

DOSYA/GÖZLEM VE GÖRÜŞLER**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ,
ALMA ATA BİLDİRGESİ, İDEOLOJİ VB.
ÜZERİNE...**

Ata SOYER*

DSÖ, 1948'de kurulmuş, Birleşmiş Milletler' in sağlık alanında faaliyet gösteren örgütüdür. Kuruluşundan 1970'li yılların başına kadar politik, kültürel her türlü çelişki ve çatışmadan uzak kalmayı temel bir yaklaşım tarzı olarak benimsemiş bir örgüttür*. O yıllar, dünyanın, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasındaki bölünmesinin ve az gelişmişlerin yoksulluğunun nedeninin, "az gelişmiş ülkelerin nüfusunun fazla, buna karşın kaynağının az olmasına" bağlandığı yıllardı. Önerilen reçete ise, "fazla" olan nüfusun azaltılmasıydı! DSÖ de, bu önerinin az gelişmiş ülkelere propaganda edilmesinin en temel aracıydı.

1. 1970'li yıllarda ortaya çıkan "petrol ve diğer hammadde krizi", az gelişmiş ülkelerin bu kaynaklara çokça sahip oldukları halde, neden bu krizin yükünü daha fazla çektikleri sorusunun sorulmasına yol açtı. DSÖ'nün de içinde bulunduğu merkezler, bu sorunun da yanıtını buldular; yoksul ülkeler, yeterince maddi kaynaklara sahiptiler, ama bunu kullanacak teknoloji, "know-how" gibi entelektüel kaynakları yeterince yoktu! Dolayısı ile, çözüm de netti: "teknoloji transferi". Böylelikle, az gelişmişlere teknoloji transfer edildi. "Uygun" teknoloji transfer edildi. Ne de olsa, bu ülkeler, gelişmişlerin kullanabileceği teknolojiyi kullanabilecek kapasiteye sahip değildi; öyleyse "küçük" ya da "emek-yoğun", yani "kendi kapasitesine uygun" a fit olmalıydı...DSÖ, bu süreçte de, üzerine düşen rolü oynadı, "uygun teknoloji" teorilerinin merkezi oldu.

2. Ancak, 1960'ların sonunda başlayan, bütün bir 1970'ler boyunca dünyayı saran bir "tehlike", uluslararası merkezlerin "nüfus kontrolü", "teknoloji transferi", vb.

"kılıf"larını yırtmaya başlamıştı; ulusal kurtuluş hareketleri. Az gelişmiş ülkelerdeki ulusal kurtuluş hareketleri denilen politik hareketler ve bu hareketlerin başarısı sonucu kurulan yeni bağımsız devletler, kendi ülkelerindeki yoksulluğun, nüfus fazlalığı ya da teknoloji kullanım eksikliğinden değil, az sayıda devletin çok fazla, çok sayıda devletin ise çok az güce sahip olmasından kaynaklandığını ileri sürüyorlardı. Sorunun konjonktürel değil, yapısal olduğunu iddia eden bu hareketler ve devletler, dünyanın siyasal coğrafyasını değiştiriyorlardı. Gündeme getirilen talep netti; dünyadaki kaynakların -az gelişmiş yararına-yeniden dağıtımı.

3. Bu değişim, BM'in diğer organlarına olduğu gibi, DSÖ'ye de yansımıştı. Eşitlik, sosyal adalet, insan hakları, vb. kavramlardan daha çok etkilenen, ABD ile daha fazla gerginlik yaşayan, getirdiği bazı öneriler ile ilaç tekelleri ile karşı karşıya gelen, temel sağlık hizmetleri kavramını tüm dünyaya yayan, en nihayetinde "Alma Ata Bildirgesi"ni ortaya çıkaran bir DSÖ vardı, artık. Ancak, bu değişikliğin, salt DSÖ'nün iyileşmesinden kaynaklandığı ya da DSÖ'nün eski tarzını terkettiği anlamında yorumlamak doğru olmaz. Tehlikenin büyüklüğünü görenler ve bu tehlikenin kendi çıkarlarını tehdit ettiğini hissedenler, "kaynakların dünya çapında dağılımında bazı değişiklikler yapılması gerektiğini, ama bu değişikliklerin çatışma ile değil, işbirliği ve uzlaşma ile olmasını" kabul ettiler. Bu kabullerini de, insancılık, sosyal adalet, vb. motiflerle süslediler. Çatışma, sınıf-sınıf mücadeleleri, emperyalizm gibi kavramlar yerine, "global dayanışma", "ortak çıkarlar", "diyalog" vb. ifadelerin ağırlıklı olarak kullanılmaya başlaması, bu dönemdeydi. 1978 tarihli "Alma Ata Bildirgesi" işte böyle bir ortamda kaleme alınmıştır.

