göçü önem kazanmıştır. ABD'de yabancı ülkelere eğitilmiş doktor

Tablo 2. Sağlık emek göçü alan yedi ülkenin temel bazı göstergeleri

	Almanya	ABD	Avustralya	Fransa	İngiltere	Kanada	Portekiz
177 ülke içinde İnsani Gelişmişlik Endeksi (2005)**	22	12	3	10	16	4	29
Gayri Safi Milli Hasıla İçindeki Sağlık Harcaması (2005) (%)*	10.7	15.2	8.8	11.2	8.2	9.7	10.2
Ülkedeki Yabancı hekim Sayısı***	17318	213331	11122	11269	69813	13.260	1258
Yabancı Hekimlerin Yüzdesi***	6	27	21	6	33	23	4
Yabancı Hekimler İçinde Sahra altı Afrikalı Hekimlerin Yüzdesi****	2	3	8	7	16	16	28
10.000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı (2000-2006)*	34	26	25	34	23	19	34
10.000 Nüfusa Düşen Ebe Hemşire Sayısı (2000-2006)*	80	94	97	80	128	101	47
10.000 Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı (2000-2006)*	8	16	11	7	10	12	6
Doğumda Beklenen Yaşam Yılı (2006)*	80	78	82	81	79	81	79
Anne Ölüm Hızı (100.000)*	4	11	4	8	8	7	11
Bebek Ölüm Hızı (1000)*	4	7	5	4	5	5	3

Kaynak: \* WHO, 2008; \*\*Human development Report 2007/2008, 2008; \*\*\*WHO, 2006; \*\*\*\*Connell, 2007.

Tablo 3. Sahra Altı Afrika ülkelerinin temel bazı göstergeleri

	177 ülke içinde İnsani Gelişmişlik Endeksi (2005)*	Tıp Fakültesi Sayısı**	Doğumda Beklenen Yaşam Yılı (2006)**	Anne Ölüm Hızı (Yüz bin)**	Bebek Ölüm Hızı (Bin)**	10.000 Nüfusa Düşen Hekim Sayısı (2000-2006)**	10.000 Nüfusa Düşen Ebe Hemşire Sayısı (2000-2006)**	10.000 Nüfusa Düşen Diş Hekimi Sayısı (2000-2006)**	Gayri Safi Milli Hasıla İçindeki Sağlık Harcaması (2005) (%)**
Angola	162	1	41	1400	154	<1	14	<1	1.8
Benin	163	1	55	840	88	<1	8	<1	5.4
Botsvana	124	0	52	380	90	4	27	<1	8.3
Burkina Faso	176	1	47	700	122	<1	5	<1	6.7
Burundi	167	1	49	1100	109	<1	2	<1	3.4
Kamerun	144	1	51	1000	87	2	16	<1	5.2
Cape Verde	102	0	70	210	25	5	9	<1	5.6
Merkez Afrika Cumhuriyeti	171	1	48	980	114	<1	4	<1	4.0
Çad	170	1	46	1500	124	<1	3	<1	3.7
Comoros	134	0	65	400	51	2	7	<1	3.0
Kongo	139	1	54	740	79	2	10	<1	1.9
Kongo (DC)	168	3	47	1100	129	1	5	<1	4.2
Côte d'Ivoire	166	1	53	810	90	1	6	<1	3.9
Ekvator Ginesi	127	0	46	680	124	3	5	<1	1.7
Eritrea	157	0	63	450	48	<1	6	<1	3.7
Etyopya	169	3	56	720	77	<1	2	<1	4.9
Gabon	119	1	58	520	60	3	50	<1	4.1
Gana	135	3	57	560	76	2	9	<1	6.2
Gine	160	1	53	910	98	1	5	<1	5.6
Bissau	175	1	48	1100	119	1	7	<1	5.2
Kenya	148	2	53	560	79	1	12	<1	4.5
Lesoto	138	0	42	960	102	<1	6	<1	5.5
Liberya	...	2	44	1200	157	<1	3	<1	6.4
Madagascar	143	3	59	510	72	3	3	<1	3.2
Malavi	164	1	50	1100	76	<1	6	<1	12.2
Mali	173	1	46	970	119	<1	6	<1	5.8
Moritanya	137	0	58	820	78	1	6	<1	2.7
Morityus	65	1	73	15	12	11	37	2	4.3
Mozambik	172	1	50	520	96	<1	3	<1	4.3
Namibya	125	0	61	210	45	3	31	<1	5.3
Nijer	174	1	42	1800	148	<1	2	<1	3.8
Nijerya	158	16	48	1100	99	3	17	<1	3.9
Ruanda	161	1	52	1300	97	<1	4	<1	7.2
Sao Tome & Principe	123	0	61	...	63	5	19	<1	9.8
Senegal	156	2	59	980	60	<1	3	<1	5.4
Seychelles	50	1	72	...	12	15	79	12	6.8
Sierra Leone	177	1	40	2100	159	<1	5	<1	3.7
Gü. Afrika	121	8	51	400	56	8	41	1	8.7
Somali	...	1	55	1400	90	<1	2	<1	2.6
Sudan	147	14	60	450	62	6	17	<1	3.8
Swaziland	141	0	42	390	112	2	63	<1	6.3
Tanzanya	159	4	50	950	74	<1	4	<1	5.1
The Gambia	155	0	59	690	84	1	13	<1	5.2
Togo	152	1	57	510	69	<1	4	<1	5.3
Uganda	154	3	50	550	78	<1	7	<1	7.0
Zambiya	...	1	43	830	102	1	20	<1	5.6
Zimbabve	151	1	43	880	55	2	7	<1	8.1

