

## DOSYA

# ULUSLARARASI VERİLERİYLE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLER

Bülent KILIÇ\*

## ÖZET

Bugün tüm dünyada var olan eşitsizliklerin altında yatan gerçek neden kapitalizmin kendisidir. Yeni Dünya Düzeni adı verilerek uluslararası düzeyde yaygınlaştırılmaya çalışılan bu sömürü düzeni ülkeler ve bölgeler arası eşitsizlikleri giderek artırmaktadır. Varsıl ve yoksul aileler arasındaki hastalıklardaki ve ölümlerdeki farklılıklar bu eşitsizliklerin en büyük kanıtıdır. Bebek ve çocuk ölümleri, su ve besinlerle bulaşan hastalıklar hep yoksul kesimlerde daha fazla olmaktadır. Beslenme ve eğitim düzeyleri de bu ailelerde daha kötüdür. Benzer eşitsizlikler işçi ile işveren arasında da gözlenmektedir. İşverenler hep işçilerden daha iyi koşullarda yaşamaktadır. Türkiye’de ise eşitsizlikler daha çok Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgesi’nde yoğunlaşmaktadır. Eşitsizliklerin gerçek çözümü tüm dünyada altta yatan nedenlerin ortadan kaldırılması ile olacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlıkta Eşitsizlikler, Dünyada Eşitsizlikler, Türkiye’de Eşitsizlikler

## SUMMARY

### Inequalities in Health with the International Data

Today, the real reason under the inequalities in health is capitalism. It's called as the New World Order increases inequalities between the countries and regions as using colonization. The evidence is the differentiations between diseases and mortalities in the rich and the poor families. Infant mortality rates, diseases spreading with water and foods and epidemics are much more than the others. Feeding and education is worse in these families too. There are

also similar inequalities between employers and employees. Inequalities in health is much more in East and South East Anatolian Regions in Turkey. The real solution is removed the causalities immediately under the inequalities in health all over the world.

**Key Words:** Inequalities in Health, Inequalities in the World, Inequalities in Turkey.

## I-YENİ DÜNYA DÜZENİ

Egemen güçlerce saklanmaya çalışılsa da bugün dünyamızda her alanda (sağlıkta, eğitimde, üretimde) büyük eşitsizlikler olduğu bilinen bir gerçektir. Gözlerden kaçırılmaya çalışılan esas gerçek ise bu eşitsizliklerin temelinde dünya çapında (küresel) bir sömürünün yattığıdır. Bu sömürünün en büyük göstergeleri sağlık alanındaki kabul edilemez eşitsizlikler olarak önümüze çıkmaktadır.

Tarihsel süreç içinde ve diyalektik olarak olay ele alındığında ilk insandan günümüze neden sonuç ilişkileriyle örülü bir zincirle karşılaşıyoruz. İnsana özgü üretim modelleri ve üretim ilişkileri geliştikçe, üretim fazlası olan artı(k) değer ve bunu paylaşma kavgası çıkmış, sınıf mücadeleleri sonucunda belli sınıflar iktidarları ellerine geçirmiş, çoğunluk ise ezilerek, köleleştirilmiş ve sömürülmüştür.

O günden bu güne iktidarlar sonuçlarına bakmaksızın, kendilerini tehdit eden tüm gizli veya açık potansiyel güçleri yok etmek için ne gerekiyorsa yapmışlardır.

Şüphesiz ki bu sınıf kavgaları insanlık tarihinin özünü oluşturmuştur. Günümüz tarihinde birçok ülkede emperyalist ideolojinin ve kapitalizmin ön plana çıktığı görülmektedir. Emperyalizmin bu uluslararası sömürü düzeni "Yeni Dünya Düzeni" adı ile tarihteki yerini de almaktadır.

\* Yrd.Doç.Dr., Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D.

Ancak şüphe yoktur ki Yeni Dünya Düzeni kapitalizmin klasik ve kronik krizleri için yeni bir düzenlemedir.

Dünyamızda sağlık alanında yaşanan eşitsizlikler için bu gelişim biçiminin (kapitalizmin) ve oluşan yapının (Yeni Dünya Düzeni) şüphesiz ki büyük bir önemi vardır. Çünkü sağlıktaki eşitsizliklerin temelinde doğrudan kapitalizmin kendisi yani Yeni Dünya Düzeni adlı sömürü sistemi bulunmaktadır. Kapitalist sermayenin sınır ve kural tanımayan azgın iştahı, küreselleşme, tekelleşme ve özelleştirme yöntemleri ile milyarlarca insanı ezmekte, iliklerine kadar sömürmekte, onları sağlıksız kılmaktadır. Bu nedenle de kapitalizm en acımasız göstergelerini sağlık alanında vermektedir.

## II-SAĞLIKTA EŞİTLİĞİN TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü sağlıktaki "eşitlik"<sup>1</sup> tanımını "sağlık potansiyeline ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmaması" olarak tanımlıyor ve önlenebilir, kabul edilemez sağlık eşitsizlikleri için tüm ülkeleri çaba harcamaya çağırıyor (WHO, 1985).

Bu tanıma göre yaşlı bir erkekte, genç bir erkeğe kıyasla daha fazla oranda kalp hastalığı görülmesi bir eşitsizlik olarak kabul edilmez çünkü bu biyolojik yapıya bağlı önlenemez ve kabul edilebilir bir eşitsizliktir. Ancak yoksul bir erkekte aynı yaştaki zengin bir erkeğe kıyasla daha fazla hastalık görülmesi kabul edilemez bir eşitsizliktir çünkü doğaldır ki bu eşitsizlik önlenebilir.

Eşitsizlikle ilgili kabul edilemeyen diğer bir yön de bireylerin ödeme güçlüğü nedeniyle sağlık hizmetini alamamasıdır. Bu durum özellikle yoksul grupların sağlık hizmetine ulaşamamasına yol açar ve bu gruplar zaten daha fazla risk altındadır ve sağlık hizmetine daha fazla gereksinimi olan gruplardır. "Ters Hizmet Kuralı" olarak adlandırılan bu durum eşitsizlikleri daha da artırmaktadır (Whitehead, 1992).

Eşitsizlik tanımında çok açık bir nokta daha vardır: Bu da eşitsizliğin daha çok bireylerin kendi kontrolleri dışında oluşmasıdır. Örneğin çalışma koşulları ve yaşama ortamı gibi. Birey kendi istemi dışında ve zorunlu kalarak iş sağlığı ve güvenliği açısından kötü koşullarda çalışıyorsa bu durum o kişinin tercihi olarak kabul edilmemelidir. Bu bireylerde daha fazla meslek hastalığı, iş kazası görülmesi bir eşitsizlik göstergesidir. Birey ailesi ile birlikte kötü koşullarda yaşıyorsa örneğin oturduğu evin kanalizasyonu yoksa, temiz içme suyu sorunu yaşıyorsa ve buna bağlı sağlık sorunları varsa bu durum da kabul edilemez bir eşitsizlik olarak nitelendirilmelidir.

Son yılların güncel bir yönelimi olan sağlık ekonomisi ile herşeyi ölçmek ve verimlilik hesapları yapmak da

sağlıkta eşitsizlikleri artırabilir. Örneğin Hollanda ve Polonya'da verimlilik nedeniyle bazı hastane yatakları kısıtlandığında var olan yataklara yüksek sosyal sınıfların daha çok yattığı gözlenmiştir (Whitehead, 1992). Bu durum açık bir eşitsizlik yaratmıştır. Benzer şekilde dolu değil ve verimli olmuyor diye hastane kapatılmaya veya yatak sayısı kısıtlanmaya kalkılırsa Türkiye'de özellikle Güney Doğu Anadolu'daki hastanelerin çoğunun da kapatılması gerektiği unutulmamalıdır.

## III-DEZAVANTAJLI GRUPLAR

Sağlıkta eşitsizlik özellikle dezavantajlı gruplarda ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle makalede öncelikle bu dezavantajlı gruplar kısaca tanımlanacaktır.

### 1-İşsizler

Bir insan için işsiz kalmak en büyük risk ve hastalık kaynağıdır. İşsizlik oranı 1960 yılından beri giderek artmaktadır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde bile 34 milyon işsiz vardır. Avrupa Birliği ülkelerinde 52 milyon yoksul, 17 milyon işsiz ve 3 milyon evsiz bulunmaktadır. İşsizlik oranları özellikle genç yetişkinlerde (yeni mezun gençler) daha da yüksek olmaktadır. Bu oranlar 1992 yılı rakamlarıyla İspanya'da %34, İtalya'da %33, İngiltere'de 15 ve ABD'de %14'tür (UNDP, 1994:25). Türkiye'de de başta G.Doğu Bölgesi olmak üzere giderek artan bir işsizlik oranı vardır. 1994 yılı DPT tahminlerine göre işsizlik oranı %10.5, atıl durumdaki işgücü oranı ise %19.8'dir (DPT, 1996).

