

# ORTA AFRİKA'DA SAĞLIK SORUNLARI VE KALKINMA YARDIMLARI: KONGO DEMOKRATİK CUMHURİYETİ ÖRNEĞİ

*Yazan*  
**Joël IPARA MOTEMA**

---

## **Giriş**

21. yüzyılda Afrika kaynamaktadır. Bağımsızlık döneminden itibaren bu kıtayı sarsan çok biçimli kriz, herkes tarafından zaten bilinmektedir. Yer yer Orta Afrika ülkelerinin büyük bir bölümünde varolan farklı dinamiklerden, siyasi, ekonomik ve toplumsal ve sağlıksal kötüleşmeden bahsedilir ve bununla ilgili olarak üzüntü duyulduğu söylenir. Günümüzde Büyük Göller krizi, insanlığa karşı ciddi suçlar meydana getirerek, Afrika kıtasında özellik kazanmış, bu suçlar toplumların günlük yaşamlarını fazlasıyla etkilemiş ve özel sektörün yatırım şanslarını ciddi anlamda kısımıştır.

Sıtma, çocuk felci, uyku hastalığı (trypanosomiase), isala bağlı hastalıklar, kolera, verem gibi hastalıklar birkaç Afrika topluluğunda ciddi boyutlarda zararlara neden olmuştur. Bu patolojiler sağlığa karşı bir tehdit oluşturduğu gibi Orta Afrika'nın kalkınmasına da engel olmaktadır. Bu yüke bir de HIV/AIDS eklenmiştir; bu hastalığın sonucu sürdürülebilir kalkınma elde edebilmek ve kalkınma için binyılın hedeflerine ulaşmak (WHO) için yapılan bütün gayretleri riske atabilir. Bu bulaşıcı hastalıklar toplulukların sağlığını tehlikeye attığı gibi dünyada ve Afrika'da vuku bulan ölümlerin üçte biri bunlardan kaynaklanmaktadır.

Buradaki bildirimiz şu soruya cevap vermeyi dilemektedir: kalkınma amaçlı yardımın yeri Orta Afrika'da sağlık sorunlarının çözümünün neresindedir? Kongo Demokratik Cumhuriyeti, yukarıda tasvir ettiğimiz durum için örnek teşkil edecektir. Bu soru iyice düşünülmeyi ve uygulamalı bir yönelim sunabilmek için sağlık uzmanları, sosyologlar ve antropologların ortak bir bakışını gerektiren bir sorudur. Buna ulaşmak için ilk önce Afrika'da ve özellikle Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde sağlık durumunun kötüleşmesinin nedenlerini incelemenin daha faydalı olacağı kanaatindeyiz.

## **Orta Afrika'da ve Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde Sağlık Durumunun Kötüleşmesi**

İlk önce genel olarak Afrika'nın bilimsel denilen modern tıbbın uygulamasını temel alan eski metropollerinin sağlık sistemini miras aldığını burada belirtelim. 1985'de Lapika Dinomfu "bu tıbbın sembolü olarak modern hastane, günümüzde, savananın ve Afrika ormanının ortasında, başka bir yere aitmiş gibi görünüp, sömürge projesinin Afrika topraklarına uyarlamak istediği bir medeniyetin kalıntısı olarak yükselmektedir" demiştir.

Bu tıp sisteminin söz konusu topraklara yerleşmesi, sömürge döneminde özellik dış katkıların mekanizmaları sayesinde gözle görünür bir gelişme sergilemiştir: ithal edilmiş batılı bir tıbbın maliyetini karşılayacak güçte bir sağlık sisteminin yönetimini sağlayan güçlü bir ekonomi. Böylece o dönemlerde sağlık sistemi Afrika'da az çok düzgün bir şekilde işlemiş ve yalnızca kolayca aşılabilir birkaç sorunla karşılaşmıştı. Fakat 1960'lı yıllarda ülkelerin birçoğu bağımsızlıklarına ulaşırken batı tarzı sağlık sistemi varlığını sürdürmüştür; fakat onu ayakta tutan dış katkılar zamanla azalmış ve bu nedenle toplumun büyük bir kesiminin başvuramayacağı bir hastane alanı yaratmıştır.