Kaynak: \*Human development Report 2007/2008; \*\*WHO World Health Statistic, 2008

sayısı 1973'te 70.646'dan 2006'da 213.331'e yükselmiştir. Birleşik Krallık'ta başka ülkelerde eğitilmiş doktorların 1970'te 20.923 olan sayısı 2006'da 69.813'e yükselmiştir. Benzer eğilim Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda gibi alıcı ülkelerde de gözlenmiştir (Mejia,1979; WHO, 2006). Genel olarak bütün OECD ülkeleri sağlık emek göçü için ana çekim merkezi konumundadır. En çok tercih edilen ülkeler ABD, Birleşik Krallık ve Kanada'dır (Bourassa, 2004). Bütün OECD ülkelerinde tüm hemşirelerin %11'i, tüm hekimlerin %18'i yabancı bir ülkede doğmuştur (OECD, 2007).

OECD ülkelerinde göçle gelen sağlık emekçisi sayısı bir yandan yükselirken bir yandan da bu sayı bir ülkeden diğerine dikkat çeken derecede önemli değişiklikler göstermektedir (Connell, 2007). Portekiz, Fransa ve Almanya'da yabancı hekimlerin ülkedeki tüm hekimlere oranı %10'un altında iken bu oran ABD'de %27, İngiltere'de %33, Yeni Zelanda'da %34'tür. Göç eden hekim sayısının en fazla olduğu üç ülke 212.331 hekimle ABD, 69.813 hekimle Birleşik Krallık ve 13.620 hekimle Kanada'dır (WHO, 2006).

Sahra Altı Afrika'sında göç eden hekimlerin gerçek boyutunu rakamlarla tam olarak ifade etmek çok zordur. Bu konudaki önemli iki çalışmada bazı Sahra Altı Afrika ülkelerindeki hekim sayıları farklı görünmektedir (Tablo 4 ve Tablo 5) (Clemens, 2006; Connell, 2007). Sayılara ilişkin bu saptama yanı sıra çalışmaların yapıldığı dönemler de göz önüne alınmalıdır (Clemens 1999-2001 yılları arasındaki verilerden, Connell 2003-2004 yılları arasındaki verilerden yararlanmıştır).

Yabancı hekimlerin içinde Sahra Altı Afrika ülkelerinden gelen hekim oranı Almanya'da %2, ABD'de %3, İngiltere'de %16, Kanada'da %16 ve Portekiz'de %28'dir (Tablo 2) (WHO, 2006; Connell 2007).

Afrika'daki hekimlerin %18'i göç alan dokuz ülkeye göç etmiştir. Bu oran Sahra Altı Afrika ülkelerinde %28'dir. Mozambik'teki hekimlerin %75'i, Angola'daki hekimlerin %70'i, Liberya'daki hekimlerin %63'ü, Madagaskar'daki hekimlerin %59'u, Gana'daki hekimlerin %56'sı, Güney Afrika'daki hekimlerin %21'i göç alan dokuz ülkeye gitmiştir. %10'un altında göç veren tek Sahra Altı Afrika ülkesi Nijerya'dır (Tablo 4) (Clemens, 2006).

Birleşik Krallık'a Sahra Altı Afrika ülkelerinden gelen 10.857 hekimin %87'si, ABD'ye gelen 5334 hekimin %76'sı Güney Afrika ve Nijerya'dan göç etmiştir. Kanada'ya Sahra altı Afrika ülkelerinden gelen hekimlerin %84'ü Güney Afrika'dan göç etmiştir. Birleşik Krallık, ABD ve Kanada'nın tersine Fransa'ya göç eden hekimler içinde Sahra Altı Afrika ülkelerinden olanların oranı %6'dır (845 hekim). Bu 845 hekimin %47'si de eski Fransa sömürgesi olan Madagaskar ve Senegal'dendir (Tablo 5) (Connell, 2007). Fransa'ya hekim göçünde Kuzey Afrika, Sahra Altı Afrika ülkelerinden çok daha büyük öneme sahiptir. Kuzey Afrika'dan Fransa'ya göç eden hekim sayısı 4402'dir (Cezayir=3273 hekim, Fas=805 hekim, Tunus=176,

Mısır=148). Bu sayı Fransa'ya göç eden hekimlerin %46.5'ini oluşturur (Ordre des Medecins, 2004). Birleşik Krallık ve ABD'de Asya'daki perifer ülkelerden gelen hekimler; Fransa'da ise Afrika'dan göç eden hekimler önemli bir yer tutmaktadır.

Göç alan diğer ülkelerle karşılaştırıldığında Portekiz'in yabancı hekim sayısı düşüktür (1258 hekim). Fakat Portekiz'e göç etmiş hekimler içinde Sahra altı Afrikalı hekim oranı %28'dir (360 hekim) (Tablo 4). Portekiz eski sömürgesi olan Sahra Altı ülkelerden göç almıştır. Almanya'ya Sahra Altı ülkelerden gelen doktor sayısı 310'dur. Burada da ana kaynak Gana, Kamerun, Sudan'dır. Polonya, Danimarka ve Finlandiya'da Sahra Altı Afrika ülkelerinden gelen hekim sayısı 50'nin altındadır (Connell, 2007). 2003 yılından sonra Belçika, Hollanda, İtalya ve İspanya'ya sahra altı ülkelerinden hekimler göç etmektedir. 2003 yılındaki kayıtlarda Güney Afrikalı hekimlerin yaklaşık %10'u Hollanda'ya göç etmiş görünmektedir (BIG-Register, 2005).