4. Alma Ata Bildirgesi, bir uzlaşma metnidir. Her uzlaşma metni gibi, hem dayatma, hem tavizleri içerir. Bir yandan Üçüncü Dünya'nın ulusal kurtuluş savaşlarının ve sosyalist

* Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

ülkelerin izlerini taşımaktadır. Diğer yandan, emperyalizmin gelişen "tehlike" karşısındaki gösterdiği manevra yeteneğini yansıtmaktadır. Bugünden bakıldığında, sosyalizmin "inişe geçtiği" bir dönemde, ulusal kurtuluş hareketlerinin iktidara geldiği yeni bağımsız devletlerin dönemsel gücü, dünya güç dengelerini etkilemiş-en azından böyle bir metin yazılması için baskı oluşturmuş-ama değiştirememiştir, diyebiliriz. Dolayısı ile, "iyi niyetli, ama kağıt üzerinde kalmaya mahkum" bir bildirge çıkmıştır. "2000 yılında herkese sağlık" hedefi konusunda önemli adımlar atılmamıştır.

5. Ayrıca, Alma Ata "uzlaşması", içeriği itibarıyla da yetersizlikler ve ideolojik yönlendirmenin izlerini barındırmaktadır. Herşeyden önce, "bildirge", yeni ilkeler önermemektedir. 1917 Devrimi, sosyalist ülkeler, Türkiye (224 sayılı yasa) deneyimlerinin içerdiği ilkelerin, çok da iyi olmayan bir tekrarıdır. Bir başka nokta; "bildirge", dünyadaki eşitsizlikler ve sağlıktaki olumsuzluklarla ilgili çok sayıda saptama içermesine karşın, bu eşitsizlik ve olumsuzlukları açıklayıcı yeterli kategori kullanmamakta, tarif edilen muğlak bir süreç ortaya çıkmaktadır. İlaç ve tıbbi teknoloji tekellerini hedef almayan, eşitsizlikleri onlarla ilişkilendirmeyen, hatta değişim konusunda onların ikna edilmesini hedef olarak koyan bir yaklaşım tarzı vardır. Yine, "bildirge", toplum katılımı kavramına bir özel önem atfetmiş, ancak toplum kavramını, ortak çıkar ve talepleri olan bireyler-sınıflar, gruplar, güçler olarak değil- olarak tarif etmiştir. Öz olarak, "bildirge"yi, eşitsizliklerin görmezden gelinemeyecek bir noktaya gelindiği bir dönemde, onları kabul etmek ama asıl nedenlerini gizlemek, bu eşitsizlikleri gidermeyi hedefleyen toplumsal inisiyatifleri görüp ve sınıflardan ibaret toplumu bireylerden ibaret olarak nitelendirip, siyasi mücadelenin bir aracı değil, toplum katılımı gibi içi boşaltılmış bir kavramla çözüm göstermek amacıyla yazıldığı için değilse bile, buna yol açtığı için eleştirebiliriz.

6. Burada DSÖ'den de, Alma Ata'dan da önemli bir sorun vardır. İdeolojik olarak içeriksiz ve "mükemmel" metinlerin toplumdaki etkisinin ağırlığıdır, burada sözü edilmek istenen. Derdim şu; -tıpkı Alma Ata gibi-çok mükemmel tanımlamalar/saptamalar içeren,sorunları çok iyi sıralayan öyle metinler yazılmaktadır ki. Ama bu metinler, sadece sorunları tanımlamakta, sorunlar arasındaki ilişkileri açıklamaktan ısrarla kaçınmaktadır. Yani parçaları dizmekte, bunları bütünle ilişkilendirmemektedir; "puzzle"nin bütün parçaları vardır, eksiksiz olarak, ama ortada anlamlı/sahici bir görüntü yoktur! Bir sorunu etkileyen faktörleri yan yana/alt alta sıralayıp, bunların birbirleri ile ilişkisi olmayan kendi içinde özerk yapılar olarak nitelendirmek; sorunlara yapılacak müdahaleleri, onları belirleyen güç ilişkileri ve yapıardan bağımsız olarak ele almak, ideolojik olarak tercih edilmektedir. Sağlık alanında da, doğum kontrolü, teknoloji transferi, globalleşme gibi yaklaşımların, az gelişmişliğe çare olacağını ifade etmek aynı anlama gelmektedir.