### 2-Kadınlar

Kadınlar bir çok ülkede yasalar önünde erkeklerden daha az hakka sahiptir. Bunun dışında şiddet ve tecavüz riski oldukça yüksektir. Eğitim alma şansları da düşüktür. Çalışma yaşamında da eşit işe eşit ücret almamış ülkeler de dahil birçok ülkede söz konusu olamamaktadır (Oppenheimer, 1994). Güneydoğu Asya, Latin Amerika ve Afrika'da tarım işleri çoğunlukla kadınlarca yapılmaktadır.

### 3-Göçmenler

Göçmen konumundaki insanlar, hemen tamamen sosyal güvencesi olmayan, çoğunlukla işsiz ya da kötü koşullarda çalışan kişilerdir. Bu gruplarda özellikle bulaşıcı hastalıklardan ölümler yüksek oranlardadır. Gelişmekte olan ülkelerde ulusal sınırlar içinde yaklaşık 20 milyon insan göçmen konumundadır. Güney ülkelerinden Kuzey ülkelerine yerleşmek için göç eden insan sayısı ise son 30 yıl içinde 35 milyon kişiyi bulmuştur. Kayıtlara geçmeyen yasa dışı göçlerin de 15-30 milyon kişi dolayında olduğu tahmin edilmektedir. 1992 yılı rakamıyla mülteci sayısı 19 milyon kişi (UNDP, 1994) olmasına karşın aslında bu rakam iç ve dış göçlerle beraber 50 milyon kişiyi bulmaktadır. Böylece son 20 yıl içinde göçmen sayısı yaklaşık on kat artmış bulunmaktadır. Göçmenler özellikle Bosna, Somali, Burundi, Tanzanya ve Zaire gibi ülkelerde daha fazladır. Ancak ABD gibi Batılı ülkelerde de yasal belgeleri

<sup>1</sup> : equality

olmayan kaçak göçmenlere son derece yüksek sayılarda rastlanabilmektedir. ABD'ye çoğunlukla Orta ve Güney Amerika'dan gelen bu grubun acil durumlar dışında sağlık hizmetlerinden yararlanma şansı hemen hemen hiç yoktur. Acil durumlardaki hastaneye yatış süreleri de söz konusu göçmen gruplarda giderek kısalmaktadır (Siddharthan, 1993).

#### 4-Irk/Etnik azınlıklar

Yaşadığı ülkenin etnik orijininden farklı bir etnik kimliğe sahip olanlarda çeşitli sağlık riskleri mevcuttur. Güney Afrika ve ABD'de Beyaz ve Siyahlar arasında sağlık düzeyi farklılıklarının olduğu bilinmektedir. Güney Afrika'lı Beyazlar HDI (İnsani Gelişme İndeksi) değerlerine göre İspanya düzeyinde iken; Siyahlar Kongo düzeyindedir. Aynı farklılıklar Brezilya, Meksika ve Nijerya'da bölgesel farklılıklar olarak ortaya çıkmaktadır. Nijerya'nın Borno Bölgesi dünyanın en düşük HDI değerine sahipken, Bendel yöresi Küba düzeyindedir. Etnik farklılıklar aynı zamanda işsizliğe de neden olabilmektedir. Kanada'da ve ABD'de farklı etnik gruplarda ve zencilerde işsizlik oranı 2 kat daha fazladır (UNDP, 1994).

Ancak burada esas neden kişinin sahip olduğu ırka ait biyolojik özellikler değildir. Gerçek neden bu grupların sahip olduğu sınıfsal eşitsizliklerdir (Navarro, 1991). Sınıfsal eşitsizlikler nedeniyle bu gruplar daha kötü ortamlarda yaşamakta ve çalışmaktadırlar. Aynı ırk ve etnik gruplarda sınıf düzeyi arttıkça bu eşitsizlikler de görülmektedir.

#### IV- SAĞLIKTA EŞİTSİZLİKLERİ DOĞURAN TEMEL NEDENLER

##### 1-Yoksulluk:

Yoksulluk hem en karmaşık hem de en zor çözülebilecek sorunlardan biridir. Birçok kaynak, yoksulluğu ki başına gelire göre ölçse de yoksulluk sadece ulusal geliri artırılması ile kaldırılamaz. Ekonomi dışındaki alanlardaki örneğin insan hakları ve demokrasi gibi alanlarda, sosyal alanda (sosyal güvence, onurlu bir yaşam vb), sağlık yaşama ortamları açısından tam bir iyilik halini gerektirir

"Tam Yoksulluk" Dünya Bankası tarafından 1990 yılında yapılan hesaplama göre kişi başına düşen geliri yılda 370 \$'ın altında olmasıdır (günde 1 \$'dan az geliri olan kesim). Bu ölçüye göre dünyamızdaki 5.7 milyar insanın yaklaşık 1.5 milyarı (her beş kişiden biri) tam yoksulluk içinde yaşamaktadır (UN, 1995).

Yoksul insan nüfusunun yaklaşık yarısı Güney Asya ülkelerinde yaşamaktadır (Hindistan, Bangladeş, Pakistan, Afganistan, Sri Lanka, Butan, Nepal, Maldivler vb). Ge kalanların çoğu ise Sahra Altı Afrika ülkelerinde yaşamaktadır (Gine, Nijer, Burkina Faso, Sierra Leone, Somali, Mali, Çad vb) (UN, 1995).

Tablo 1: En Yüksek Sayıda Yoksula Sahip Ülkeler

Ülke	Yoksul İnsan Sayısı (Milyon) (1992)	Ülke Nüfusuna Göre % (1980-90)	Dünyadaki Yoksul Sayısına Göre % (1992)
Hindistan	350.0	40	26.9
Çin	105.0	9	8.1
Bangladeş	93.2	78	7.2
Brezilya	72.4	47	5.6
Endonezya	47.8	25	3.7
Nijerya	46.4	40	3.6
Viet Nam	37.6	54	2.9
Filipinler	35.2	54	2.7
Pakistan	35.0	28	2.7
Etyopya	31.9	60	2.5
TOPLAM	854.5	29	65.9

Kaynak: UNDP (1994) s: 73

Dünyanın en yüksek sayıda yoksul barındıran ilk 10 ülkesi Tablo 1'de görülmektedir. Buna göre dünyadaki yoksulların %66'sı 10 ülkede bulunmakta olup bu sayı dünya nüfusunun %29'udur. Yoksul insan oranı %78 ile en çok Bangladeş'te olup bu ülkeyi %60 ile Etyopya takip etmektedir.

Bu ülke gruplarına şimdi yeni bir aday grup ortaya çıkmıştır: Pazar Ekonomisine Geçiş Sürecindeki Ülkeler (Eski Doğu Bloku Ülkeleri). Bu ülkelerde özellikle eskiden bütüncül bir sosyal güvenlik sistemi altında bulunan yaşlılar, kadınlar ve çocuklar büyük bir tehlike altında bulunmaktadır.

Tüm bunların ötesinde gelişmiş ülkelerde de oldukça yoksul bir kesim bulunmaktadır. Bunun en büyük göstergelerinden biri Batı ülkelerindeki "evsizler"dir. Fransa'da 500,000 (Paris'te 10,000), New York'ta 250,000, Londra'da 400,000 evsiz bulunmaktadır. Ancak Calcutta, Dhaka ve Mexico City'de kent neredeyse %25'i evsiz konumdadır (UNDP, 1994:26).

Yoksulluk olgusunun ortaya çıkış nedenleri irdelendiği zaman sorunun sadece ulusal değil, uluslararası boyutlara sahip olduğu görülecektir. Bazı toplumların daha yoksul olmalarının gerçek nedeni zengin ülkelerce sömürülmüş olmalarıdır. Dolayısıyla yoksulluğun altedilebilmesi için uluslararası düzeyde bir program geliştirmek gerekmektedir.

## 2-Sömürü:

Dünya nüfusundaki en zengin %20 ile en yoksul %20 arasındaki fark 1960 yılında 30:1 iken; 1991 yılında bu oran 61:1 olmuştur (UNDP, 1994:35). Buna bağlı olarak Birleşmiş Milletlerin 1971 yılındaki listesinde 25 olan az gelişmiş ülke sayısı da 1991'de 48'e çıkmıştır (UN, 1995).

GSMH içindeki dış borç yüzdesi 1971-93 arasında gelişmekte olan tüm ülkelerde artmıştır. Özellikle Sahra Güneyi Afrika'da dış borçlar daha da hızlanarak devam etmiş ve GSMH'nin toplamını aşmıştır (UNDP, 1996: 53). Dış borç faizleri çoğunlukla ana parayı aşmakta ve gelişmiş ülkeler yoksul ülkeleri kendilerine borçlandırarak sömürmektedirler. Ulusal kalkınma hızı dış borç faizlerinden daha düşük olan ülkeler "dış borç sarmalı"na girmekte ve hızla sömürülmektedirler.