Sahra Altı Afrika ülkelerinde sağlık emek göçü önce bir kaç Afrika ülkesinden (en önemlileri Güney Afrika, Nijerya ve Gana) öncelikle Afrika dışındaki gelişmiş birkaç ülkeye oldu (Mejia, 1979). Geçen otuz yıl boyunca göçün hareket alanı genişledi, nerede ise bütün Afrika kıtasını kapsadı ve göç karmaşıklaştı. Aynı zamanda Sahra Altı Afrika ülkeleri arasında da göç hareketi oldu: Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nden Kenya'ya, Kenya'dan Güney Afrika'ya, Namibya ve Botswana'ya göç yaşandı. Güney Afrika en önemli göç alıcı ve verici ülkedir (Connell, 2007; Clemens 2006; Dumont, Meyer, 2004). 1970'lerde çok küçük göçmen doktora sahip olan Etiyopya, Uganda ve Angola gibi ülkeler şimdi çok önemli sayıda hekim göçü vermektedir (Hagopian, 2005). Docquier'in çalışmasında Sahra Altı Afrika'sından göç eden sağlık dışındaki vasıflılarla Clemens'in çalışmasındaki hekim ve hemşire göçü yüzdesini karşılaştırdığımızda göç eden hekim yüzdesinin çok yüksek olduğu gözden kaçmamaktadır (Docquier, 2004; Clemens, 2006).

Merkez ülkelere perifer ülkelere doğru bir diğer önemli göç hemşire göçüdür. Son yıllarda Filipinler ve belli Afrika ülkelerinden merkez ülkelere doğru önemli bir göç olmuştur (Özellikle ABD, Kanada ve Birleşik Krallık'a) (Findlay, 2002; Martineau, 2002). Yeni Zelanda'da hemşirelerin %21'i, İrlanda'da %14'ü, İngiltere'de %10'u, Kanada'da %6'sı, ABD'de %5'i ve Almanya'da %3'ü başka ülkelere göç etmişlerdir (WHO, 2006). Zamanla göç eden hemşire ve hemşirelerin göç ettikleri ülke sayısı artmıştır.

Sahra Altı Afrika ülkelerindeki hemşirelerin %11'i, dokuz ülkeye göç etmiştir. Gambiya'daki hemşirelerin %66'sı, Burundi'deki hemşirelerin %78'i göç etmiştir. Sahra Altı Afrika'sında en çok hemşire göçü veren ülkeler sırası ile Nijerya, Güney Afrika ve Gana'dır (Tablo 6) (Clemens, 2006).

Birleşik Krallık 1998'de hemşire sayısını arttırma politikasına girmiş, 1998-2003 yılları arasında hemşire



Tablo 4. Afrika'da doğan hekimlerin 2000'li yıllarda kendi ülkelerinde ve dokuz alıcı ülkedeki sayıları\*

Göç veren ülke	Göç etmeyen hekim sayısı	Göç edilen ülke									Toplam göç edenlerin sayısı	Göç edenlerin yüzdesi
		Birleşik Krallık	ABD	Fransa	Kanada	Australya	Portekiz	İspanya	Belçika	Güney Afrika		
Cezayir	13.639	45	50	10.594	10	0	2	60	99	0	10.860	44
Angola	881	16	0	5	25	0	2.006	14	5	31	2.102	70
Benin	405	0	4	206	0	0	0	1	13	0	224	36
Botsvana	530	28	10	0	0	3	0	0	1	26	68	11
Burkina Faso	314	0	0	77	0	0	0	0	1	0	78	20
Burundi	230	5	0	53	10	3	0	1	55	9	136	37
Kamerun	1.007	49	170	332	20	0	0	4	267	3	845	46
Cape Verde	202	0	15	10	0	0	186	0	0	0	211	51
Merkez Afrika Cum.	120	0	0	79	0	0	2	1	5	0	87	42
Çad	248	0	0	69	0	0	0	0	1	0	70	22
Comoros	50	0	0	20	0	0	0	0	1	3	24	32
Kongo, DC	5.647	37	90	139	35	0	42	4	107	98	552	9
Kongo, Cum.	670	11	15	468	0	0	49	4	65	135	747	53
Cote d'Ivoire	1.763	0	10	262	0	0	0	1	8	3	284	14
Djibuti	86	0	0	25	0	0	0	0	1	0	26	23
Mısır	143.555	1.465	3830	471	750	535	1	17	31	19	7.119	5
Ekvator Ginesi	47	0	0	4	0	0	1	76	0	0	81	63
Eritre	173	18	55	0	20	5	0	0	0	0	98	36
Etiyopya	1.310	65	420	16	30	9	1	1	2	9	553	30
Gabon	368	0	0	61	0	0	0	0	4	0	65	15
Gambiya	40	16	30	0	0	0	0	0	0	0	46	53
Gana	1.294	590	850	16	95	0	0	4	2	82	1.639	56
Gine	898	3	15	69	10	0	0	11	7	0	115	11
Gine Bissau	103	0	15	75	0	0	160	0	1	0	251	71
Kenya	3.855	2.733	865	0	180	110	1	4	1	81	3.975	51
Lesoto	114	8	0	0	0	0	0	0	0	49	57	33
Liberya	73	10	105	5	0	0	0	5	1	0	126	63
Libya	6.371	349	120	20	75	5	0	9	7	0	585	8
Madagaskar	1.428	6	30	878	0	0	0	0	6	0	920	39
Malavi	200	191	40	0	0	10	2	1	1	48	293	59
Mali	529	0	15	138	0	0	0	0	4	0	157	23
Moritanya	333	0	10	28	0	0	0	4	1	0	43	11
Morityus	960	294	35	307	110	36	1	0	20	19	822	46
Fas	14.293	33	225	5.113	70	4	9	833	213	6	6.506	31
Mozambik	435	16	20	0	10	3	1.218	4	2	61	1.334	75
Namibya	466	37	15	0	30	9	0	0	0	291	382	45
Nijer	386	0	10	23	0	0	0	1	3	0	37	9
Nijerya	30.885	1.997	2.510	29	120	0	1	13	6	180	4.856	14
Ruanda	155	4	25	8	0	0	1	0	70	10	118	43
Sao Tome & P.	63	0	0	0	0	0	96	1	0	0	97	61
Senegal	640	0	40	603	10	0	1	9	12	3	678	51
Seychelles	120	29	0	4	10	3	0	0	0	4	50	29
Sierra Leone	338	118	115	9	0	0	0	0	3	4	249	42
Somali	310	53	70	0	25	3	0	0	0	0	151	33
Güney Afrika	27.551	3.509	1950	16	1.545	1.111	61	5	0	834	7.363	21
Sudan	4.973	606	65	17	15	40	0	1	4	10	758	13
Swaziland	133	4	4	0	0	0	1	0	0	44	53	28
Tanzanya	1.264	743	270	4	240	54	1	1	3	40	1.356	52
Togo	265	0	10	168	0	0	0	0	2	0	180	40
Tunus	6.459	16	30	3.072	10	0	0	4	60	0	3.192	33
Uganda	2.429	1.136	290	1	165	61	1	1	3	179	1.837	43
Zambiya	670	465	130	0	40	39	3	0	3	203	883	57
Zimbabve	1.530	553	235	0	55	97	12	1	6	643	1.602	51
<b>Afrika</b>	<b>280.808</b>	<b>15.258</b>	<b>12.813</b>	<b>23.494</b>	<b>3.715</b>	<b>2.140</b>	<b>3.859</b>	<b>1.096</b>	<b>1.107</b>	<b>1.459</b>	<b>64.941</b>	<b>19</b>
<b>Sahra Altı Afrika</b>	<b>96.405</b>	<b>13.350</b>	<b>8.558</b>	<b>4.199</b>	<b>2.800</b>	<b>1.596</b>	<b>3.847</b>	<b>173</b>	<b>696</b>	<b>1.434</b>	<b>36.653</b>	<b>28</b>