Orta Afrika’da toplumun sağlık durumunun kötüleşmesi, Afrika  lkelerinin 1980’li yıllardan beri tanık oldukları siyasi-askeri ve ekonomik krizlere büyük ölçüde bağlı olan sağlık sisteminin sapsmasıyla ve uygun olmayan yapısal ayarlama önlemleriyle (PAS) açıklanmaktadır. Bu  nlemler, sağlık sorunlarına pratik çözümler getireceği yerde sağlık sektöründe var olan mevcut sorunları da şiddetlendirmiştir.

Afrika devletlerinin toplumsal masrafları, sağlık sektöründe büyük yankılar doğuran belirgin bir çöküşe tanık olmuşlardır. Birçok tıbbi altyapı hızlı bir bozulmaya maruz kalmıştır; bu da sağlık sektöründe başka ülkelerde daha iyi yaşam olanakları arayan bir beyin göçüne neden olmuştur.

Buna bir de Orta Afrika’nın eko sisteminin bozulması ve büyük g ller bölgesinde çevrenin fakirleşmesi ( zellikle suların kirlenmesi, ormanların kesilmesi, vs.) eklenmiştir; bütün bunların da toplulukların sağlık durumları üzerinde olumsuz etkileri olmuştur. Hatta dünya ölçeğinde sürdürülebilir kalkınma için binyılın hedeflerinin (OMD) ve WEHAB (su, enerji, sağlık, tarım ve biyo-çeşitlilik üzerine girişim) alışma grubunun önceliklerinin yer aldığı birkaç girişim, toplumun sağlığını yükseltmek için geleceği ipotek altına almadan doğal kaynakların akıllı yönetimini uygulamaya çalışmaktadır. (UNESCO, 2005)

Günümüzde evre işletme koşullarını iyileştirmedike, hastasız ve hastalısız bir dünyada sağlıklı yaşamanın düşünülmesi mümkün değildir. Özellikle insan sağlığının, ekosistemin sağlığına bağlı olduğunu hatırladığımızda bu daha da açık bir biçimde ortaya çıkmaktadır. Sosyal bilimlerde ve sağlık alanlarında araştırmacılar, şimdiden CRDI (Uluslararası Kalkınma Araştırma Merkezi) düzeyinde bu soruyu ele almaktadırlar. Bu araştırmacıların çalışmaları göstermiştir ki, “evrenin bozulmasının” kökeninde insanın davranışı bulunmaktadır (Lebel, 2003). Ekosistemlerin sağlığıyla onun içinde ikamet eden insanların sağlığının barışması, yeni bir araştırma erevesi gerektirmektedir; bu ereve ise hem bilim adamlarını, hem topluluğun üyelerini, hem geleneksel otoritelerin temsilcilerini, hem de ilgili grupları bir araya toplamalıdır.

Bu da, bizleri kamu sağlığı sorununa çözüm olasılıklarını azami hale getirmek için toplumun m dahillerinin geniş bir katılımına başvurmaya davet etmektedir. Bu şekilde yoksulluğu azaltmak ve sürdürülebilir kalkınmaya doğru ilerlemek için toplumların ve çevrelerinin sağlığını iyileştirebilecek durumda olabileceğiz. Bu yönde hiçbir çaba sarf edilmezse, bunun sonuçları hesaplanamayacak kadar büyük olacaktır.

Gelişmekte olan ülkelerde çoğunluğu ocuk olan iki milyondan fazla kişi, her yıl içilebilir su yokluğundan, tatmin edici sağlık kurumlarının yetersizliğinden kaynaklanan hastalıklardan ve suyun taşıdığı sarılıktan ölmektedir. Sıtma, kolera ve tifo gibi bulaşıcı hastalıklar su kaynaklarının kirlenmesine ve sağlık kurumlarının eksikliğine sıkı sıkıya bağlıdır. Her yıl bir milyondan fazla kişi sıtmadan ölmektedir; bunların %90’ı Afrika’nın Sahra altı bölgesinde bulunmaktadır. Ölüm daha çok çocukları vurmaktadır; OMS’nin (Dünya Sağlık  rg t ) 2003 tarihli raporuna göre her gün 300’den fazla Afrikalı ocuk ölmektedir.

Fark edildiği gibi sıtmanın baskın olması sulama, ormansızlaştırma ve tarlalaştırma gibi insan faktörlerine sıkı sıkıya bağlıdır. Orta Afrika’nın alt bölgesinde olduğu gibi bu sorunların artık kanıtlanmasına gerek kalmamıştır. 2000 yılında Birleşmiş Milletler  rg t n n (BM) merkezi New York’ta Binyıl Zirvesi dolayısıyla toplanan devlet ve hükümet başkanları, “Binyıl” ilanını kabul etmiş ve “temel değer olarak doğaya dokunulmamasına” desteklerini yinelemişlerdir.