Ailelerin satın alma gücü özellikle Orta ve Doğu Avrupa/Bağımsız Devletler Topluluğu'nda ve Sahra Güneyi Afrika'da olmak üzere hızla düşmektedir. Sanayileşmiş ülkelerin gelirleri ile diğer ülkeler arasındaki fark da giderek açılmaktadır (UNICEF, 1997).

## 3-Savaşlar

1992 yılındaki toplam askeri harcamalar 815 milyar dolar ile dünya insanların gelirinin yaklaşık yarısına eşit olmuştur. Oysa gelişmekte olan ülkelerde, askeri harcamaların dörtte biri ile çeşitli sağlık ve eğitim hizmetleri

rahatlıkla verilebilirdi (bakınız Şekil 1).

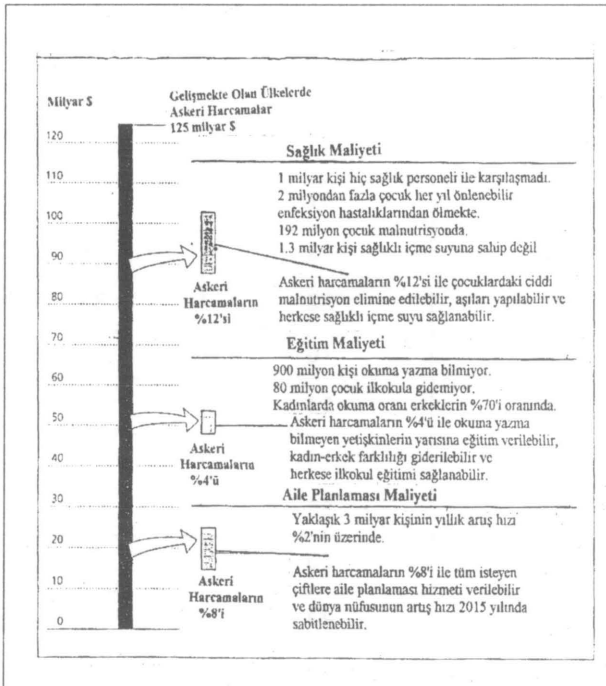
Tüm dünyada her yıl 2 milyondan fazla çocuk önlenebilir enfeksiyon hastalıklarından ölmektedir. 192 milyon çocuk ise malnutrisyondadır. Oysa askeri harcamaların %12'si ile çocuklardaki ileri malnutrisyon elimine edilebilir, aşıları yapılabilir ve sağlıklı içme suyuna sahip olmayan 1.3 milyar kişiye sağlıklı içme suyu sağlanabilirdi. Benzer şekilde askeri harcamaların %4'ü ile okuma yazma bilmeyen yetişkinlerin (900 milyon kişi) yarısına eğitim verilebilir, ilkokula gidemeyen 80 milyon çocuk ilkokula gidebilirdi.

Yoksul veya gelişmekte olan bu ülkelere silah satan ülkeler ise BM Güvenlik Konseyi ülkeleridir. 1988-92 yılları arasında aralarında Türkiye'nin de bulunduğu en çok silah alan 10 ülkeye ABD, Fransa, İngiltere, Eski SSCB ve Çin tarafından silah satılmıştır.

Liberya, Afganistan, Lübnan, Somali, Bosna, Ruanda gibi ülkelerdeki etnik ve dinsel çatışmalarla, iç savaşlar da sağlıkta var olan eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir (bakınız Tablo 2).

Savaş koşulları hem sağlıksız ortamlarda yaşamaya neden olmakta hem de göçü artırmaktadır. Türkiye'nin de en trajik sağlık sorunları Güney Doğu Anadolu Bölgesi'ndedir. Bu bölgede uzunca bir süredir yaşam koşulları iyice ağırlaşmıştır. Birçok sağlık ocağı ve sağlık evi kapalı durumdadır. Diyarbakır'da 67 sağlık ocağının 14'ü, 112

Şekil 1: Gelişmekte Olan Ülkelerdeki Askeri Harcamalarla Verilebilecek Hizmetler



Kaynak: UNDP (1994) s: 50

Tablo 2: Etnik veya Dinsel Çatışmaları Olan Ülkeler

Ülke	Grup Çatışmaları (Hükümet/Ordu Hariç) (1980-89)	Ordunun da Dahil Olduğu Çatışmalar (1989-92)	Bu Ülkelerden Göçmen Sayısı (1992)
Afganistan	Var	Var	4,270,000
Mozambik	Yok	Var	1,730,000
Irak	Var	Var	1,310,000
Somali	Var	Var	870,000
Etyopya	Var	Var	840,000
Liberya	Yok	Var	670,000
Angola	Var	Var	400,000
Myanmar	Var	Var	330,000
Sudan	Var	Var	270,000
Sri Lanka	Var	Var	180,000

Kaynak: UNDP (1994) s: 32

**Tablo 3: Askeri Harcamaların Sosyal Harcamalara Olan Oranı (1990/91)**

Ülkeler	Oran	Ülkeler	Oran
Suriye	3.73	Yemen	1.97
Umman	2.93	Katar	1.92
Irak	2.71	Etyopya	1.90
Myanmar	2.22	S. Arabistan	1.51
Angola	2.08	Ürdün	1.38
Somali	2.00		

Kaynak: UNDP (1994) s: 34

sağlık evinin 97'si; Mardin'de 58 sağlık ocağının 18'i, 112 sağlık evinin 96'sı personel, altyapı ve güvenlik sorunları nedenleriyle kapalıdır (Ertem, 1996 ve TTB, 1994).

Güney Doğu Anadolu Bölgesinde eskiden beri var olan göç, son 5 yıl içinde güvenlik sorunları nedeniyle aşırı derecede artmıştır. Kırdan kente göç, gecekondulaşmayı, tek evde kalabalık yaşamı ve işsizliği getirmektedir. Diyarbakır'ın göç alan semtlerinde 1-2 odalı evlerde ortalama 7 kişi yaşamakta, işportacılık, seyyar satıcılık tek geçim kaynağı olarak görülmektedir (Ertem, 1996). Bunun yanı sıra ahır, gübrelıklar ve hayvan bakımı kent içine taşınmakta zaten yetersiz olan altyapı nedeniyle bulaşıcı has-

talıkların yayılması ve salgın tehlikesi ortaya çıkmaktadır.

Savaş koşullarının bir diğer olumsuzluğu ise ruh sağlığı üzerinedir. Sürekli can güvenliği ve şiddet sorunu olması hem bireysel hem de toplumsal yaşantı üzerinde travmatik etkilere neden olmaktadır. Nitekim bu tip bir Güney Doğu Sendromu hemen herkes tarafından dile getirilen bir olgu olmuştur (ayrıntılı bilgi için bakınız Şahin, D. 1997 ve İpekyüz, N. 1996).

Askeri harcamaların özellikle gelişmekte olan veya yoksul ülkelerde artıyor olması da dikkati çekmektedir. Bazı ülkelerde askeri harcamaların, sağlık ve eğitim harcamalarına olan oranı Tablo 3'te de görüldüğü gibi 2-3 katına kadar çıkmakta ve bu durum söz konusu ülkelerde sağlıkla ilgili eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

#### V- DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞİN TEMEL GÖSTERGELERİ

##### 1-Bölgesel Göstergeler ve İndeksler

Bölgesel özelliklere göre yapılan tablolar özellikle Afrika ve Asya ülkelerinin eşitsizliklerle dolu bir sağlık düzeyine sahip olduklarını göstermektedir (bakınız Tablo-4).

UNDP tarafından Türkiye'de yapılan araştırmada da bölgeler arası farklılıklar ortaya çıkmıştır. Türkiye'de Marmara ve Ege Bölgelerinde HDI değeri yetersiz olan (0.5'in altında olan) il yokken, Doğu ve Güney Doğu Anadolu'da yetersiz il oranı %72'ye çıkmaktadır (UNDP, 1995).

**Tablo 4: Bölgesel Özelliklere Göre Sağlık Düzeyi Göstergeleri (1995)**

Sağlık Düzeyi Göstergeleri	Sahra Güneyi Afrika Ülkeleri	Güney Asya Ülkeleri	Dünya Ortalaması
5 Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranı (binde)	175	121	90
Bebek Ölüm Oranı (binde)	106	82	61
Doğumda Yaşam Beklentisi (yıl)	51	61	64
Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (yüzde)	16	33	18
Düşük Ağırlıklı Çocuk (yüzde)	30	52	32
Kavruk Çocuk (yüzde)	8	16	9
Bodur Çocuk (yüzde)	41	53	39
Guatrlı Oranı (yüzde)	16	13	14
Gereksinimin yüzdesi olarak kalori alımı	47	58	54
Sağlıklı içme suyuna ulaşabilen nüfus (yüzde)	51	80	71
Yeterli sanitasyon imkanına sahip nüfus (%)	44	33	40
Yeterli sağlık hizmetine ulaşabilen nüfus (%)	53	77	80

Kaynak: UNICEF (1997) s: 98



Türkiye'de DPT'nin yaptığı sosyo-ekonomik gelişmişlik indeksine göre illerin sıralanması tablosunda da ilk beş il: İstanbul, Ankara, İzmir, Kocaeli ve Bursa iken son beş il: Muş, Şırnak, Ağrı, Bingöl ve Ardahan olmuştur (DPT, 1997).