Kaynak: Clemens, 2006

\*Fransa'daki kayıtlar 1999, ABD'deki kayıtlar 2000 ve diğer ülkelerin kayıtları 2001 yılına aittir. 2001 nüfusunda Güney Afrika'da görünen 834 hekim diğer göç alan sekiz ülkeden birinde doğmuştur. Bu sayı kapsam dışı tutulmuştur.

Tablo 5. En çok göç veren Sahra Altı Afrika ülkelerinden gelen hekimlerin göç alan altı ülkeye göre dağılımı 2007

Birleşik Krallık	Amerika Birleşik Devletleri		Kanada		Fransa		Almanya		Portekiz	
	Ülkeler	% (n)	Ülkeler	% (n)	Ülkeler	% (n)	Ülkeler	% (n)	Ülkeler	% (n)
Güney Afrika	Nijerya	40 (2158)	Güney Afrika	84 (1800)	Madagaskar	31 (261)	Gana	26 (88)	Angola	34 (145)
Nijerya	Güney Afrika	36 (19043)	Nijerya	6 (133)	Senegal	17 (147)	Kamerun	20 (69)	Gine Bissau	17 (74)
Sudan	Gana	9 (478)	Uganda	3 (63)	Demokratik Kongo Cumhuriyeti	10 (87)	Sudan	18 (61)	Sao Tome and Principe	11 (47)
Gana	Etiyopya	5 (257)	Gana	2 (36)	Kongo	9 (79)	Nijerya	14 (47)	Mozambik	11 (47)
Zimbabve	Uganda	2 (133)	Kenya	1 (19)	Togo	8 (70)	Etiyopya	13 (43)	Cape Verde	9 (39)
Uganda	Kenya	2 (93)	Zimbabve	1 (19)	Cote d'Ivoire	8 (68)				
Zambiya	Zimbabve	1 (75)	Zambiya	1 (13)	Benin	4 (37)				
Kenya	Zambiya	1 (67)			Kamerun	3 (27)				
Tanzanya	Liberya	1 (47)								
Etiyopya										
Diger Sahra Altı Afrika Ülkeleri	Diger Sahra Altı Afrika Ülkeleri	2 (83)	Diger Sahra Altı Afrika Ülkeleri	3 (54)	Diger Sahra Altı Afrika Ülkeleri	8 (69)	Diger Sahra Altı Afrika Ülkeleri	9 (29)	Diger Sahra Altı Afrika Ülkeleri	1 (3)
<b>Toplam</b>		100 (5334)		100 (2137)		100 (845)		100 (337)		100 (356)

Kaynak: Connell, 2007

sayısında yaklaşık %20'lik bir artış olmuştur. Bu artışta göçmen hemşireler önemli rol almıştır: Gana ve Malavi'deki hemşire işgücünün %8'i 1998-2003 yılları arasında Birleşik Krallık'a göç etmiştir (Pond, 2006). Hemşire açığının 2020 yılında ABD'de, yaklaşık bir milyon, Birleşik Krallık'ta 640 bin olacağı, Kanada'da ise 2016 yılında 113 bine yükseleceği öngörülmektedir (Clark, 2006).