Bu iyi niyet ilanlarına rağmen, 2002 yılında Johannesburg’da yapılan Dünya Sürdürülebilir Kalkınma Zirvesi’ndeki katılımcıların yaptıkları gözlemlere göre 24 milyon insan uygun sağlık ve temizleme sistemine hala ulaşmış değildir. Bu zirvenin bakışına göre atıklar, kirlenme ve kötü hijyen koşulları Afrika’nın sayısız ailesinin sağlık ve fakirlik sorunlarının arasında yer almaktadır. Biraz önce tasvir ettiğimiz sağlık ve sosyal durumun kötüleşmesinin genişliği hem sağlığa bağlı altyapılar bakımından hem de kıtanın kalkınması bakımından son derece kaygı vericidir. En azından bunlar artık kaçınılmaz bir sorunsallık haline gelmiştir.

Sonuç olarak şunları gözlemlemekteyiz:

- Modern tıbbın maliyetinin giderek yükselmesinden dolayı topluluklar tarafından ulaşılamaz olması;
- Sağlık yapılarının kötüleşmesinden kaynaklanan temel tıbbî hizmetlerin yokluğu;
- Özel sağlık merkezlerinin ve ofislerinin çoğalması;
- Orta Afrika’da halkın büyük bir kısmı için sağlık sisteminin krizine alternatif olarak geleneksel tıbbın kullanılması;
- Eskiden ortadan kaldırılmış olan asalaksal ve iltihaplı patolojilerin tekrar ortaya çıkması (çocuk felci, sarıhumma, tüberküloz, AİDS, vs.)

1960’tan 1970’e kadar geleneksel tıp yalnızca Afrika’nın kırsal kesimlerinde varlığını sürdürebilmiş olsa da, günümüzdeki sağlık sisteminin krizleri bu tıbbî, varlığı şu an tartışılmaz olan kentsel bölgelere kadar yerleşmeye götürmüştür.

2003’te Dünya Sağlık Örgütü (OMS) Sekreterya’sının raporu şunu bildirmektedir: “Gana’da, Mali’de, Nijerya’da ve Zambiya’da faydalı bitkiler yüksek ateşli çocuklara yapılan ilk müdahalenin %60’ını oluşturmaktadır. Afrika’da ve Kuzey Amerika’da yapılan araştırmalar, AİDS’li olan kişilerin %75’inin tamamen ya da başka tıbbî uygulamaların yanı sıra geleneksel tıba başvurduklarını göstermektedir.”\* Geleneksel tıba olan ilgi, Afrika’nın kentsel kesimlerde son yıllarda artmıştır.

Bu gerçeğin farkında olan DSÖ’nün stratejisi 2002’den beri üye devletlerin hükümetlerine şunu şart koşmuştur: “Geleneksel tıbbın önemli yönlerini, geleneksel tıp alanında ulusal politikalar ortaya koyarak ve programlar uygulayarak ulusal sağlık sistemlerine dâhil etmek; geleneksel tıbbın akli kullanımını geliştirmek”.<sup>1</sup>

Bunun dışında Afrika Birliği (UA), 1978’de temel sağlık hizmetleri konusunda Alma Ata bildirgesinden bu yana, 1980’de Afrika’da sağlığın gelişmesi şartı, 1987’de temel ilaçlarla ilgili Bamako girişimi, 2001’de ulusal sağlık sistemlerinde geleneksel tıbbın rolünün geliştirilmesiyle ilgili bölgesel strateji (Kongo Demokratik Cumhuriyeti bu stratejiye katılmıştır) ve yakın bir tarihte her Afrika ülkesinin, kendi ulusal sağlık sisteminde geleneksel tıbbî dâhil etmesi için mücadele eden devlet ve OUA hükümet başkanlarının 2001–2010 yıllarıyla ilgili yakın zamandaki bildirimleri.

<sup>1</sup> Afrika geleneksel Tıp : Aids/VİH enfeksiyonuna karşı önlemlere katkı, AMS/Afrika Bölge Müdürünün 31 Ağustos 2005 tarihinde yaptığı bildiri.