7. Alma Ata Bildirgesi, aynı dönemde kapitalizmin gelişen "tehlike" karşısında ortaya attığı uzlaşma

metinlerinden biridir. "Ortak çıkarlar"ın, "birlikte yaşama"nın, çatışmadan önemli olduğunu ifade eden metinlerin en önemli olanlarından. Dünyadaki yoksulluğun işbirliği, paylaşma, beraberlik, gelişmiş kapitalist Kuzey ile az gelişmiş Güney'in beraberliği ile çözülebileceğini yazan metinler arasında, etkisi halen sürenlerdendir. Bu metin, DSÖ'nün başından beri, sağlığın politikleşmesini reddeden ve onu engellemeye yönelik, teknik tutumunun en iyi şekilde ifadesidir. Bu tutumda, kapitalizmin ideolojik manipülasyonlarının yanı sıra, onunla birlikte, DSÖ' de egemen olan bilim ve teknolojiyi nötr/tarafsız kabul eden anlayışının da etkisi vardır. Bu bağlamda, DSÖ'nün her zaman kapitalist ideolojiyi ve tutumları, kendi alanlarında ve kendi araçları ile yeniden üreten bir kurum olarak işlev gördüğünü, Alma Ata Bildirgesi'nin de bu duruma bir istisna olmadığını söyleyebiliriz. DSÖ, halen de teknoloji dilinin ve uygulamalarının kullanılmasıyla, siyasi pozisyonları yeniden üreten ve dağıtan bir politik araç olarak işlev görmektedir. DSÖ' nün temel işlevi, sağlık sorunlarının egemen ideolojiye uyumlu, teknik ve apolitik olarak sunumunu yapmaktır. DSÖ, politik müdahalelerin depolitizasyonu ve bunların teknik müdahalelere dönüştürülmesi amacına hizmet eden bir kurumdur. Örneğin, Çin' de politik gelişmenin bir aşamasında ortaya çıkan özgün bir örnek olan "çıplak ayaklı doktorlar" olgusu, DSÖ tarafından sağlıkçı olmayan personelin "akıllıca" sağlık alanında kullanımı olarak sunulmuş, politik bir olay depolitize edilmiştir. Aynı durum, Hindistan' ın Kerela eyaletindeki olumlu gelişmelerin yorumunda da yaşanmıştır. Kerela' da bebek/çocuk ve anne ölümlerindeki gerilemenin başarısı, çok basitleştirilerek "anne eğitimi, toplum katılımı, beslenme" vb. kavramlarla açıklanmış, bu başarının yaklaşık 30 yıllık bir Marksist iktidar döneminde, kaynakların dağılımına toplum yararına bir müdahale edilmesiyle ilişkili olduğu gerçeği gözlerden saklanmıştır.

8. DSÖ' nün yine de "olumlu" bir adımı sayılabilecek olan "Alma Ata", hemen ilanından, bir yıl sonra-henüz daha doğru dürüst uygulanmadan eleştirilmeye başlanmıştır. Tüm eksiklerine karşın, Alma Ata, sağlığın toplumsal boyutunu kabul eden, sağlıktaki değişikliklerin toplumsal bazı gelişmelerle mümkün olabileceğini vazededen bir içeriğe sahiptir. Ancak, bir taraftan uluslararası düzeyde UNICEF'in etkinliğinin de artması ve DSÖ'ye bu etkinliğin yansımaları ile, hem de "globalleşme"nin ideolojik etkisi ile, sağlığa bu "toplumsal" yaklaşım bile "lüks" bulunmuştur. 1950'li yıllardan beri var olan bir yaklaşım tarzı, 1970'li yılların sonundan itibaren gündeme sokulmuş ve 1984' de yeni bir çerçeve ile sunulmuştur; seçici temel sağlık hizmetleri. Bu yaklaşım, öz olarak, sağlık sorunlarının çözümü için toplumsal değişimin, özellikle az gelişmiş ülkelerde zor olduğu, dolayısı ile "makül" olanın, en öncelikli sağlık sorunlarına yönelik teknik önlemler alınması şeklinde tanımlanabilir. Madem ki, az gelişmişlerde kaynaklar azdır, öncelikli sağlık sorunları için yapılacak tıbbi müdahale ve kampanyalarla-kalıcı çözümler oluşturmak gibi pahalı adımlar yerine-sınırlı olan kaynaklar, daha etkili kullanılmış olacaktır! Bu yaklaşım,

zaten tıbbi bir hekimlik etkinliği olarak gören hekimlerin de işine gelmektedir. Ülkenin sınırlı kaynaklarını kötü kullanan ve sosyal alanlara pay ayırmamakta direnen hükümetlerin de işine gelmektedir. Yıllardır uyguladıkları neoliberal politikaların sonuçlarının asıl sorumlularının açığa çıkmasından ürken uluslararası sermaye kuruluşlarının da işine gelmektedir. Bu nedenlerle, parayı ve dolayısı ile gücü kullanan kesimler, giderek uluslararası kurumlarda da egemenliklerini pekiştirmiş, bu durumun gereğini de alana yansıtmışlardır. UNICEF, giderek "çocuk sağlığı"nın "insani" paketleri ile topluma, sosyal pazarlama yapan, kalıcı aşılama hizmetlerini tesis etmek yerine, "şaşaalı" aşı kampanyalarını hayata geçiren, ishalleri önlemek için milyonlarca insana temiz su bulmak gibi "zor" işlere soyunmak yerine, "oral rehidratasyon sıvısı" gibi "cicili-bicili" bir paketle işi geçiştiren anlayışı ile ortaya çıkmış, bunu DSÖ ve az gelişmişlere kabul ettirmeye başlamıştır. Bu kabul ettirme süreci, DSÖ, UNICEF ve benzeri örgütlerin uzmanlarının, kendi "insani" tarzları konusunda, ötekileri "ikna" etmeleri şeklinde yaşanmıştır. Bu ikna işlemleri, Navarro** ve Banerji tarafından "entelektüel faşizm" olarak adlandırılmaktadır.