Birleşik Krallık, Afrika'da eğitilmiş hemşirelerin en büyük hedef ülkesidir. 2004-2005 yıllarında Birleşik Krallık'ta kayıtlı yabancı hemşirelerin yaklaşık %25'i Afrika'dan göç etmiştir. Birleşik Krallık'a hekim göçü için ana kaynak olan Güney Afrika ve Nijerya hemşire göçünde de ana kaynak olmuştur. Fakat son yıllar da Zambiya, Gana, Zimbabve ve Botsvana'dan gelen hemşire sayısında önemli artışlar görülmüştür (Connell, 2007). Sağlık emek göçünden dolayı önümüzdeki yıllarda Sahra Altı Afrika ülkelerinde hekim, ebe, hemşire sayısında düşme beklenmektedir (Evans, 2008).

Sağlık emek gücü açısından çok çok zayıf olan Sahra Altı Afrika ülkelerinin hekim ve hemşire göçü vermesi bu ülkelerin zayıf olan sağlık sistemlerini çökertmekte ve buna bağlı olarak kötü sağlık göstergeleri daha da kötüleşmektedir. Sağlık iş gücündeki %10'luk bir artış anne ölümlerini %5 düşürmektedir (Joint Learning Initiative, 2004).

Bir çok Sahra Altı Afrika ülkesinden merkez kapitalist ülkelere göç eden hekim/hemşire sayısı küçük rakamlar olmasına rağmen o ülkedeki hekim/hemşire sayısına ve nüfusa düşen hekim/hemşire sayısına baktığımızda göç edenlerin önemli bir güç olduğu görülür:

Gana'nın Kuzey Bölgesinde her yüz bin nüfusa "1" hekim, "34" hemşire; Büyük Accra Bölgesinde her yüz bin nüfusa "30" hekim, "120" hemşire düşmektedir. Uganda'da 187.000 nüfusa bir hekimin baktığı bölge vardır (WHO, 2006). Angola'da hekimlerin dahası göç edenlerin çoğu yeni mezunlardır. Bir taraftan yıpranma ve emeklilikten dolayı işi bırakanları düşünürsek yerine konulmada sorunlar olduğunu görürüz. 2003-2004 döneminde 81, 2004-2005 döneminde 69 Swaziland'lı hemşire Birleşik Krallık'a göç etmiştir ve Swaziland'da mezun olan hemşire sayısı yıllık 80 ile 90 arasında değişmektedir (Kober, 2006). Malavi'den Birleşik Krallık'a hemşire göçü Malavi'deki merkezi hastanelerdeki doğum servislerinin neredeyse çökmesine neden olmuştur. Birleşik Krallık'ta 600 kişiye bir hekim düşmekteyken Malavi'de 50.000 kişiye bir hekim düşmektedir. Malavi'de hekim kadrolarının %95'i, hemşire kadrolarının %35'i boştur (Nguyen 2006; Palmer, 2006). Kenya'da Nairobi'deki Kamu Doğum Hastanesi'nde çoğu gün bir hemşire günde 10 saatte 60 ile 90 arasında hastaya bakmaktadır (Connell, 2007). Gana ve Zimbabve'de ebelerin iş yükü beş yılda iki katına çıkmıştır (Awases, 2004).

Hemen hemen bütün Sahra Altı Afrika ülkelerinde hekim/hemşire/ebe kadroları önemli ölçüde boştur: Siero Leona ve Liberya'da boş hekim/hemşire kadrosu çok yüksektir. Kenya ve Gana'da hemşirelik pozisyonlarının yarısından fazlası boştur. Sağlık emek göçünün Afrika'ya

Tablo 6. Afrika'da doğan hemşirelerin 2000'li yıllarda kendi ülkelerinde ve göç alan dokuz alıcı ülkedeki sayıları\*