Bu türden bölgesel siyasi anlaşmaları somutlaştırmak için Kongo Demokratik Cumhuriyeti 2002 yılından itibaren geleneksel tıbbın ve faydalı bitkilerin bir ulusal yaygınlaşma programını meydana getirmiş ve geleneksel tıbbın kurumsallaşması için gerekli belgeleri oluşturmuştur (geleneksel tıpla ilgili politika, tüzüksel çerçeve, deontoloji ve geleneksel pratisyen mesleğinin uygulama kodu). Durumun ciddiyetini ortaya koymak için Sahra altı Afrika'sını ve özellikle Kongo-Kinşasa'yı kırıp geçiren birkaç vakayı belirledik.

### **Orta Afrika'daki Sağlık Sorunları**

Baskın ve aniden ortaya çıkması açısından söz konusu hastalıklar fazla sayıdadır. Bu konuda şu hastalıkları sayabiliriz: İleri solunum yolları enfeksiyonu (I.R.A.), ishaller, kolera, sıtma, beslenme bozukluğu, aşıyla önlenemez hastalıklar (kızamık,...) Orta Afrika'da sağlığı tehdit eden felaketlerden yalnızca bazılarıdır. Gerçekten de Dünya Tarım Örgütü'ne göre (2005), çocuk ölümlerinin %70'inin beş temel nedeni vardır: ishalleri hastalık, üst solunum yollarının ileri enfeksiyonu, beslenme bozukluğu, sıtma ve kızamık.

Bu veriler, Afrikalı çocukların çoğu zaman bu hastalıklara yakalandıklarını göstermektedir. Bu hastalıklardan yalnızca birini iyileştirmek, onları ölümcül neticeler doğurabilecek gizli hastalıklardan korumak için yeterli değildir. AIDS/HIV'e gelince bu hastalığın topluluk üzerindeki etkisi çok ciddi boyuttadır; bununla beraber bu salgın hastalığın mücadele önlemlerini somut eylemler takip etmediği takdirde son 40 yılın kalkınmasını yok edeceği açıktır. Bu da hükümetler, Sivil Toplum Örgütleri (STK) ve Uluslararası Topluluk için çok büyük bir sorundur.

Bu hastalıklar basit bir sağlık sorunu olmaktan çıkıp sürdürülebilir kalkınmanın büyük bir sorunu haline gelmiştir. Oranların dengeye varmış gibi görünse de bu izlenimi yaratan AIDS'ten kaynaklanan ölümlerin çoğalmasında ve yeni enfeksiyonların aralıksız yükselmesidir.

Sahra altı Afrika bünyesinde dünya nüfusunun yalnızca %10'unu barındırmaktadır, fakat burada yaşayan insanların üçte ikisi HIV virüsü taşımaktadırlar. 2004'te bu bölgedeki yeni enfeksiyonların sayısının 3,2 milyon olduğu varsayılmaktadır; genç kadınlar ve kızlar özellikle risk altındadırlar ve bu bölgede HIV/AIDS'le yaşayan gençlerin %75'ini teşkil etmektedirler. Gidişat tersine dönmedikçe binyılın kalkınma hedeflerinin gerçekleşmesi tehlikeye atılmış olacaktır.

Bu rakam ne kadar endişe verici olsa da AIDS, Afrika'da tabu konusudur. Dışlanma, ayrımcılık korkusu öylesine yüksektir ki, 10 kişiden yalnızca 1 kişi seropozitif oluşundan haberdardır. Sahra'nın güneyinde Afrikalı halkın geliri yılda 600 dolardan daha düşüktür ve bazı ülkelerde insanlar günde 1 dolardan daha az parayla yaşamlarını sürdürmektedirler. Bu da antiretroviral tedavilere başvurma imkânını vermemektedir. Sağlık politikalarının amaçlarını gerçekleştirmek için gerekli olanaklara sahip olmadıkları ve AIDS'e karşı mücadelede geleneksel pratisyenler, uyanış denilen kiliselerin papazlarını, sosyal çalışanları, özel şirketler gibi yerel partnerleri dâhil edemediği ölçüde hastalığın büyük zararlar vermeye devam edeceği aşikardır.