Ülkeleri çeşitli açılardan değerlendirmekte kullanılan bu tip indeksler ülkeler arası eşitsizlikleri de ortaya koymaktadır. Örneğin Şekil 2'de benzer gelire sahip ülkeler arasında İnsani Gelişim İndeksi açısından (eğitim, doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızına göre) eşitsizlikler görülmektedir. Benzer gelire sahip olmalarına karşın Gine ve Pakistan, Sri Lanka ve Nikaragua'dan; Kongo ve El Salvador, Ürdün ve Ekvator'dan daha kötü bir insani gelişmişlik düzeyine sahiptir.

Benzer farklılıklar sağlık, eğitim ve beslenme gibi konularda da görülmektedir (UNDP, 1995:14). Ülkelerin sağlık düzeyi eğitim ve beslenme özellikleriyle yakından ilintilidir. Buna göre okur yazar oranı arttıkça Bebek Ölüm Hızının ve malnutrisyonun azaldığı, doğurganlık hızının azalmasıyla, bebek ölümlerinin de azaldığı görülmektedir. Bu açılarından bakıldığında, Malawi, Sudan, Bangladeş, Gine, Pakistan, Kongo, Swaziland, Honduras gibi ülkelerin İzlanda, Çin, Ürdün ve Sri Lanka gibi ülkelerden daha kötü

bir durumda olduğu görülmektedir.

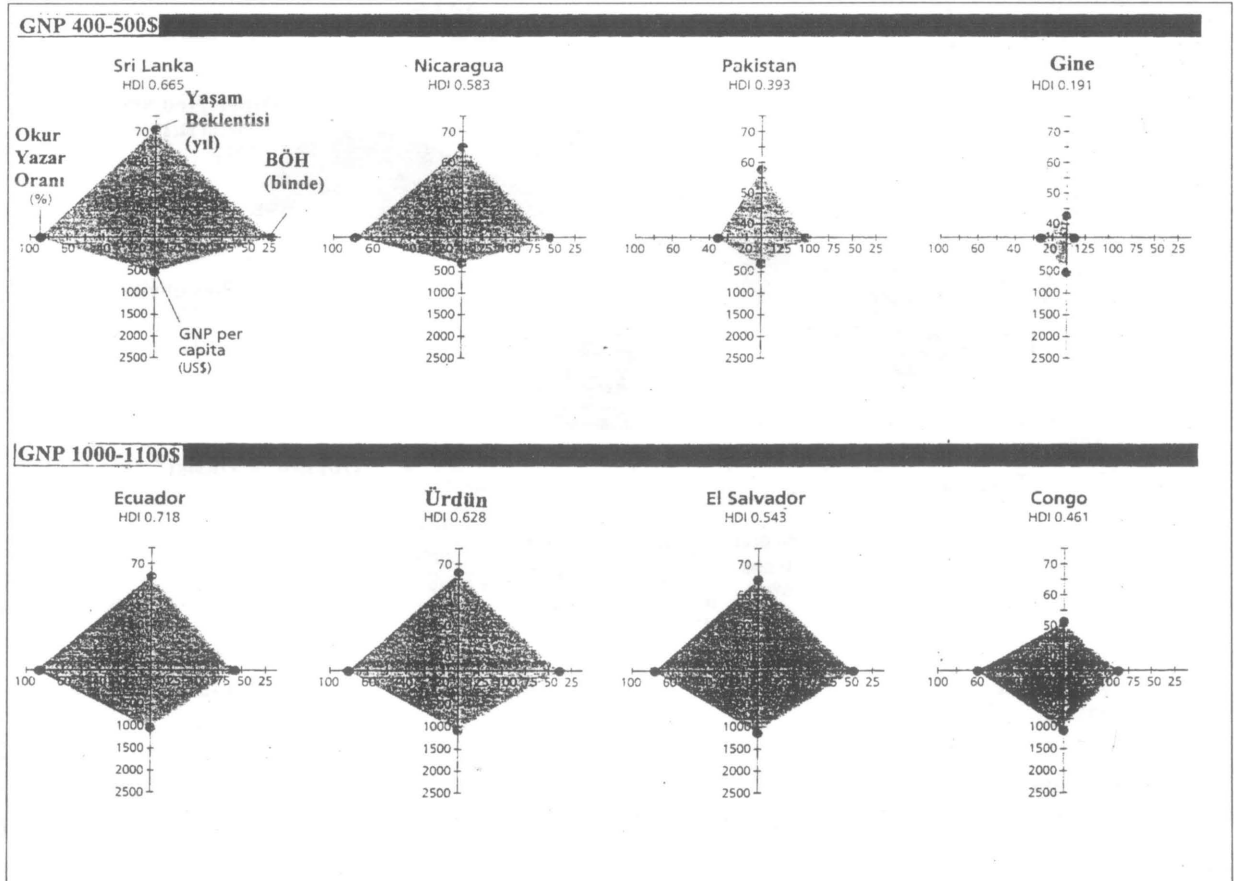
## 2-Ölümler

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere bakıldığında ölüm nedenleri arasında büyük farklılıklar görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelere enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölümler tüm ölümlerin neredeyse yarısını oluştururken, gelişmiş ülkelerdeki payı %1 dolaylarındadır (bakınız Şekil 3).

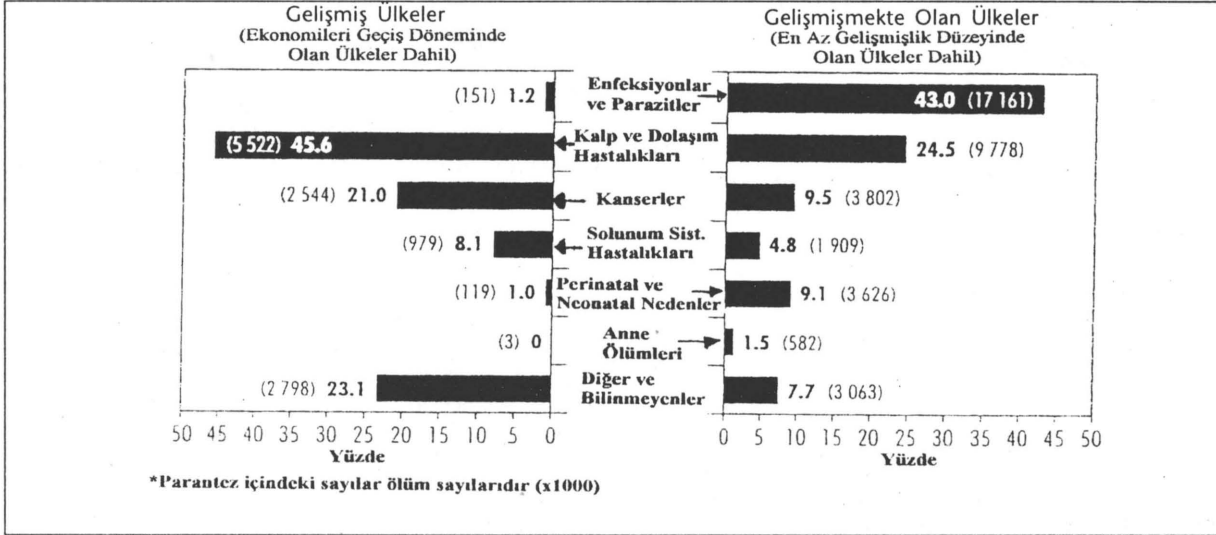
Beş yaş altındaki ölüm nedenlerine bakıldığında da gelişmekte olan ülkelere Diare, Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu, Kızamık, Boğmaca, Tetanoz, Tüberküloz, Menenjit gibi önlenemez ölümlerin büyük çoğunluğu (%54) oluşturduğu görülmektedir (bakınız Şekil 4). Ölüm nedenlerinin % 18'lik bölümü ise aşıyla önlenemez hastalıklardır.

Bebek ve çocuk ölüm hızlarının yıllara göre seyrine (ve projeksiyonlara) bakıldığında da az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere farklılıklar ortaya çıkmaktadır (bakınız Şekil 5). Az gelişmişlik çemberine alınmış ülkelere bebek ve çocuk ölümleri giderek azalmakla beraber hala yüksek hızlarda seyretmektedir.