9. Gerek 1984 öncesi, gerekse yakın dönemlerde DSÖ, UNICEF, Dünya Bankası uzmanları, kendi yaklaşımlarını-yönü ne olursa olsun-kabul ettirmede oldukça katı davranmışlardır. Her şeyden önce, bu uzmanlar, kendilerini finanse edenlerin çıkarlarını az gelişmişlere kabul ettirmekle görevli olduklarını fazlasıyla bilincindedirler ve bunun için her yolu kullanırlar. Kendilerin finanse edenlerin çıkarlarını engelleyecek her tür engeli-politik, kültürel, sosyal-ortadan kaldırmaya çalışırlar. İkincisi, onlar, ayrıcalıklı kesimlerden gelmişlerdir ve tıpkı sömürgecilerin sömürge ülkelerdeki faaliyeti gibi, eğitimciliklerinin sorgulanmadan benimsemesini isterler. Üçüncüsü, kendilerini finanse edenler, onları gönderdikleri ülkelere borç vermişler ve o ülke hükümetlerini "esir" almışlardır. Dolayısı ile, o hükümetler, eğer bu uzmanlarla çalışmak istiyorlarsa, dediklerini yapmak zorundadırlar. Ülkelerin sağlık bakanlıkları ve ulusal sağlık kuruluşları, teslim alınmıştır, teslim olmayan ulusal uzmanlar dışlanmışlardır. Ana kavram, global inisiyatifdir; uluslararası ulusal teslim alması.

10. 1978 Alma Ata sonrası, bu mantıkla, uluslararası sağlık kuruluşları, ülkelerin kendi sorunları ile ilgili attıkları adımları sınırlamış, uluslararası düzlemde belirlenen programların yaşama geçirilmesi için tüm az gelişmiş ülkeler ve kaynakları seferber edilmiştir. Ülkelerin halk sağlığı sorunlarının, salt uluslararası inisiyatiflere bağlanması bilimsel bir yaklaşım değildir. Bu bilimsel olmayan yaklaşım, uluslararası kuruluşların uzmanlarınca az gelişmiş ülkelere ve onların yetkili kurumlarına dayatılmış, bu yaklaşıma karşı çıkanların etkinliği kırılmıştır. Ülkelerin kendi özgün yapılarını göz ardı ederek, onlara uluslararası merkezlerde oluşturulmuş çözümleri dayatmak, dayatırken de, "bilimsel" ortamı kullanmak, yani kendi yaklaşımları dışındakileri "bilim-dışı" ilan etmek ve dışlamak, bu süreci az gelişmiş ülkelerde akademi ve sivil kuruluşlarda kendilerine yarattıkları yandaş kitlesi ile

yürütmek, Dünya Bankası vb. kurumların finansmanı ile yapılan eğitim adı altındaki etkinliklerle yoksul ülke bürokrat ve bilimcilerinin beynini yıkamak, uluslararası projeler sunmak ve bu projelerin az gelişmiş ülkelere parasal ve sosyal katkı yapacağı yanılsamasını yaymak, vb.; işte "entelektüel faşizm" diye tanımlanan uluslararası kuruluşların uzmanlarının az gelişmiş dünyaya yaşattığı dayatma sürecinin bileşenleri.

11. Aslında, DSÖ, son süreçte, ilk dönemlerdeki tarafsız görüntüsünü de büyük ölçüde terk ederek, Dünya Bankası'nın ve IMF'nin, hatta UNICEF, UNDP gibi örgütlerin fikirlerinin "aleni" pazarlamacı haline gelmiştir. IMF'den "yardım" alan, daha doğrusu yapısal uyum programlarını uygulayan ülkelere, o ülkelerin kendi ihtiyaçlarından kaynaklanan değil, uluslararası merkezlerde oluşturulan, teknoloji merkezli yaklaşımların, o ülke problemlerine "adapte edilmesi" ni yapmaktadır. Büyük ölçüde sağlık alanında dünya ölçüsündeki projelerin asıl sahibinin Dünya Bankası olması nedeniyle, DSÖ, giderek Dünya Bankası "patronu"na iyi hizmet etmeyi temel görev haline getirmiştir. *** Biyoteknoloji, soğutma, ilaç endüstrileri sürece dahil edilmiştir. DSÖ'nün 1980 sonrası uyguladığı AIDS, tüberküloz, ishaller hastalıklar, akut solunum yolu hastalıkları, güvenli annelik programı, genişletilmiş bağışıklık programları başarılı olamamıştır. Çok "görmekli" reklamlarla yürütülmüş olan bu programlar, sağlık sorunlarının toplumsal boyutunu gözlerden saklama amaçlı yapılmış, sorunlar bir halk sağlıkçı değil, bir çocukçu ya da klinisyen gözüyle ele alınmış, bir yanı ile vaciye yapar görüntüsü çizilirken, diğer yandan çevreye umut dağıtılmıştır. Bu süreçte, az gelişmiş ülke bürokratları ve akademisyenleri, bu yaklaşımın edilgen uygulayıcıları haline gelmişler ve işbirliği yapmışlardır. Bugün, az gelişmiş ülke uzmanları, eğer "bilimsel" kabul edilmek istiyorlarsa, DSÖ, UNICEF ve benzeri örgütlerin sözcüleri gibi davranmak durumundadırlar. Onlar da giderek, uluslararası merkezlerle daha içiçe geçerek, kendi ülkelerinde kendileri gibi düşünmeyenleri "bilim-dışı" ilan etmekte ve kendi "ödünleri"ni haklı çıkarmaya çalışarak, vicdanları temizlemektedirler. İdeolojik teslimiyet; giderek bir başkalaşma gerektirir!