İnsan ve hayvan topluluklarının yükselen hareketliliğiyle sağlık sorunlarının ve hastalıkların göz önünde bulundurulması, ele alınacak tartışmaların ve eylemlerin holistik<sup>2</sup> bir açıdan konumlandırılmasını gerektirir. Topluluklar, ekolojik çevre ve hastalık vektörleri

<sup>2</sup> Holistik : bilimsel bir önermenin her zaman içinde bulunduğu çevreye göre değerlendirilmesi gerektiğini ileri süren epistemolojik teoriye dair.

arasındaki bu ilişkinin ortaya çıkarılması Marbourg salgınının ve Ebola ateşinin ortaya çıkışıyla artık kanıtlanmasına gerek olmayan bir gerçektir.

1933’de coğrafyacı Max Sorre bunu “patojen karmaşa” terimiyle doğru tasvir etmiş, daha sonraki uzmanlar da bu terimi epidemiyolojik manzara ve patosenoz (Fleuret ve Sechet, 2004) gibi kavramlarla genişletmişlerdir. Daha ziyade Orta Afrika söz konusu olduğu için bu kavramlar savaşlarla, toplum göçleriyle, çevre kötüleşmeleriyle tekrar gündeme gelmiştir. Sağlık sorunları, bizleri hastalığı eko-sağlık görüşü dâhilinde kavramaya davet etmektedir. Burada insan yaşamının bütün boyutlarıyla (suların kalitesi, yaşam, çalışma çerçevesi, zararlı şeyler, atıklar, toplumsal karışıklıklar, vs.) ilintili geniş bir araştırma alanı söz konusudur.

### **Sağlık ve Kalkınmaya Destek: Kongo Demokratik Cumhuriyeti Deneyimi**

Sağlık sorunları Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nin kalkınma gayelerinin merkezinde yer alır. Yerleşik hastalıkların büyük bir kısmının mevcut olduğu bir bağlamda sağlık göstergeleri dünyanın en düşükleri arasında yer almakta ve binyıl için kalkınma hedeflerine ulaşılması açısından kat edilecek mesafe oldukça uzundur (ODM).

Bununla beraber 2004’te Geçiş ve Atılım için Asgari Ortaklık Programı’nın (PMPTR) gözlemlerine göre “bağımsızlığı takip eden ilk yıllarda Kongo devletinin, Uluslararası Topluluğun ve Sivil Toplum Örgütlerinin (özellikle dinsel örgütlerin) danışıklı çabaları ölüm ve hastalık oranında ciddi bir gerileme sağlamıştı”.

Böylece 1960 ile 1980 yılları arasında aşı kampanyaları çok iyi yürütüldüğü dönemde küçük yaştaki çocukların ölümünde %40 kadar bir düşüş ve büyük yaştaki çocukların ölümünde de üçte birlik oranında bir azalma kaydetmiştir.

Bu dönemde Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde kamu sağlığı sektörü, finansman arayışı düzleminde olduğu kadar kurumsal düzleminde de yetkinlik ve yenilikçi ünvanını geliştirmiştir. Bu performanslar 1980’li yıllarda yıpranmıştır (yapısal ayarlama politikasına geçildiği yıl).

Bu dönemde sağlık sisteminin finansmanı halkın (masrafların yaklaşık %60’ını üstlenmekteydi) ve sermaye sahiplerinin katkılarına dayanmaya başlamıştı.

Fakirliği önlemek için toplumsal-sağlık düzleminde yapısal ayarlama programının vaatleri halkta boş umutlar doğurmuştur. Eylül 1978’de “2000 yılından önce uygun sağlık ve sosyal ödemeler sağlayarak bütün dünya halklarının sağlığını korumak ve daha iyiye götürülmesinin, bütün canlılara aynı şansları ve sağlık yapılarına ulaşma olanaklarını sağlamanın gerekliliğini vurgulayan” Alma Ata Uluslararası Konferansı’nın edinimleri kayda değer bir başarı sergilememiştir.

Kongo Demokratik Cumhuriyeti, sağlık bölgeleri oluşturarak köy düzeyine kadar temel sağlık hizmetleri idaresini merkezi olmaktan çıkarmayı başaran Afrika ülkelerinden biridir. Sağlık “bölgesi”<sup>3</sup> kavramı, Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde sağlık hizmetleri idaresi açısından kamu kurumlarıyla özel kurumlar arasındaki işbirliği kavramına iyi bir örnektir. Günümüzde bu sağlık alanlarının büyük bir kısmı sivil toplum yapıları tarafından idare edilmektedir ve bu alanda özel sektör bazen aktif bir rol oynamıştır.