Şekil 2: Benzer Gelir/Farklı İnsani Gelişim

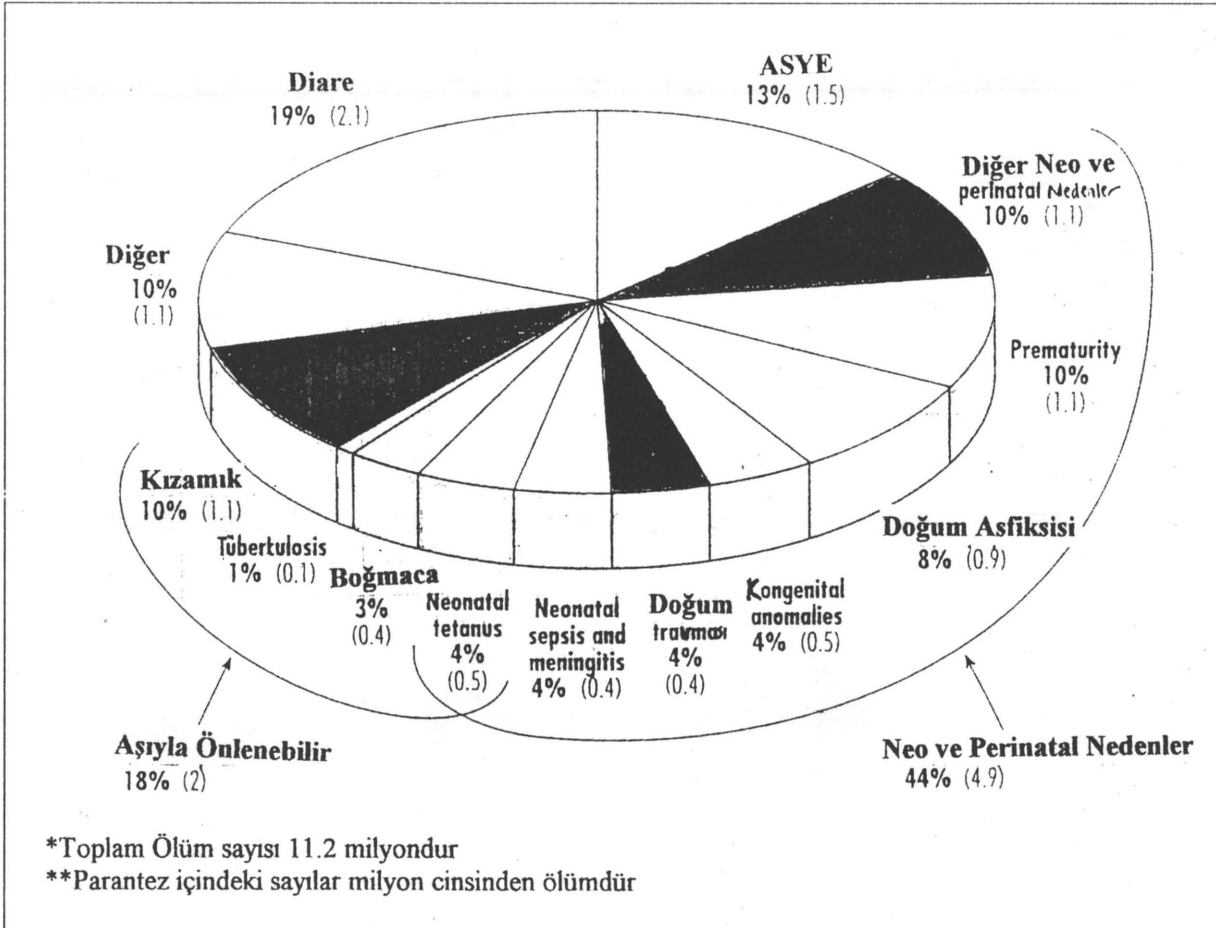


Şekil 3: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Ölüm Nedenleri (1996)



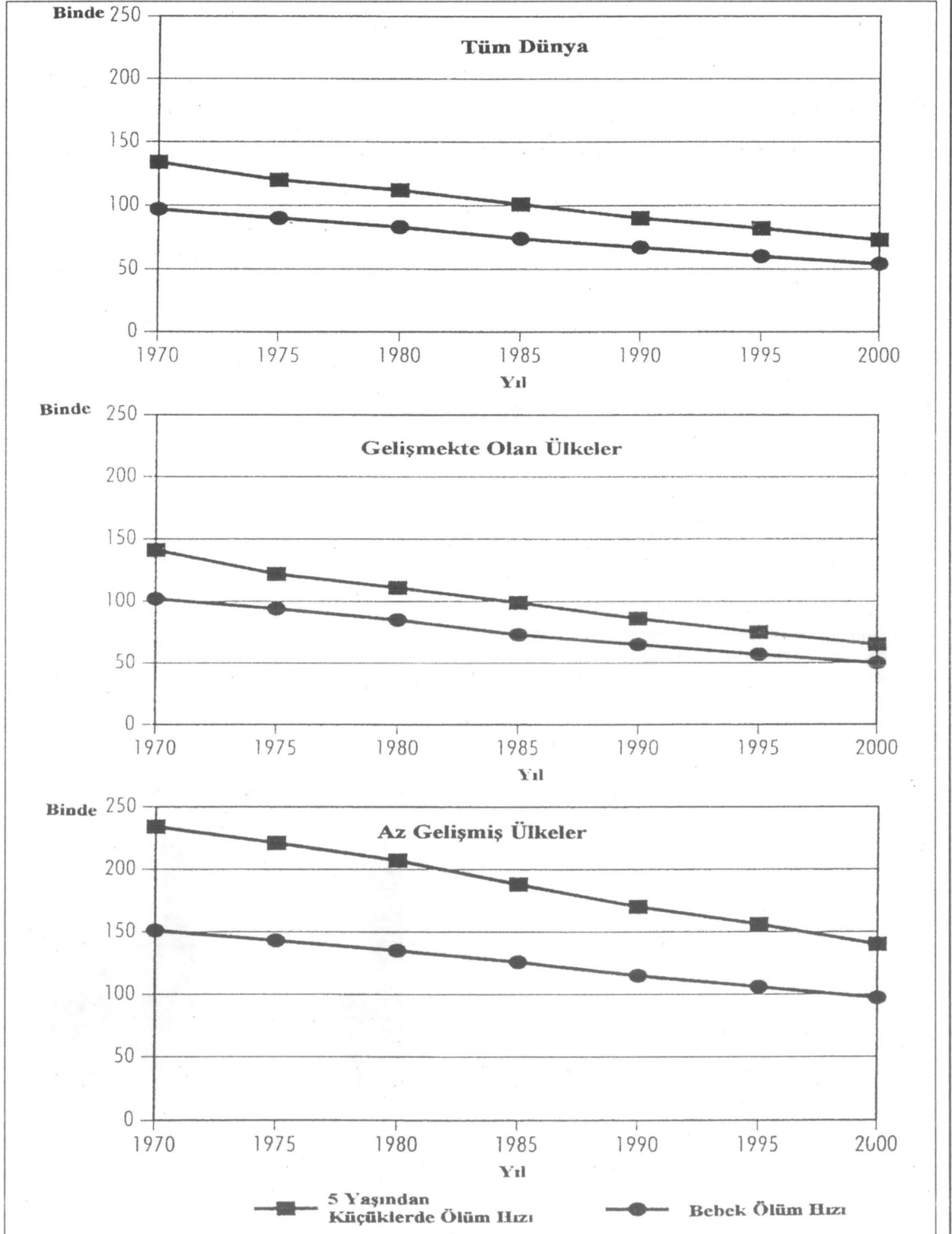
Kaynak: UNDP (1997) s: 21

Şekil 4: Gelişmekte Olan Ülkelerde Beş Yaşından Küçüklerde Ölüm Nedenleri (1995)



Kaynak: WHO (1997) s: 21

Şekil 5: Beş Yaşından Küçüklerde ve Bebeklerde Ölüm Hızları (1970-2000)





Bebek ölüm hızları sadece ülkeler arasındaki eşitsizliklerin bir göstergesi olarak değil, her ülkede çeşitli bölgeler arası eşitsizlikler konusunda da önemli bir göstergedir. Örneğin kentsel ve kırsal bölge farklılıkları hizmete ulaşma açısından önemli bir eşitsizlik kaynağıdır. Tablo 5'te aralarında Türkiye'nin de bulunduğu bazı ülkelerde kırsal ve kentsel bölgelerde 5 Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranları arasındaki farklılıklar görülmektedir.

Çocuk ölümleri ile ilgili daha çarpıcı bir bulgu ise aynı kentte aynı koşullarda yaşayan komşu ailelerde zenginlik/yoksulluk durumuna göre ortaya çıkmaktadır. 1980'li yılların sonlarında Kahire'de yapılan bir araştırmada yoksul komşu çocuklarında ölüm oranı ulusal ortalamadan %25 üzerinde iken, zengin komşu çocuklarında ortalamadan %25 daha iyi çıkmaktadır. Bu durum Sri Lanka'da daha da belirgindir (bakınız Şekil 6). Benzer şekilde Brezilya'da da komşu ailelerdeki çocuk ve yetişkin mortalitesinde yoksulluk önemli bir etken olarak önümüze çıkmaktadır (bakınız Şekil 7).

