

BİR “HERKESE SAĞLIK” VE SOSYAL DÖNÜŞÜM MODELİ: BARRIO ADENTRO

İnci ÖZGÜR-İLHAN*, Zelal Deniz DEMİR**

Özet: Seksenli ve doksanlı yıllar, tüm dünyada örneklerine rastlanabileceği gibi, Venezuela’da da halk sağlığı açısından edinilen kazanımların gerilediği bir dönemi oluşturmaktadır. Bolivarçı Venezuela Cumhuriyeti olarak yeni iktidar ile yeni bir döneme giren Venezuela’da değişimin yaşandığı temel alanlardan biri sağlıktır. Yeni anayasa ile sağlığın temel bir hak olduğu ve devletin bunu garantilemekle görevli olduğu kabul edilir. Sağlıkta ağırlık tedavi edici hizmetlerden, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine yönelik koruyucu bir yaklaşıma kaydırılır. Kübalı sağlıkçıların öncülüğünde yeni sağlık anlayışı uygulamaya geçirilir ve kısa sürede tüm ülkeye yayılır. Sağlıkta dönüşüme toplum katılımının önü açılır ve sağlık komiteleri aracılığıyla halk karar alma mekanizmaları içinde yer almaya başlar. “Misión Barrio Adentro” (MBA) olarak adlandırılan yeni sağlık sisteminin birinci basamağını oluşturan halk sağlığı merkezlerini daha kapsamlı tedavi ve tanı merkezlerini kapsayan ikinci basamak kurumların, üçüncü ve dördüncü basamak hastanelerin açılması takip eder. İlk olarak MBA ile toplumcu sağlık sisteminin yenilenmesini eğitim alanında oluşturulan ikincil seferberlik ve yapılanmalar izler. Bu sağlıkta devrim ve toplumsal değişim sürecinin başlaması, büyümesi ve işleyişi bütüncül, toplumcu ve toplum katılımlı bir sağlık sisteminin somut bir örneğini oluşturması nedeniyle önemlidir.

Anahtar sözcükler: Venezuela, sağlık sistemi, Barrio Adentro

A “Health For All” and Social Transformation Model: Barrio Adentro

Abstract: Eighties and 90’s form a period where acquisitions in public health have regressed, as observed all over the world. One of the major changes have occurred in the health field in Venezuela with the new government, so called as the Bolivarian Republic. In the new constitution health is accepted as a basic right, and the government as responsible to guarantee it. Emphasis in the treatment of diseases has been substituted with promotion of health and prevention of diseases. The new view of health system gets started to be practiced by the pioneer Cuban health workers, and soon spreads to the whole country. Community participation is encouraged and people begin to take place in decisional mechanisms through the health committees. Community health centers as the primary health centers of the so called “Misión Barrio Adentro” (BA) are followed by the establishment of the secondary institutions, and tertiary and quaternary hospitals. The transition in the health system at the first place is followed by secondary missions and new constitutions in the educational system. The importance to review the beginning, spread and the mentioned revolution in the health system and social transformation process comes from the fact that it forms a concrete example of an integrative, socialist health system with community participation.

Key words: Venezuela, health system, Barrio Adentro

Tüm dünyada sağlık üzerinden pazar oluşturma çabaları devam ederken Venezuela’da Chavez iktidarı tarafından bunun tersi bir süreç işletilmeye başlanmıştır. Bu devrim sürecinin en önemli bileşeni sağlıkta yapılan devrim olarak görünmektedir; sağlıkta devrim yoksulların yaşamına doğrudan dokunan, günlük yaşamın içine işleyen, böyle olunca da yoksul halkın sahiplendiği bir dönüşüm olmuştur. Venezuela’da “Misión Barrio¹ Adentro” olarak adlandırılan bu devrimci sürecin başlangıcı, ilerlemesi ve sonuçları dünyanın diğer halkları için de model

olabilir. Bu yazının amacı Venezuela’da Barrio Adentro ile gelen dönüşüm sürecini tartışmaktır.