<sup>3</sup> Sağlık bölgesi Kongo için sağlık düzenlemesi ve planlaması için işlevsel ve temel bir düzeyi oluşturur. Bir sağlık alanı, kırsal kesimde 50.000 ile 100.000 kişi ve kentsel kesimde 100.000 ile 250.000 kişi arasında bir nüfus barındıran sınırla belirli coğrafik bir alandır.

Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nin bağımsızlığına ulaştığı 1960'dan 1965 yılına kadar ülke, birkaç başkaldırının varlığından dolayı siyasi bir istikrarsızlık dönemine tanık olmuştur. 1965'den 1990'a kadar Kongo, sosyal-ekonomik durumun yavaş, ilerlemeci ve derin bir kötüleşme bağlamıyla sınırlı noktasal silahlı çatışmaların tehdit ettiği kısmi bir istikrar gibi birkaç aşamadan geçmiştir. Bu durum Kongo Demokratik Cumhuriyeti'yle ortakları arasındaki ikili işbirliklerinin atılım kazanmasında faydalı olmamıştır. Bu andan itibaren ülkenin toplumsal, ekonomik ve sağlık göstergelerinde derin bir yavaşlamaya neden olan birbirini izleyen krizler meydana gelmiştir.

Ekonomik düzlemde yukarıda bahsi geçen Geçiş ve Atılım için Asgari Ortaklık Programı'nın (PMPTR) uzmanlarının verdikleri rapora göre Kongo Demokratik Cumhuriyeti, kişi başı ve yıllık 110 dolarlık bir gayri safi yurtiçi hâsılası (GSYH) ile dünyanın en fakir ülkelerinden biridir.

Bu genel durum, Bandundu ve Doğu illerinde 32 dolar, Aşağı Kongo ve Katanga illerinde 138 dolar ile Kinşasa'da 323 dolar arasında değişen bölgeler arasında bir eşitsizliği gizlemektedir. 1999'da İnsanî Kalkınma İndeksi 0,429'du, bu rakam hem Sahra altı Afrika'nın ortalamasının (0,467) ve en az gelişmiş ülkelerin ortalamasının (0,442) altındadır.

2001'de Kongo Merkez Bankası'nın göz önünde bulundurduğu 162 ülke arasında Kongo 142. sırada yer almaktadır. Bu kötü ekonomik gösterge, Kongo'nun yüksek potansiyelde olan insan ve çok zengin olan doğal kaynaklarının bolluğuyla tezat teşkil etmektedir. Bu durumda Bretton Woods kurumlarıyla (İMF ve Dünya Bankası) müzakereler, 2002–2004 dönemini kuşatan Yeniden Yapılandırma ve Rehabilitasyon Çok Sektörlü Program çerçevesinde devam etmektedir.

Bunun dışında Kongo hükümeti genel hedefleri aşağıda verilen kalkınma vizyonunu yansıtan ulusal kalkınma planına sahiptir:

- Ekonomik etkinliğin kötüleşmesini durdurmak ve atılım kazanması için gerekli koşulları bir araya toplamak amacıyla siyasi, ekonomik, finans ve toplumsal çevreyi dengelemek;
- Fakirliğin azalmasına katkıda bulunmak için kalkınma eylemlerine girişmek amacıyla bu dengeyi uzun süre korumak.

Sağlık profili düzleminde Kongo sağlık sektörü, derin bir krizden geçmektedir. 1990'lı yılların başlarında sıkıntılı olan durum, 1996'dan itibaren çatışmaların yeniden başlamasıyla daha da kötüleşmiştir.

Fakirlik, içilebilir suya ulaşım, okuma yazma oranı ve demografik ağırlık gibi sağlığın temel belirleyici unsurlarını incelediğimizde DSÖ/OMS'nin 1980 ile 1997 yılları arasında takip ettiği ve 1998 yılında durum tespiti esnasında alınan göstergelerin büyük bir çoğunluğunun sağlık sisteminin tedrici olarak yıkılışını ve halkın sağlık durumunun kötüleştiğini görmekteyiz.

Günümüzde bu durum özellikle savaştan dolayı sürekli daha da ciddi boyutlara varmaktadır. Nüfusun dörtte üçü kaliteli sağlık hizmetleri alamamakta ve sağlık alanlarının yarısından çoğu (ülkede bulunan 306 sağlık alanı üzerinden 170 tanesi) hiçbir yapısal destek alamamaktadır. En zayıf grupların sağlık durumu kırsal kesimde olduğu gibi kentsel kesimde de kaygı vericidir. Sınır Tanımayan Doktorların (MSF) yakın zamanda gerçekleştirilen araştırmalar, Kongo Demokratik Cumhuriyetinin epidemiyolojik profilini çizmektedir.