Ölüm oranlarında sosyoekonomik çevrenin etkisini kanıtlayan başka araştırmalar da vardır. Örneğin Gana'da Accra kentinde ve Brezilya'da Sao Paulo'da sosyoekonomik çevre 4 zona (Z1, Z2, Z3, Z4) ayrıldığında tüm ölüm oranları (kalp ve solunum yolu hastalıkları da dahil olmak üzere) en iyi zonlarda (Z4) en düşük çıkmıştır (bakınız Şekil 8).

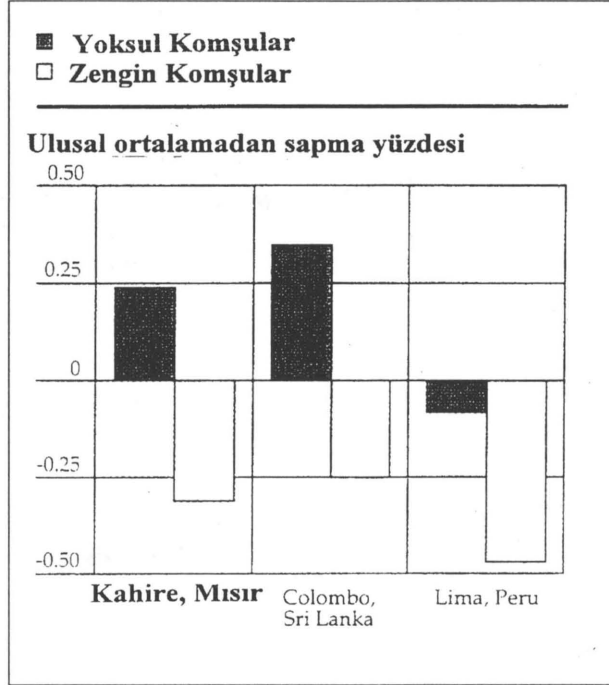
Ölüm oranlarına bağlı olarak doğuştan beklenen yaşam süreleri de ülkelere ve bölgelere göre farklılıklar göstermektedir. Şekil 9 ve 10'da yaşam beklentisindeki eğilimler ve süreler aralarında Türkiye'nin de bulunduğu çeşitli ülke ve bölgelere göre verilmiştir. Buna göre Sahra Altı Afrika, Hindistan ve Orta Doğu ülkelerinin birçok ülkeden daha az yaşam beklentisine sahip olduğu dikkati çekmektedir.

**Tablo 5: Bazı Ülkelerde Kırsal/Kentsel Bölgelerde Beş Yaşından Küçüklerde Ölüm Oranları (1991-94)**

Ülke	Kentsel (Binde)	Kırsal (Binde)
Senegal	102	184
Bolivya	104	162
Bangladeş	114	153
Endonezya	84	116
Kenya	75	96
Türkiye	50	76

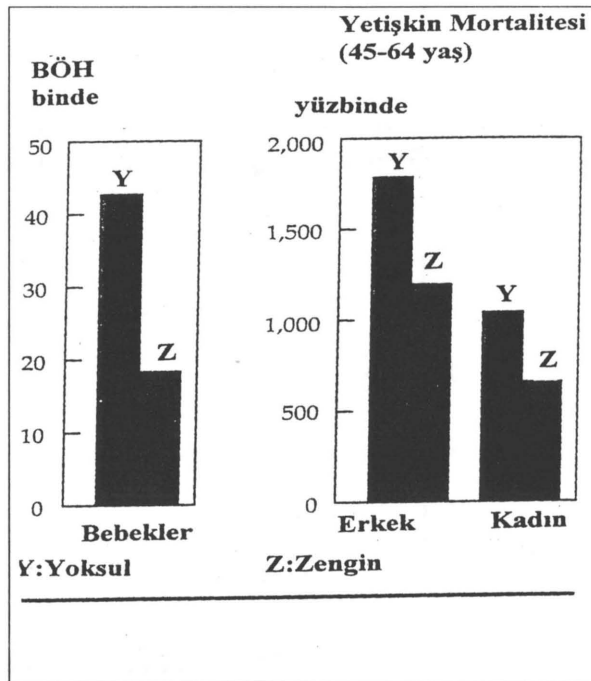
Kaynak: UNDP&WB (1996) s: 32 ve Sağlık Bakanlığı, HÜNEE, MII (1994) s: 87

**Şekil 6: Zengin ve Yoksul Komşu Çocuklarında Ölüm Oranları**



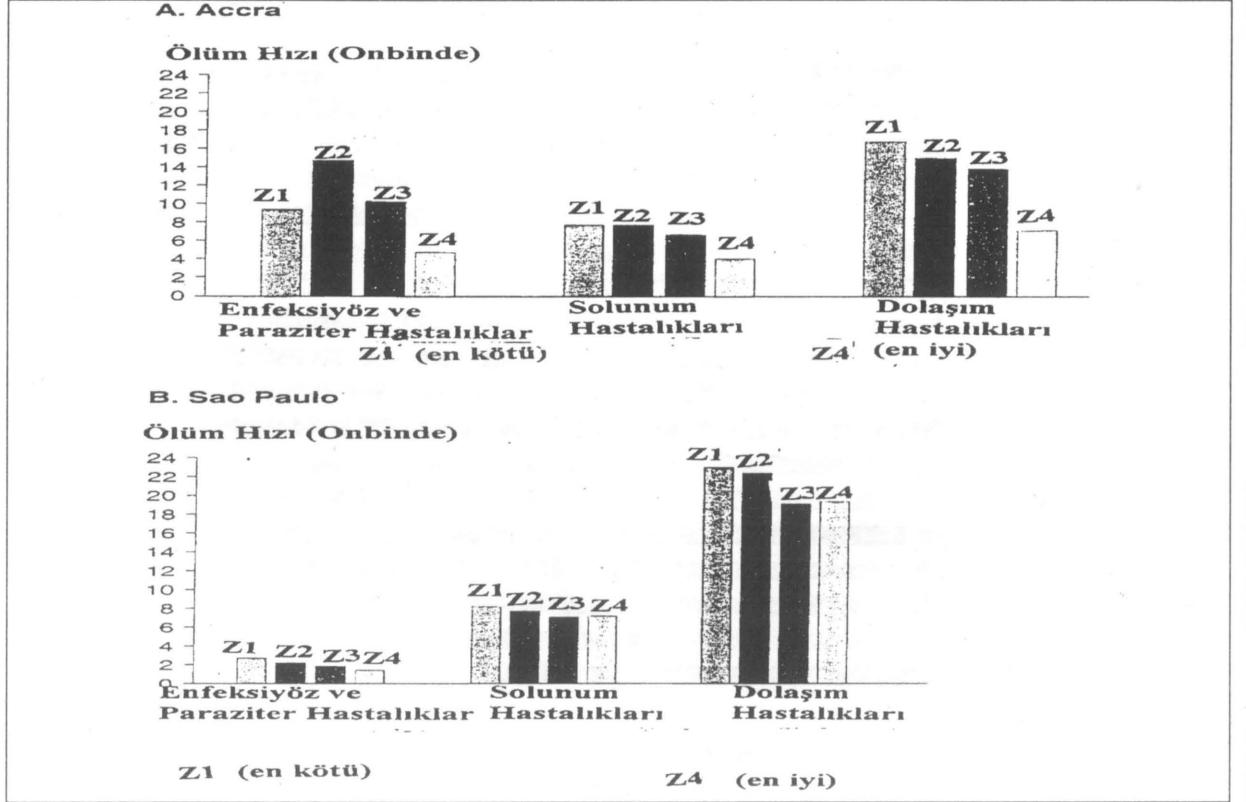
Kaynak: WB (1993) s: 40

**Şekil 7: Zengin ve Yoksul Komşularda Çocuklar ve Yetişkinlerde Ölüm Oranları (Porto Alegre, Brezilya, 1980)**



Kaynak: UNDP (1994) s: 98

Şekil 8: Sosyoekonomik Çevreye Bağlı Ölüm Oranları (1991-92)



Kaynak: UNDP&WB (1996) s: 49

### 3-Bulaşıcı Hastalıklar

Bulaşıcı hastalıklar özellikle Afrika, Asya ve Latin Amerika ülkeleri başta olmak üzere tüm dünyada çok ciddi bir sorun olarak devam etmektedir. Sıtma, Hepatit B, Tbc, AIDS gibi enfeksiyonlar birçok bölgede endemik olarak bulunmaktadır. Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları ve Diareler gelişmekte olan ülkelerde ve özellikle çocuklarda ölümlere yol açmaktadır.

Son yıllarda Hindistan, Pakistan, Bangladeş ve Peru'da kolera salgınları; Hindistan'da veba salgını, Zaire'de Ebola hemorajik ateşi, Afrika'da AIDS salgınları çıkmıştır. Tüm salgınlarda en çok etkilenen kesim yaşam koşulları en kötü olan ve sağlık hizmetlerini en az alan yoksul kesimler olmuştur.