12. Bu konularda sıkça yazan ve düşüncelerini ifade eden Banerji, uluslararası kuruluşların uzmanlarının yaklaşımlarını eleştirmektedir. "Uluslararası öncelikler üzerinden yapılan dayatmaların tamamen tarih dışı olduğu"nu belirten Banerji, bu uzmanların kendilerinin önce yapılan hiçbir çalışmayı dikkate almadıklarını, her şeyi kendilerinin bildiklerini sandıklarını söylüyor. "Kiralanan uzmanlar" deyimini kullandığı bu uzmanların, paralarını ödeyen insanları memnun etmekle görevli hissettiklerini ve bunun için her şeyi yaptıklarını ifade ediyor. Banerji, bu uzmanların ürettikleri epidemiyolojik çalışmaları da geçersiz buluyor, ayrıca, hizmet ettikleri kesimlerin işlerine gelmeyen verileri gizledikleri ya da çarpıttıkları suçlamasını getiriyor. "Çünkü, bu çalışmalar, pazarı büyütme için yaptırılmış işlerdir" diye ekliyor. Az gelişmiş ülkelerdeki uzmanları "ikna" etmek için, uluslararası kuruluşlarda bu uzmanlara "koltuk" da pazarlandığını söyleyen Banerji,

bu davranışı yapanların "ilke ve ahklaklarının ne kadar taşlaşmış olduğu"na da dikkat çekiyor. Vicdan sahibi olması beklenen sağlık okullarındaki öğretmenler, halk sağlığı danışmanları, sivil kurumlar, politik önderlerin, uluslararası kurumlara ve onların ideolojisine teslim olmalarını da bir suç ortaklığı diye nitelendiren Banerji, insanların satın alınabilmesinin bu kadar kolay olmasının, binlerce insanın yaşamına mal olmasına yol açtığı, iyi programlar diye dayatılan programların da bilim-dışı, ahlak-dışı ve vicdansız olduğunun altını çiziyor.

13. Evet, hâla entelektüel ve ahlaki değerlere önem veren kişiler kaldıysa ve de bunun bedelini ödemeye hazırlarsa, gereğini yapmalıdırlar diyorlar, Navarro ve Banerji. Katılıyoruz musunuz?

* Burada, DSÖ'nün "sağlık" tanımının yeni yapıldığı dönemin özel bir yeri vardır. Tıbbın geleneksel anlayışını önemli ölçüde kıran bu tanım, savaş sonrası oluşan faşizm karşıtı ortamın yükseldiği beklentilerin etkisiyle, savaş boyunca halk sınıflarının umudunu diri tutan büyük fedakarlıklarına vurgu yaparak, faşistlerin yenilgisini ilan eden anlaşmanın üç temel güce bağlı olduğu yaklaşımı ile şekillenmiştir: Doğu Avrupa'da Sovyetler Birliği, Batı Avrupa'da sosyal demokrat hükümetler, ABD'de "New Deal"çiler. Bu ortamdan çok etkilenen ve tanımı kaleme alan, Norveç'li Ewang ve İngiliz Brotherson'un ve benzerlerinin DSÖ'nün ilk dönemindeki etkileri özeldir.

** Navarro da, bu kavramı 1960'lı yıllarda "orta sınıf doğal kaynakları kullanan, ekonomiyi geliştiren, böylece sanat, eğitim ve sağlık hizmetleri... için savaşma konusunda sosyal girişimci, teknik ve yönetici yeteneklerinin kaynağıydı ve halen kaynağıdır" saptamasının egemen olduğu bilimsel ortamı tanımlamak için kullanmıştır. McCarthyizm'in tüm alanlarda "entelektüel faşizm" anlamına geldiğini söyleyen Navarro, tıbbi bilgi, kurumlar ve pratiği "sınıfsız" gören, sınıflardan "ari" gören egemen görüşün, kendileri gibi düşünmeyenleri dışlama, yok etme, bilim-dışı ilan etmelerini ve ilan etme yöntemlerini bu kavramla niteliyor.