Göç veren ülke	Göç etmeyen Hemşire Sayısı	Göç edilen ülke									Toplam göç edenlerin sayısı	Göç edenlerin yüzdesi.
		Birleşik Krallık	ABD	Fransa	Kanada	Australya	Portekiz	İspanya	Belçika	Güney Afrika		
Cezahir	83.022	37	138	7.953	40	6	1	26	44	0	8.245	9
Angola	13.135	22	135	12	10	4	1.639	8	11	0	1.841	12
Benin	1.315	4	28	155	0	0	0	0	0	0	187	12
Botswana	3.556	47	28	0	0	0	0	0	0	5	80	2
Burkina Faso	3.097	0	14	50	0	0	0	1	11	0	76	2
Burundi	38	10	14	1	25	0	0	0	83	0	134	78
Kamerun	4.998	118	664	343	0	0	0	5	33	0	1.163	19
Cape Verde	355	0	91	25	0	0	128	0	0	0	244	41
Merkez Afrika Cum.	300	3	6	85	0	0	0	0	6	0	99	25
Çad	1.054	0	21	110	0	0	0	0	0	0	131	11
Comoros	231	0	6	64	0	0	0	0	0	0	70	23
Kongo, DC	16.969	44	207	206	50	0	9	4	1.761	7	2.288	12
Kongo, Cum.	4.933	28	114	369	0	0	14	4	122	9	660	12
Cote d'Ivoire	7.233	0	185	302	0	0	0	0	22	0	509	7
Djibouti	424	0	0	9	0	0	0	0	0	0	9	2
Mısır	187.017	108	661	89	45	87	0	2	0	0	992	1
Ekvator Ginesi	162	0	0	0	0	0	0	98	0	0	98	38
Eritre	811	27	384	0	75	11	0	0	0	0	497	38
Etiyopya	5.342	61	888	16	75	37	0	0	0	0	1.077	17
Gabon	1.554	0	14	93	0	0	0	0	0	0	107	6
Gambiya	144	57	221	4	0	0	0	0	0	0	282	66
Gana	14.972	2.381	2.101	1	275	0	0	2	0	6	4.766	24
Gine	3.847	0	171	53	10	0	0	27	6	0	267	6
Gine Bissau	799	5	0	45	0	0	212	0	0	0	262	25
Kenya	26.267	1.336	765	4	135	110	0	0	0	22	2.372	8
Lesoto	1.266	5	6	0	0	0	0	0	0	25	36	3
Liberya	185	28	773	5	0	0	0	1	0	0	807	81
Libya	17.779	72	299	1	10	7	0	2	0	0	391	2
Madagaskar	3.088	4	43	1.096	10	0	1	1	17	0	1.171	28
Malavi	1.871	171	171	0	10	14	0	0	0	11	377	17
Mali	1.501	0	57	208	0	0	0	0	0	0	265	15
Moritanya	1.580	0	21	94	0	0	0	2	0	0	117	7
Morityus	2.629	4.042	107	86	75	195	1	0	22	3	4.531	63
Fas	29.462	47	276	3.707	60	4	5	560	517	0	5.176	15
Mozambik	3.664	12	64	0	10	0	748	2	6	11	853	19
Namibya	2.654	18	6	0	0	4	1	0	6	118	152	5
Nijer	2.668	0	28	38	0	0	0	0	0	0	66	2
Nijerya	94.747	3.415	8.954	24	160	0	0	8	6	12	12.579	12
Ruanda	1.805	13	85	24	20	3	1	1	144	0	292	14
Sao Tome & P.	172	0	0	8	0	0	141	0	0	0	149	46
Senegal	1.887	3	102	584	0	0	0	0	6	0	695	27
Seychelles	422	80	28	8	30	29	0	0	0	0	175	29
Sierra Leone	1.524	747	696	4	10	0	0	0	0	0	1.457	49
Somali	1.486	76	47	8	30	3	0	0	0	0	164	10
Güney Afrika	90.986	2.884	877	20	275	955	58	3	33	261	4.844	5
Sudan	26.730	42	85	12	20	7	0	0	0	0	166	1
Swaziland	3.345	21	36	0	10	4	0	0	0	25	96	3
Tanzanya	26.023	446	228	0	240	32	2	1	0	4	953	4
Togo	782	10	36	140	0	0	0	0	0	0	186	19
Tunus	26.389	11	64	1.365	20	0	0	1	17	0	1.478	5
Uganda	9.851	714	291	0	75	29	0	1	0	12	1.122	10
Zambiya	10.987	664	299	0	25	68	2	0	0	52	1.110	9
Zimbabve	11.640	2.834	440	0	35	219	14	3	0	178	3.723	24
<b>Afrika</b>	<b>758.698</b>	<b>20.647</b>	<b>20.983</b>	<b>17.421</b>	<b>1.865</b>	<b>1.828</b>	<b>2.977</b>	<b>763</b>	<b>2.872</b>	<b>239</b>	<b>69.589</b>	<b>8</b>
<b>Sahra Alt Afrika</b>	<b>414.605</b>	<b>20.372</b>	<b>19.545</b>	<b>4.297</b>	<b>1.690</b>	<b>1.724</b>	<b>2.971</b>	<b>172</b>	<b>2.294</b>	<b>239</b>	<b>53.298</b>	<b>11</b>

Kaynak:Clemens, 2006. \*Fransa'daki kayıtlar 1999, ABD'deki kayıtlar 2000 ve diğer ülkelerin kayıtları 2001 yılına aittir.2001 nüfusunda Güney Afrika'da görünen 834 hekim diğer göç alan sekiz ülkeden birinde doğmuştur. Bu sayı kapsam dışı tutulmuştur.



olumsuz bir getirisi de belli bir maliyetle yetiştirdiği personelin kaybı ile ek mali yük almasıdır. Afrika'nın göçe bağlı yıllık kaybı yaklaşık 500 milyon dolardır. Birleşik Krallık 1998'den bu yana Ganalı doktorları işe almakla 117 milyon dolar tasarruf etmiş aynı dönemde Gana bu göç yüzünden 63 milyon dolar kaybetmiştir (**MedAct/Save the Children report, 2005**). Göç edenlerin gönderdiği havaleler ailelerine gittiğinden kamu sağlık bütçesine doğrudan bir katkısı olmamıştır.

Azalmış personel sayısı kalanların iş yükünü arttırmış, motivasyonlarını bozmuş, tıbbi bakım almak için uzun bekleme zamanları oluşmuş, teşhisler geç konulmuş, personel eksikliğinden dolayı yeterli tedavi verilememiş, bütün bunlar maliyeti artırıcı bir etki yaratmıştır. Ayrıca personel eksikliğinden dolayı diğer personele hemşire ve ebe sorumluluğunun verilmesi yanlış teşhislere neden olmuş ve hastaların hayatı tehlikeye atılmıştır. Sağlık emekçileri ve halk sık sık karşı karşıya kalmışlar. Kamudan sağlık hizmetinden yararlanmada azalma ve özele kayma yaşanmıştır. Kamu personeli özelden çalışmak için kamudaki işlerini aksatmış ve hastaları özele yönlendirmiştir (**Connell, 2007**). Kamuda çalışan sağlık personelinin bir kısmı da özele geçmiştir. Özellikle kamu sağlık sistemine en çok ihtiyaç duyan yoksullar ve kırsal alanda yaşayanlar bu süreçten en olumsuz etkilenmişlerdir. Yoksullar maliyetin artmasından dolayı sağlık dışı sektörlerden yardım alma yoluna gitmiştir. Sağlık profesyonellerinin özele itilmesinin sonuçları Sahra Altı Afrika'sında uluslararası göçün sonuçları kadar kötü olmuştur (Özellikle yoksullar üzerinde) (**Gerein, 2006**).