Bu bölgede beslenme bozukluğundan, asayiş yokluğundan ve ekonomik istikrarsızlıklardan dolayı zayıf düşmüş halklar üzerinde olumsuz etkileri olan enfeksiyonlu ve parazitli patolojiler baskındır. Daha önceden denetim altına alınabilmiş hastalıkların hortlaması gözlemlenmiştir: Günümüzde 150.000 hasta kişiyle trypanosomiasis (Afrika uyku hastalığı), 2001'de 41 ölümlü sonuçlanan 425 vaka ile veba, 7 milyon kişiyi etkileyen onchocerciasis (nehir körlüğü) ve ülkenin geneli için 1/10 000'den fazla bir rakamla cüzam ön sıraları almaktadır.

Aşı gibi önleyici tedbirler çoğu zaman iyi anlaşılmamıştır, bu da kızamık, çocuk felci ve boğmaca gibi bulaşıcı hastalıkların ani yayılmasını açıklamaktadır. Ebola (Kikwit) ve Marbourg (Watsa) virüslü hemorajik ateş, Monkey pox (bir tür çiçek hastalığı) (Sankuru, Ekvator, Bandundu, Batı Kasai) gibi ortaya çıkan hastalıklar, koleranın, basilli dizanterinin, serebrospinal menenjitin ve sıtmanın eklendiği yerel salgın hastalıklarda bir patlama gözlemlenmektedir. Bu hastalıklar Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde vuku bulan ölümlerin başlıca sebepleridir.

Temel sayrılık ve ölüm nedenleri arasında şunlar belirlenmiştir:

- Özellikle çocuklarda yüksek oranda ölüme neden olan (ölümlerin % 25-30'u) ve ilaçlara yüksek bir direnç gösteren sıtma;
- Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde savaşlardan dolayı beslenme bozukluğu bütün bölgelerde her zaman mevcuttur;
- HIV/AIDS: Aids ensidansında ciddi yükselmelerle neticelenen (mülteci ve göç etmiş) toplulukların hareketi, askeri grupların yer değiştirmesi, bilgilendirme yokluğu, temel önleyici araçlara ulaşamama, denetimsiz kan aktarımı gibi birçok etken AIDS'in ortaya çıkışına elverişli bir zemin hazırlamaktadır (günde 70 yeni vaka ve PNLs 2005'e göre de ülkede 3 milyon kişi bu hastalığa yakalanmıştır);
- Temel sağlık hizmetlerinin kuşatıcılığının zayıf olmasından dolayı tüberküloz konusunda Kongo Demokratik Cumhuriyeti Afrika'da 4. sırada ve dünya ölçeğinde hastalığın %80 ağırlığını taşıyan 22 ülke arasında 11. sırada yer almaktadır;
- 2005'te Afrika İnsan Trypanosomiasisine karşı Ulusal Mücadele Programı'nın (PNLTHA) tahminlerine göre Afrika uyku hastalığı hastalık kaynaklarında yaşayan 12,5 milyon insandan 20.000 yeni hastanın varlığı tespit edilmiştir.

Listenin ayrıntılı olmadığını farkındayız. Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nin sağlık durumu, sivil toplum örgütlerinin sundukları kalkınmaya destekleri gibi dış katkılara büyük ölçüde bağlıdır. Bu nedenle de sağlık finansmanında devlet, sahada etkin değilken, devletsel olmayan ortakların belirgin varlığı sağlık sektörüne katkıda bulunmaktadır.

Toplumun üstlendiği sağlık hizmet maliyeti, fakir halkı tıbbi hizmetlerden yoksun bırakarak endişe verici bir şekilde yükselmiştir. Tıp personelinin ek ödeme taleplerine sıkça rastlanmaktadır ve ödeme yapamayan hastalar, aldıkları hizmetin bedelini ödeyene kadar değerli malları ipotek altına alınmasıyla ya da çoğu zaman zorla hastanede tutulmakla yüz yüze kalırlar.

Özel bakım sistemi Kongo cüzdanları için çoğu zaman ulaşılamaz miktarlardadır. Bu son yıllarda sektördeki durumun iyileştirilmesi için hükümetin 1999'da yaptığı genel kuruldan beri belli sayıda eylemler gerçekleştirilmiştir.