*** DÜNYA BANKASI SAĞLIK ALANINDA DA "EGEMEN"; BİRKAÇ ANIMSATICI KISA NOT:

Dünya Bankası, öteden beri sağlıkla ilgilenmekte. Yani 1960'lı yılların sonundan itibaren... Ama, sağlık alanında egemen oluşu, 1980'lerde yaygınlaşan "yapısal uyum projeleri"nin sıkıntılarını azaltmak gerekçesi ile başlatılan girişimlerden sonra mümkün oldu. 1980'lerin ikinci yarısından itibaren, Dünya Bankası'nın sağlık alanına "katkı"ları, Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'i aşmaya başladı. Burada, bu savı kanıtlama amaçlı birkaç veriyi paylaşmak istiyoruz.

1. Dünya Bankası, değişik alanlarda "proje" temelli krediler vermekte. Bu kredilerin başlangıcı, 1970'e kadar gitmekte. İlk "şanslı" ülkeler, Jamaika ve Tunus.

2. 1970'ler, henüz, Dünya Bankası-sağlık ilişkilerinin sınırlı olduğu dönemler. Ama kredi sayısı, yine de "fena değil"... Bengladeş, Brezilya, Kolombiya, Dominik

Cumhuriyeti, Mısır, Hindistan, Endonezya, İran, Kenya, Malezya, Filipinler, Tayland 1970'lerde sağlık-beslenme ve nüfus alanlarında kredi alan ülkeler.

3. 1980'lerin ikinci yarısından itibaren, hemen hemen dünyanın tüm az gelişmişleri, daha sonra da (1990 sonrası) eski sosyalist ülkeler bu listeye girmeyi "başardı". Sayı, 87'yi buldu.

4. En çok sayıda sağlık-beslenme-nüfus kredisi alan ülkeler hangileri? Hindistan aldığı 23 proje ile önde. Endonezya 15 kez kredi almış. Brezilya 9, Çin 8 proje ile daha sonra geliyor. Diğerleri; Arjantin, Kenya ve Yemen 6'şar, Nijerya, Pakistan, Filipinler ve Tunus 5'er. Türkiye ise, bu alanda 3 kez kredi almış...

5. Kredilerin tutarı? 1970-97 arasında 12 milyar doları geçiyor. Ama, böyle bir hesaplama yapmak, doların değerinin değişimini hesaba katmadığı için çok sağlıklı olmayabilir. En çok-miktar olarak- kredi alan ülkeler sıralamasında Brezilya ve Hindistan önde. Onları Fas, Pakistan, Filipinler, Türkiye, Venezuela, Nijerya, Rusya Federasyonu, Bengladeş, Meksika, Endonezya, Çin ve Arjantin izliyor. (Tablo 1)

6. Gelelim, son yıllara. 1998-2000 yılları arasında Dünya Bankası, 72 milyar dolar civarında, değişik sektörlerde kredi dağıtmış. 1992-97 yılları arasında, ortalama kredi miktarı 21-22 milyar dolar dolayında. 1992-2000 yılları arasında, Dünya Bankası kredilerinin sektörel dağılımına bakıldığında, şöyle bir tablo çıkmakta;

7. Sağlık-beslenme-nüfus projeler/kredileri, hangi başlıkları taşıyor? Dünya Bankası uzmanlarının son yıllarda yapılan yaklaşık 89 projeyi değerlendirdikleri bir çalışma var. Kendi ifadeleri ile bu projelerin 35'inin sonucu "tatmin edici değil". Sınıflandırma yapması kolay olmayan bu projelerin ana başlıkları şöyle; Halk sağlığı yönetimi (Cezayir, nüfus, aile sağlığı (Bengladeş, Botswana, Komoros, Dominik C., Mısır, Gine Bisau, Hindistan, Endonezya, İran, Jamaika, Kenya, Kore, Lesoto, Malawi, Malezya, Pakistan, Filipinler, Ruanda, Sierra Leone, Sri Lanka; Tayland, Togo, Trinidad Tobago, Tunus, Zimbabwe) Burundi, beslenme (Brezilya, Kolombiya, Gine Bisau, Hindistan, Endonezya) temel sağlık bakımı/hizmetleri, sağlık hizmetleri gelişimi, toplum sağlığı (Brezilya, Burkino Faso, Kolombiya, Gana, Endonezya, Ürdün, Mali, Meksika, Fas, Nijerya, Peru, Yemen, Uganda) ulusal sağlık politikası (Brezilya, Gambia) hastalık kontrolü, sıtma kontrolü, AIDS (Brezilya, Kongo) kırsal sağlık-sağlık eğitimi (Çin, Kenya, Senegal), sosyal sektör (Kongo, El Salvador, Jamaika), sağlık teknolojisi (Kenya), Kamu Hastanesi Modernizasyonu (Kore)...