Sahra Altı Afrika'sında göç sorununun yanı sıra, sağlık çalışanlarının sağlık dışı sektörlerle yönelmesi (Nijerya'da hekimlerin %7.9'u sağlık sektörü dışında çalışmaktadır); yetersiz personel yönetimi (Pek çok Afrika ülkesinde sağlık çalışanlarının yönetiminin sivil hizmet komisyonunca yapılması); kadroda görünen personelin gerçekte çalışmaması (Kenya'da ücret alıp iş yerine uğramayan 5000 sağlık personeli vardır); sağlık çalışanlarının verimsiz kullanılması (Gana, yönetim birimlerinde doktorlarının %5.3'ünü görevlendirirken aynı ülkenin 600.000 nüfuslu Üst Batı Bölgesi'nde hekimlerin sadece %1.5'i yani 10 hekim çalışmaktadır); kamu sağlık harcamalarının düşüklüğü (yetersiz personel, ilaç ve tıbbi malzeme alımına ve bazen ücretlerin azaltılmasına yol açmaktadır); iç savaşlar, ekonomik ve siyasi istikrarsızlık (Liberya'da 14 yıl süren savaş hekim sayısını 237'den 20 ye düşürdü); HIV/AIDS'in Sahra Altı Afrika'sı üzerine yıkıcı etkisi (Sahra Altı Afrika'sında AIDS'e bağlı hastalıklardan her yıl 2.3 milyon insan ölüyor ve 26 milyon insan HIV virüsü ile yaşıyor) sağlık sorunlarının çözümünü mümkünsüz bir hale getiriyor (**Dare, 2005; Dovlo, 1999; WHO HLF Secretariat, 2004; Bandazi, 2003; Connell, 2007; Interagency Health Evaluation, 2005; Mendel, 2005**). Öyle ki göç eden bütün sağlık emekçileri geri dönseler de sorun çözülecek gibi görünmüyor.

Burada HIV/AIDS için bir parantez açmak gerekirse sağlık emekçilerinin göçü yanı sıra kalan personelin motivasyon bozukluğuna, işi bırakmasına, devamsızlığına ve ölümüne neden olmaktadır. Sahra Altı Afrika'sında bazı

hastanelerde hastaların %50-70'i HIV pozitifdir (**Joint Learning Initiative, 2004**). Zambiya'da iki hastanede 1980 yılında AIDS'ten ölen sağlık personelinin oranı binde 2 iken, 1991'de binde 26.7'ye yükselmiştir (**Schwabe, 2004**). Zambiya'da HIV/AIDS'li sağlık personelinin %30'u son bir yıl içinde işlerini bırakmıştır (**Huddart, 2004**). Her geçen yıl Botswana'da AIDS'li sağlık çalışanı sayısı artmaktadır. Sahra Altı Afrika ülkelerinde genç sağlık çalışanları arasında HIV/AIDS'li oranı daha yüksektir (**Abt Associates South Africa, Inc., 2000**). Mozambik'te son 7HIV virüsü taşıyan sağlık çalışanı sayısı artmıştır (**Dreesch, 2004**). Sahra Altı Afrika ülkelerinden 6 tanesinde HIV/AIDS en önemli göç nedeni olarak belirtilmiştir (**Awases, 2003**).

Sahra Altı Afrika ülkelerinde sağlık emek göçünün ara nedenleri işsizlik, daha iyi yaşam standardı, savaş, düşük ücret, kötü çalışma koşulları, motivasyon bozukluğu, yoksulluk, etnik dışlanma, siyasi istikrarsızlık, mesleki gelişim, kötü yönetim, ağır çalışma koşulları, HIV/AIDS, güvenli çalışma koşulları, sosyal hakların düşük olmasıdır. Temel neden köle ticaretinden bu yana Sahra altı Afrika'sına yoksulluk, kötü sağlık göstergeleri, savaşlar, katliamlar getiren emperyalist-kapitalist düzendir. Çözüm bunu fark etmekte yatmaktadır.

#### KAYNAKLAR

**Abt Associates South Africa, Inc.**(2000). The impact of HIV/AIDS in Botswana, report commissioned by the Ministry of Finance and Development Planning with Support from the United Nations Development Programme.

**Awases M et al.** (2004). Migration of health professionals in six countries: a synthesis report. World Health Organization, Regional Office for Africa, District Health Systems, Brazzaville. Massachusetts: Harvard University Press.

**Bandazi SN** (2003). Deputy Director of Nursing, Ministry of Health &Population, Malawi. Personal communication at Commonwealth Workshop on Developing Strategies for Attracting and Retaining Health Workers, 20-22 January 2003. Johannesburg.

**BIG-register.** (2005). Personal communication.

**Bundred PE, Levitt C** (2000). Medical migration: who are the real losers? *Lancet*, 356:245-246.

**Bourassa f.M, Simoens S, Giuffrida A**(2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human Resources for Health* 2004, 2:12 [http://www.human-resources-health.com/content/2/1/12]. Erişim tarihi:12.08.2008

**Clark PF, Steward JB, Clark DA.** (2006), The globalization of the labour market for health-care professionals, *International Labour Review*, 145(1-2):37-64.

**Castles S.** (1984). *Here For Good: Westren Eueope's New Ethnic Minorities*, Pluto Press, Londra.

**Clemens, M., Petterson, G.**(2006). A new database of health professional emigration from Africa. Center for Global Development Working Paper No. 95, Washington, DC.

**Connell, J. Et al** (2007) Sub-Saharan Africa: Beyond the health worker migration crisis? *Social Science & Medicine* 64, 1876-1891

**Dağlı K.** (2007). Afrikamdan Defol <http://www.marksisttutum.org/afrikamdandefol.htm> erişim tarihi:10.08.2008

**Decima E, Dreesch N, Kiarie W.** (2004). Human capacity development assessment and strategy development for the health sector in Mozambique. Draft report, Maputu.