Bu da, hasta bakıcı ve tıp personelinin tedrici olarak maaş ödemelerinin yeniden yapılmaya başlanmasını, kamu finanslarının istikrara kavuşmasını, sağlık alanlarına destek veren sivil toplum örgütleri aktörleriyle işbirliğinin güçlendirilmesini gerektirir.

### **Türkiye'nin Kalkınmasına Destek: Kongo Demokratik Cumhuriyeti için ne tür bir fırsattır?**

Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde sağlık finansmanı konusunda devletin sahada zayıf bir etkililiği sahip olmasından ve özel ortaklardan olağanüstü bir yardım alınmasından dolayı sağlık sektöründe yatırım fırsatları yaratmak için ikinci uluslararası "Türkiye-Sahra altı Afrika" konulu 2. Uluslararası Türk-Afrika Kongresi'ni düzenleyerek yön tayin eden Türkiye gibi dış ortaklara daha çok açılmak gerektiği kanısındayız.

Böyle bir ortak, Kongo Demokratik Cumhuriyeti'ne şu imkânları sağlayacaktır:

- Ulusal programlarını şekillendirerek kurumsal olanakları, parazitli ve enfeksiyonlu hastalıklara karşı mücadeleyi, laboratuvarları, araştırma merkezlerini, üniversiteleri ve sahada eylem kapasitesini en yüksek noktasına ulaştırmak için sağlık alanlarını kuvvetlendirmek;
- Varolan hastane ve sağlık altyapılarını tekrar kullanıma sokmak, ardından yenilerin inşa edilebileceği yerleri incelemek;
- Günlük işlerinde verimli olabilmeleri için medikal, paramedikal ve bilimsel personelin düzeyini ayarlamak.

Böyle bir eylem, devlet özel sektörleriyle ve sivil toplum örgütleriyle yapısal bir işbirliğine finansman yönünden katılırsa ancak somut neticeler elde edebilir. Bu şekilde Kongo devleti sürdürülebilir kalkınma yolunda ilerleyebilmek, savaş ve karışıklık dönemlerinin neden olduğu gecikmeleri kapatmak için sağlık sistemini canlandırmayı başarabilir.

### **BİBLİYOGRAFYA**

- Kongo Merkez Bankası (2001), Histoire de la situation macro-économique et perspective d'avenir (Makroekonomik durumun tarihi ve gelecek), Haziran, Kinshasa.
- CRDI (1988) « la recherche participative au CRDI » (CRDI'ye katılımcı araştırma) Multigr Çalışma Grubunun Dokümanı, s.63.
- Erick Vidjin' A, (2005), Formation d'auto-perfectionnement des guérisons, pour leur meilleure implication dans les défis sanitaires liées au développement « METHODE FAPEG » Ed. Metraf ISSN-0851-3430, s.10.
- Fleuret S., Sechet R. (2004), Sağlıkın sosyal coğrafyası ve sosyal boyutları, ESO kolokyumu metni (Géographie sociale et dimensions sociales de la santé), Paris.
- Lebel J., (1963), La santé : une approche écosystémique (Sağlık : ekosistemik bir yaklaşım). CRDI 2003.
- LAPIKA D., (1983), Pour une médecine d'éco-développementale au Zaïre (Zaire'de eko-kalkınma tıbbı için), Sosyolojide doktora tezi, Louvain Katolik Üniversitesi, Belçika.
- MSF (2001), Acces to heath and violence in DRC, results of five epidemiological surveys, december.
- DSÖ (2003), Su hakkı, Cenevre.
- DSÖ (2003), Afrika Malaria Raporu, Cenevre.



- Olivier de SARDAN J.P. (1998), Anthropologie et Développement. Essai en Socio-Anthropologie du changement social. Paris, Karthala, s.221.
- KDC'nde Geçiş ve Atılım için Asgari Ortaklık Programı (P.M.P.T.R.), B.M, PNUD, MONUC, Kasım 2004, s.131-137.
- PNUD (2000), Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde İnsan Kalkınma raporu, s.224.
- UNESCO (2005), Eğitim konusunda küresel girişimler arasında bağlar, Teknik Dosya n°1.
- UNESCO (1995), Yaratıcı Çeşitlilikimiz, Kültür ve Kalkınma üzerine Dünya Komisyonu'nun raporu, Paris.