7. 2000 yılında Dünya Bankası'nın verdiği 15 milyar doları aşan kredilerin 3.3 milyar doları, "insani gelişim" başlığı altında sosyal koruma, eğitim ve sağlık-beslenme-nüfus alanlarına akıtılmış. Sağlık-nüfus-beslenme alanının payına 1 milyar dolarlık bir miktar düşmüş. Örneğin, Çad'a Sağlık Sektörünü Destekleme amaçlı 41.5 milyon dolar, Gana'ya su-sanitasyon amaçlı 25 milyon dolar, Lesoto'ya sağlık sektörü reformu amaçlı 6.5 milyon dolar, Madagaskar'a

Tablo 1-Dünya Bankasının "sağlık, beslenme ve nüfus" konularında proje verdiği ülkeler (1962-97)

Ülke	Sayı	Yıllar	(Milyon dolar)	Ülke	Sayı	Yıllar	(Milyon dolar)
CEZAYİR	1	1991	16	LAOS	1	1995	19.2
ANGOLA	1	1993	19.9	LÜBNAN	1	1995	35.7
ARJANTİN	6	1994-97	691.4	LESOTHO	2	1985-90	15.6
BENGLADEŞ	5	1975-95	364.8	MAKEDONYA	1	1996	16.9
BENİN	2	1989-95	46.4	MADAGASKAR	1	1991	31
BOLİVYA	1	1990	20	MALAWİ	3	1987-91	73.3
BOSNA VE HERSEK	2	1996-97	25	MALEZYA	3	1973-94	72
BOTSWANA	1	1984	11	MALİ	2	1984-91	43.3
BREZİLYA	9	1976-96	1071	MORİTANYA	1	1992	15.7
BULGARİSTAN	1	1996	26	MEKSİKA	2	1991-96	490
BURKİNO FASO	3	1985-94	82.1	FAS	3	1985-96	200.4
BURUNDİ	2	1988-95	35.3	MOZAMBİK	3	1989-96	132
KAMPUÇYA	1	1997	30.4	NEPAL	1	1994	26.7
KAMERUN	1	1995	43	NİKARAGUA	1	1994	15
ÇAD	3	1990-95	52.3	NİJER	3	1986-97	85.4
ŞİLİ	2	1992-93	117	NİJERYA	5	1985-91	278.2
ÇİN	8	1984-96	673.6	UMMAN	1	1987	13.3
KOLOMBİYA	4	1978-93	135.5	PAKİSTAN	5	1983-96	202.8
KONGO	2	1989-91	38.5	PANAMA	1	1995	25
KOSTA RİKA	1	1994	22	PAPUA YENİ GİNE	1	1993	6.9
HİRVATİSTAN	1	1995	40	PARAGUAY	1	1997	21.8
DOMİNİK CUM.	1	1977	5	PERU	2	1983-94	67.5
EKVADOR	1	1993	70	FİLİPİNLER	5	1975-95	223.1
MISIR	4	1974-96	74	POLONYA	1	1992	130
EL SALVADOR	1	1991	26	ROMANYA	1	1992	150
ESTONYA	1	1995	18	RUSYA FED.	2	1996-97	336
ETİYOPYA	1	1988	33	RUANDA	1	1986-91	30.4
GAMBIYA	2	1987-90	12.6	SENEGAL	4	1983-97	83.1
GÜRCİSTAN	1	1996	14	SIERRA LEONE	2	1986-96	25.3
GHANA	2	1986-88	42	SLOVENYA	1	1996	?
GİNE	2	1988-94	35.3	SRI LANKA	2	1988-97	36.3
GİNE-BİSAU	2	1987-93	13	TANZANYA	1	1990	47.6
HAITİ	1	1990	28.2	TAYLAND	1	1978	33.1
HONDURAS	1	1993	25	TOGO	1	1991	14.2
MACARİSTAN	1	1993	91	TUNUS	5	1970-91	88.1
HİNDİSTAN	23	1972-97	2625.2	TÜRKİYE	3	1989-97	239.5
ENDONEZYA	15	1972-97	633.4	UGANDA	4	1988-95	165.5
İRAN	2	1973-93	157.9	URUGUAY	1	1995	15.6
JAMAİKA	4	1970-90	48.8	VENEZUELLA	3	1991-95	248
ÜRDÜN	3	1985-93	43.5	VIETNAM	2	1996	151.2
KENYA	6	1974-95	153.2	YEMEN	6	1983-93	97.2
KORE	3	1980-93	120	ZAMBİYA	1	1995	56
KIRGIZİSTAN	1	1996	18.5	ZİMBABWE	3	1987-93	99.5