Türkiye'de bulaşıcı hastalıklar ve bunlara bağlı ölümler ciddi boyutlardadır. Tüberküloz ve Hepatit-B giderek yayılmaktadır. Yaz aylarında su ve besinlerle bulaşan viral ve bakteriyel gastroenteritler (kolera, tifo, dizanteri), hepatit-A, parazitler ve kış aylarında giderek artan oranlarda boğmaca, kızamık olguları önemini korumaktadır. Bu hastalıklar bölgeler arasında da farklı hızlarda görülmektedir. Örneğin 5 yaş altında ishalli hastalıklar kırsal alanda %28, kentsel alanda %23 oranında görülmektedir. Bu sıklık Doğu Bölgelerinde %33'e kadar çıkmakta, Batı Bölgelerinde %20'ye kadar düşmektedir (SB, HÜNEE, MII; 1994).

### 4-Ana Çocuk Sağlığı

Bir kadının gebelik nedeniyle ölme olasılığı İtalya'da 17000 de 1 iken Mali'de 7'de 1'dir (bakınız Tablo 6).

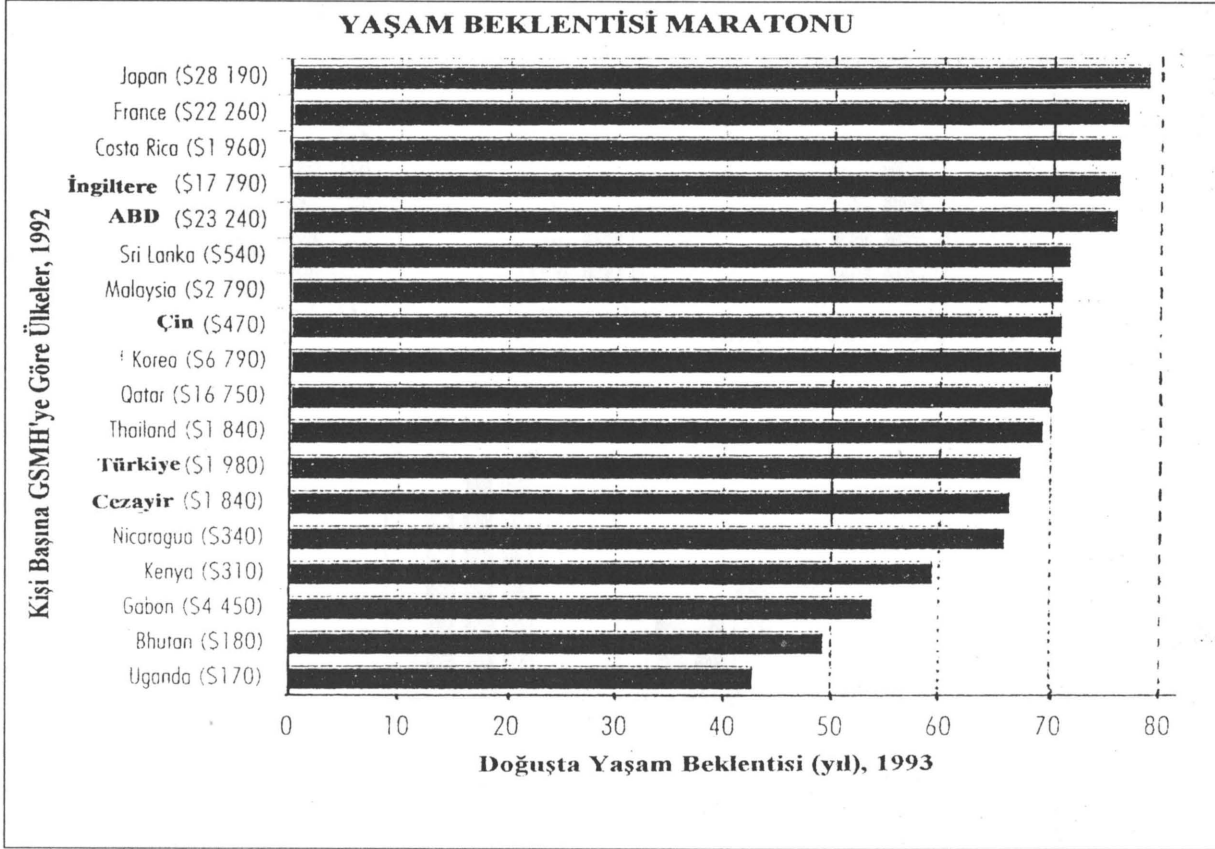
Üreme sağlığı açısından çok çeşitli değişkenlerle yapılan "Üreme Sağlığı Risk İndeksi"ne göre üreme sağlığı açısından en riskli ülkeler Zaire, Angola, Somali, Kongo ve Mali olarak belirlenmiştir. Bu ülkelerde yüksek sayıda anne

Tablo 6: Kadınlarda Gebeliğe Bağlı Nedenlerle Ölüm Oranı

Ülke	Ölme Oranı	Ülke	Ölme Oranı
İtalya	1/17361	Çin	1/439
Norveç	1/15432	Zimbabve	1/217
Avustralya	1/8772	Meksika	1/131
ABD	1/5669	Hindistan	1/59
Polonya	1/3608	Kenya	1/31
Küba	1/1286	Mali	1/7

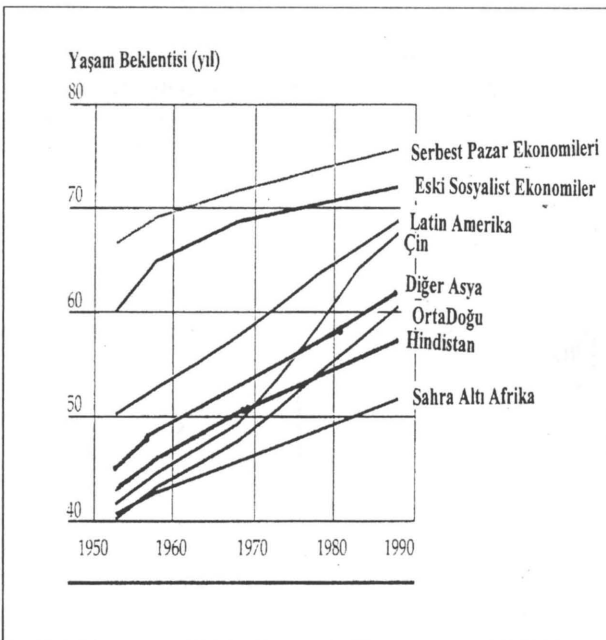
Kaynak: Population Action International (1995)

Şekil 9: Çeşitli Ülkelerde Yaşam Beklentisi Maratonu (1993)



Kaynak: WHO (1995) s: 2

Şekil 10: Bölgelere Göre Yaşam Beklentisindeki Eğilimler (1950-90)



Kaynak: WB (1993) s: 23

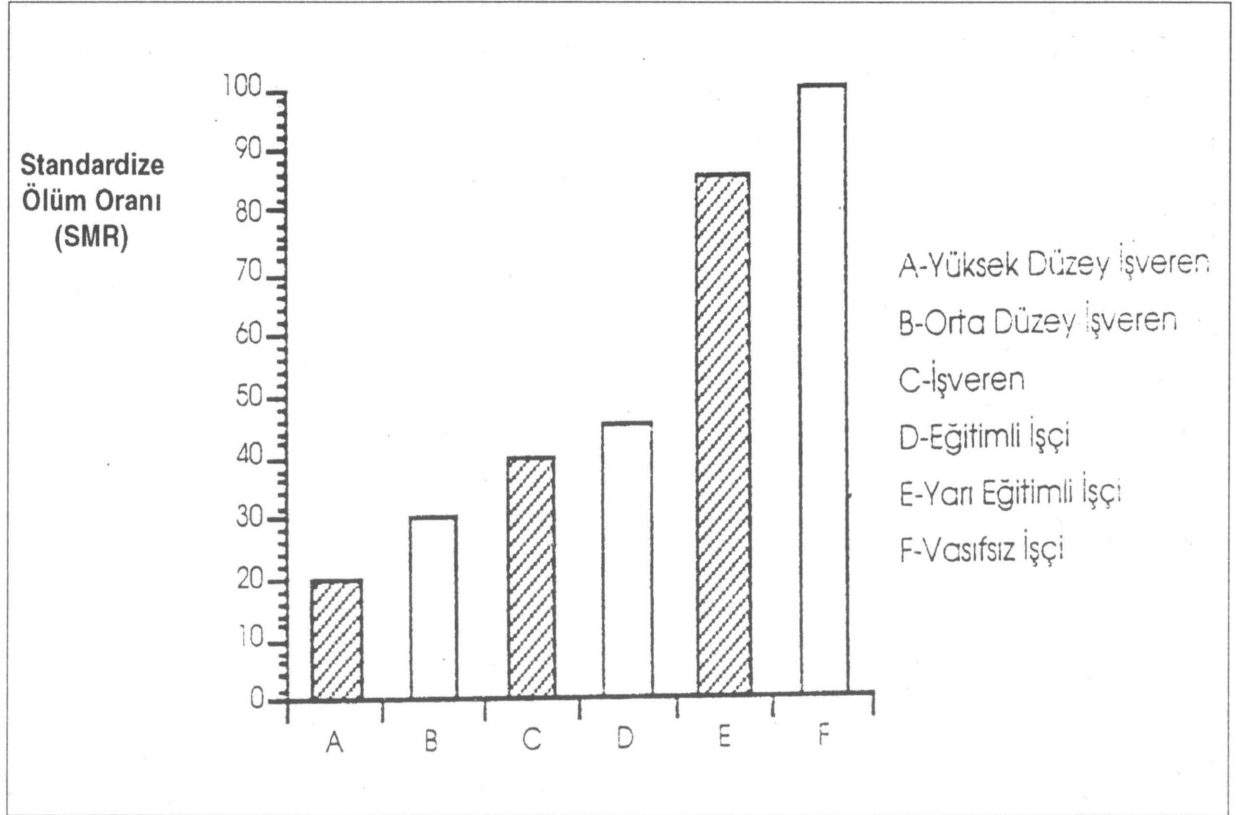
ölümleri, aşırı doğurganlık, gebelerde izlem sayısında düşüklük ve yaygın oranda anemi ve AIDS gibi hastalıklar vardır (Population Action International, 1995).