**Dare O** (2005). Brain drain and human resource development in Nigeria [<http://www.globalhealthtrust.org/doc/abstracts/WG4/CHESTRAD.LolaDareabstract.pdf>]. erişim tarihi: 12.08.2005

**Dovlo D** (1999). Issues affecting the mobility and retention of health workers/professionals in Commonwealth African states London: Commonwealth Secretariat; 1999.

**Gerein, N., Green, A., Pearson, S.** (2006). The implications of shortages of health professionals for maternal health in sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 40-50.

**Docquier F, Morfouk A.** (2004). Measuring the international mobility of skilledworkers(1990-2000): release1.0 <http://econ.worldbank.org/external/default/main> erişim tarihi: 12.08.2008

**Dovlo D.** (2005). Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries *Human Resources for Health* 2005, 3:

**Evans T.** (2008). Addressing Africa's Health Workforce Crisis: An Avenue for Action, [www.norad.no/default.asp?FILE=items/3036/108/High%20Level%20Forum%20Forum](http://www.norad.no/default.asp?FILE=items/3036/108/High%20Level%20Forum%20Forum)

**Findlay A.** (2002). From brain exchange to brain gain: policy implications for the UK of recent trends in skilled migration from developing countries. Geneva: International Labour Office; 2002 (International Migration Papers, No. 43).

**Göktürk A.** (2003). AB ve Göç. [http://www.sav.org.tr/Almanak\\_yazilar](http://www.sav.org.tr/Almanak_yazilar), erişim tarihi:10.07.2008

**Güney B.** (2007). Kapitalizm ve Köle Ticareti Marksist Tutum dergisi, no:31., 2007

**Hagopian a, et al** (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain *Human Resources for Health* 2004, 2:17

**Hagopian, A., et al** (2005). The flight of physicians from West Africa: Views of African physicians and implications for policy. *Social Science & Medicine*, 61(8), 1750-1760.

**Huddart J, Furth R, Lyons J.** (2004). The Zambia HIV/AIDS workforce study: preparing for scale-up. Quality Assurance Project, University Research Co., LLC. Human development Report 2007/2008 (2008). [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2007\\_2008\\_EN\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2007_2008_EN_Complete.pdf) erişim tarihi:13.08.2008

Interagency Health Evaluation (2005). <http://www.unhcr.org/research/RESEARCH/456ac0682.pdf>

**Joint Learning Initiative.** (2004) Human resources for health- Overcoming the crisis.: <http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>. Erişim tarihi:13.08.2008

**Kober, K., van Damme, W.** (2006). Public sector nurses in Swaziland: Can the downturn be reversed?

*Human Resources for Health*, 4(13).

**MedAct/Save the Children report.** (2005). Whose Charity? Africa's aid to the NHS.

**Mendel G.** (2005). Mendel, Gideon. Living with AIDS. *National Geographic Magazine* Sept.

**Martineau T, Decker K, Bundred P.** (2002) Briefing note on international migration of health professionals: levelling the playing field for developing country health systems. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine.

**Mejia, A. Pizurki H., Royston E.** (1979). Physician and nurse migration: Analysis and policy implications Geneva, WHO

**Nguyen** (2006). Brain drain deprives Africa of vital talent. Reuters 24 April 2006

**OECD** (2007). International Migration Outlook, Paris.

**Ordre des Me'decins.** (2004). Personal communication.

**Özkan Ö, Hamzaoğlu O** (2007). Sağlık emek göçü ile ilgili kısa notlar. 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu. Erişim adresi: [http://www.sav.org.tr/TUSAM\\_OZET%5C2007\\_3\\_3.htm](http://www.sav.org.tr/TUSAM_OZET%5C2007_3_3.htm), erişim tarihi: 21.06.2008

**Palmer, D.** (2006). Tackling Malawi's human resources crisis. *Reproductive Health Matters*, 14(27), 27-39.

**Pang T, Lansang M.A, Haines A** (2002). Brain drain and health professionals. *BMJ*, 324:499-500.

**Pond B, McPake B** (2006). The health migration crisis: The role of four organisation for economic cooperation and development countries. *Lancet* 367:1448-55.

**Potss L.**(1992), *Rasismus und Migration in Europe*, Argument Verlag, Göttingen, Schwabe C, McGrath E, Lerotholi K (2004). Lesotho human resources consultancy: health sector human resources needs assessment. Silver Spring, MD, Medical Care Development International.

**Stalker P.**(1994). The work of Strangers: A Survey of international Labour Migration, İLO, Cenevre,

**Teferra D.** (2000). Revisiting the doctrine of human capital mobility in the information age. In: Regional Conference on Brain Drain and Capacity Building in Africa, Addis Ababa- Ethiopia, 22-24 February 2000. Economic commission for Africa, IOM, International Development Research Centre.

**Toksöz G.** (2006). Uluslararası Emek Göçü. Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

**WHO HLF Secretariat** (2004). Health workforce challenges: lessons from country experiences. Paper prepared for the High Level Forum on Health MDGs. Abuja.

**WHO**(2006a).The world health report 2006- working together for health [http://www.who.int/whr/2006/media\\_centre/06\\_chap1\\_fig03\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/media_centre/06_chap1_fig03_en.pdf) erişim tarihi:10.08.2008

**WHO**(2006b) Taking Stock: Health Worker Shortages and the Response to AIDS Geneva: WHO; 2006

**WHO** (2008) World Health Statistics <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html> erişim tarihi:17.06.2007