sağlık sektörünü destekleme amaçlı 40 milyon dolar, Tanzanya'ya aynı amaçla 22 milyon dolar, Endonezya'ya bölgesel sağlık amaçlı 38 milyon dolar, Solomon adalarına sağlık sektörünü geliştirme amaçlı 4 milyon dolar, Bengladeş'e ulusal beslenme projesi başlığı ile 92 milyon dolar, Hindistan'a aşılama hizmetlerini güçlendirme amacıyla 142.6 milyon dolar Uttar Pradesh eyaletinde sağlık sistemini geliştirme amacıyla 110 milyon dolar, Bulgaristan'a sağlık reformu yapmaları için 63.3 milyon dolar, Hırvatistan'a sağlık sistemi projesi başlığı ile 29 milyon dolar, Litvanya'ya sağlık projesi olarak 21.2 milyon dolar, Romanya'ya sağlık sektöründe reform amaçlı 40 milyon dolar, Slovenya'ya sağlık sektörü yönetimi başlığı ile 9.5 milyon dolar, Tacikistan'a temel sağlık bakımı projesi olarak 5.4 milyon dolar, Arjantin'e Yoksullar için sağlık sigortası amaçlı 4.9 ve hastalık kontrolü ile halk sağlığı izleme projesi olarak 52.5 milyon dolar, Ekvador'a sağlık-beslenme amaçlı 20.2 milyon dolar, Peru'ya sağlık reformu başlığı ile 80 milyon dolar, İran'a temel sağlık

Tablo 2. Dünya Bankası kredilerinin sektörel dağılımı (%) 1992-2000

Sektör	Payı(%)
Ekonomi politika	15.1
Finans	11.6
Ulaşım	11.1
Tarım	9.2
Eğitim	6.8
Sosyal koruma	6.8
Enerji	6.0
Kamu sektörü yönetimi	5.8
Nüfus, sağlık, beslenme	5.3
Su-sanitasyon	3.5
Kentsel gelişim	3.1
Özel sektör gelişimi	2.7
Çevre	2.4
Çoklu sektör	1.4
Petrol-gaz	0.7
Maden	0.6
İletişim	0.5

bakımı ve beslenme amaçlı 87 milyon dolar tutarında kredi açılmış...

Dünya Bankası'nın "tartışmasız" egemenliği sorgulanmıyor bile...

8. 2001 yılında da sağlık kredileri devam etti. Artık,

Tablo 3. Dünya Bankası'nın 2001 yılı sağlık-beslenme nüfus amaçlı kredileri

Ülke	Kredi Nereye Miktar	(Milyon Dolar)
Azerbeycan	Bölgesel temel sağlık-bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi	5,5
Bengladeş	Hiv'in engellenmesi için yüksek riskli grupların eğitimi	52.6
Barbados	Hiv'e ilişkin laboratuvar, ilaç geliştirme, sağlık personeli eğitimi, sürveyans sistemi oluşturma, vb.	23.6
Bolivya	Bebek ölüm hızının azaltılması amacıyla (binde 67'den 48'e) temel sağlık "sigortası"nı güçlendirmek, aşıların temini, doğum öncesi-sonrası bakımın sunulması	70
Kamerun	Hiv'e karşı toplumsal tepkinin güçlendirilmesi	60
Dominik C.	Hiv'e karşı laboratuvar, ilaç, eğitim geliştirme...	30
Doğu Timor	Sağlık sisteminin finansal olarak "sürdürülebilirliği"nin sağlanması, geliştirilmesi, vb.	21.4
Eritre	Hiv, sıtma, cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar, tüberküloz gibi hastalıkların önlenmesi + çocuk sağlığı	50 + 49
Etiyopya	Hiv'e karşı mücadele	63.4
Gambia	Hiv'e karşı mücadele	16.2
Gana	Hiv'e karşı mücadele	27.8
Hindistan	Ulusal cüzzamla mücadele programı	42.2
Endonezya	Sağlık hizmetlerinin "desantralizasyonu" ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın "yeni rolü"nü oluşturulması	895.8
Kenya	Ulusal Hiv Stratejik Planı + hiv konusunda duyalılık geliştirme, sağlık hizmetlerinin "desantralize" edilmesi...	52.4 + 117.3
Kırgız C.	Sağlık hizmetlerine ulaşım, kalite, temel sağlık bakım merkezlerinin -özellikle kırsal yörelerde- yaygınlaşması, personel eğitimi, vb.	19.5
Meksika	Kırsal ve kentsel yörelerde sağlık bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması	581.2
Moldova	Sağlık sektörünün kalite ve etkinliğinin artırılması, hiv ve tüberküloz "yönetimi"	20
Ruanda	1994 katliamında sonra geri dönen yaklaşık 326 bin göçmen için sağlık bakım sisteminin güçlendirilmesi	7.4
Samoa	Sağlık sektörü "reformu"	6.1
Uganda	Hiv'le mücadele, özellikle toplumsal katılımın sağlanması	50
Venezuela	Sağlık bakım hizmetlerinin, özellikle yoksul insanlar için sağlanması, hiv mücadelesi, vb	60.3

Kaynak: www.worldbank.org