Türkiye'de de doğum öncesi bakım ve izlemlerde bölgeler arası büyük farklılıklar vardır. Kırsal alanda yaşayan kadınlarda hiç doğum öncesi bakım almayan kadınların oranı %53 iken, Doğu Bölgesinde bu oran %66'ya çıkmaktadır.

Aynı bölgesel farklılık doğumun yapıldığı yerde de ortaya çıkmakta, Doğu Bölgesinde yapılan doğumların yaklaşık %70'i evde gerçekleşmektedir. Sağlık personeli olmadan yapılan doğum oranları aynı bölgelerde %50'ye kadar çıkmaktadır. Oysa bu olumsuz durum Batı'da %5-6 arasındadır.

Çocuk sağlığı açısından son derece önemli olan tam aşı olma oranı Türkiye'de Batı'da %76, Doğu'da %41'dir. Hiç aşı olamayan çocukların oransal dağılımında Batı ile Doğu bölgeleri arasında 5 kat fark vardır. Beslenmede de durum benzerdir. Doğu'daki çocukların %33'ünde boy geriliği, %20'sinde yaşa göre düşük ağırlık saptanmıştır. Oysa bu oranlar Batı'da çok daha azdır (SB, HÜNEE, MII; 1994).

Şekil 11: Sosyoekonomik Statüye Bağlı Olarak Standardize Ölüm Oranları (1976-80)



Kaynak: Whitehead (1996) s: 11

### 5-İş Sağlığı

Çalışan kesimde de işçiler ve işverenler arasında yapılan çeşitli araştırmalarda büyük eşitsizlikler ortaya çıkarılmıştır. Örneğin Fransa'da yapılan bir araştırmada aynı yaş grubundaki erkeklerde sosyoekonomik yapıya göre ölüm oranlarında farklılıklar ortaya konmuştur. Standardize Mortalite Oranı, yüksek düzeydeki işverenden vasıfsız düzeydeki işçiye doğru gittikçe artmaktadır (bakınız Şekil 11).

Finlandiya'da yapılan bir araştırmada ise mesleki risklere göre değerlendirme yapıldığında en riskli mesleklerde çalışan işçilerin diğer özellikleri açısından da zaten en riskli gruplar olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum da ters hizmet kuralı için uygun bir örnek olmaktadır (bakınız Tablo 7).

İş sağlığında eşitsizlikler özellikle çalışan çocuklarda da son derece önemli boyutlara sahiptir. Hindistan, Endonezya gibi Asya ülkelerinde ve Brezilya, Honduras gibi Latin Amerika ülkelerinde çocuklar haftada 6 gün, çoğunlukla günde 9 saat çalıştırılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelere 5-14 yaş grubundaki her 4 çocuktan biri çalışmaktadır (UNICEF, 1997: 25). Fransa gibi Batılı ülkelerde bile çiraklık sağlık hizmetleri istenen düzeylere çıkamamıştır (Cantineau, 1996).

Tablo 7: Mesleki Risk Gruplarına Göre Eşitsizlikler (Finlandiya)

ÇALIŞMA ÖZELLİĞİ	MESLEKİ RİSK	
	En Düşük Risk	En Yüksek Risk
En az 3 ay işsiz kalma (%)	8	32
İş yerinde fiziki stres (%)	1	74
74 dB üzeri gürültü (%)	0	78
Gece vardiyası (%)	1	37
Monoton iş (%)	1	39
İşy. havada partikül (%)	9	67
İlkokul mezunu olma (%)	0	75
Gelir (FMK=Fin parası)	1667	785

Kaynak: Whitehead (1996) s: 13

## VI-SONUÇ

Bu makalede Dünyada ve Türkiye’de sağlık alanındaki eşitsizlikler çeşitli boyutlarıyla ortaya konmuştur. Tüm makale boyunca eşitsizliklerin altında yatan temel nedenler ön plana çıkarılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle önerilebilecek çözümler de sorunların içinde gizlidir. Örneğin yüksek düzeydeki askeri harcamalar ve savaşlar azaltılmadan sağlık alanındaki eşitsizliklerin giderilmesi olanaksızdır. İşsizlik sorunu çözülmeden, ırk ve etnik ayrımlar giderilmeden eşitsizlikler de azaltılamayacaktır. Okurların makaleyi okurken Yeni Dünya Düzeni ve Küreselleşme gibi ideolojik yaklaşımları ve getirdiği sorunları bu boyutuyla değerlendirmelerinde büyük fayda olacaktır.

## KAYNAKLAR

**Boztok D., Kılıç B., (1995).** “Sağlık Krizine Bilimsel Toplumcu Yaklaşım” Petrol-İş 93-94 Yıllığı” s:730-55.

**Cantineau A., (1996).** “Equity and Inequity in Occupational Health-The French Perspective”, in Report on a WHO meeting “Equity in Occupational Health”, Copenhagen, Denmark.

**DPT, (1996).** “Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı” s:49.

**DPT, (1997).** “Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik İndeksi”.

**Ertem M., ve ark., (1996).** “Güneydoğu Anadolu’nun Sorunları, Halk Sağlığı Gezici Seminer Raporu” Toplum ve Hekim, 74;11:47-55.

**İpekyüz N., (1996),** “Güneydoğu’da İç Göç Tartışmaları ve Sağlık Boyutu” Toplum ve Hekim, 74;11:56-60.

**Navarro V., (1991).** “Race or Class or Race and Class”, International J of Health Services, 21(2):229-35.

**Oppenheimer V.K., (1994).** “Women’s Rising Employment and the Future of the Family in Industrial Societies” Population and Development Review, 20;2:293-342.

**Population Action International, (1995).** “The Reproductive Risk Index”, Washington DC.

**SB(Sağlık Bakanlığı), HÜNEE, M.I.I., (1994).** “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993”.

**Siddharthan K., (1993).** “Undocumented Aliens and

Uncompensated Care: Whose Responsibility?” Am J Public Health, 83;3:410-2.

**Şahin D., (1997).** “İnsan Hakları ve Özgürlük Sorununun Psikolojik Boyutları” Toplum ve Hekim, 12;78:66-78.

**TTB Merkez Konseyi, (1994).** “Güneydoğu’da Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Personelinin Sorunları Raporu”, Ankara.

**UN, (1995).** “International Year for the Eradication of Poverty 1996” Tanıtım Broşürü.

**UNDP, (1994).** “Human Development Report 1994”, Oxford University Press, New York.

**UNDP, (1995).** “Human Development Report 1995-Turkey”, Ankara.

**UNDP&The World Bank, (1996).** “HABITAT-II, World Resources”, Oxford University Press, New York.

**UNICEF, (1995).** “Dünya Çocuklarının Durumu”, UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara.

**UNICEF, (1996).** “Dünya Çocuklarının Durumu”, UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara.

**UNICEF, (1997).** “Dünya Çocuklarının Durumu”, UNICEF Türkiye Temsilciliği, Ankara.

**WB. (1993),** “World Development Report 1993-Investing in Health”, Oxford University Press, New York.

**Whitehead M., (1992),** “Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler” çeviren: Hilal Maradit, TTB Merkez Konseyi Yayınları, Ankara.

**Whitehead M., (1996).** “Equity in Health and the Working Environment” in Report on a WHO meeting “Equity in Occupational Health”, Copenhagen, Denmark.

**WHO, (1985).** “Targets for Health for All”, Copenhagen.

**WHO, (1995).** “The World Health Report 1995-Bridging the Gaps”, Geneva-Switzerland.

**WHO, (1996).** “The World Health Report 1996-Fighting Disease Fostering Development”, Geneva-Switzerland.

**WHO, (1997).** “The World Health Report 1997-Conquering Suffering Enriching Humanity”, Geneva-Switzerland.