Venezuela’nın 80’li 90’lı yılları ve Chavez’in iktidara gelişi

Venezuela, Güney Amerika kıtasının kuzey kıyısında, Kolombiya, Brezilya ve Guyana komşuluğunda, kuzeyinde Karayip Denizi bulunan ve güneyinde Amazon bölgesinin bir kısmını kapsayan bir Latin Amerika ülkesidir. Venezuela 24 eyaletten ve 335 belediyeden oluşan federe bir devlettir. Nüfusu,

*Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD.

**Yüksek Lisans öğrencisi, Ankara Üniversitesi Latin Amerika Çalışmaları Merkezi

2014 verilerine göre, 30 milyonu aşmıştır ve büyük oranda kentleşmiştir (%93) (**Bonvecchio, 2011**). Tüm nüfusun sadece %2,7'si yerli nüfustan oluşmaktadır Venezuela çok zengin petrol rezervlerine sahiptir (**Bakar, 2010; PAHO, 2012; <http://en.wikipedia.org>, 2015**).

1980'lerde Dünya Bankası ve IMF'nin direktifleri doğrultusunda tüm dünyada olduğu gibi Venezuela'da da neoliberal politikalar etkiliydi (**Borrell, 2008**). Halkın biriken hoşnutsuzluğu ve 1989 yılında petrol fiyatlarında ve ulaşım ücretlerindeki artış sonrası "el Caracazo" denilen büyük bir halk ayaklanması Pérez hükümeti tarafından iki bine yakın kişinin öldürülmesiyle bastırılabilmişti. Hugo Chávez ve arkadaşlarının 1992'deki iki ayaklanmasından sonra 1994'te büyük sermayenin desteklediği muhafazakar Roberta Caldera hükümeti kuruldu. Yoksulluk büyüdü, 1990'da Venezuela halkının %44,4'ü yoksulluk sınırları altında yaşıyordu. 1989 ve 1995 yılları arasında mal ve hizmet ücretleri 20 kat, gıda ücretleri 40 kat artmıştı. Buna karşılık ailelerin gelirleri %66 oranında azalmış ve temel gıdaya harcanan pay gelirin %60'ını aşmıştı. Seksenli ve doksanlı yıllar, tüm dünyada örneklerine rastlanabileceği gibi, Venezuela'da da halk sağlığı açısından edinilen kazanımların gerilediği bir dönemi oluşturmaktadır (**Alvarado, 2008**).

Aynı dönemde Venezuela'da kamu sağlık harcamalarında kısıtlamaya gidilerek sağlıkta özelleştirme desteklenmiş, 1970'de sağlıkta kamu yatırımının ulusal gelir içindeki payı %13,3 iken 1996'da bu oran %7,9'a düşmüştür (**Borrell, 2008; Armada, 2009**). Kamu sağlık harcamalarının ulusal gelirdeki payı düşerken, 1997'de özel sağlık harcamalarının payı %73 olarak bildirilmiştir (**Muntaner, 2006**). Sağlıkta neoliberal reformların önemli bir ayağı da 1990'larda desantralizasyon politikalarıydı; böylelikle her eyalette farklı yönetim modelleri ile işleyen şirketler, vakıflar, özerk enstitüler ve sağlık kuruluşları kurulmaya başlandı. Aynı zamanda kâr amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşları ve örgütleri de sağlık hizmetlerine el attı. Kamu sağlık kuruluşları ihtiyaca göre özelleştirilmeye başlandı.

Aralık 1998'de yapılan başkanlık seçimleriyle açıkça sosyalist modeli savunan Chávez oyların %56'sını alarak iktidara geldi. Başkan seçilmesinin ardından yeni Anayasa yapımına girişen Venezuela, 1999 yılında Bolivarcı Anayasa'yı halkoylamasıyla kabul etmiştir. Yeni anayasa ile zamanda petrol ve maden işletmeleri kamusallaştırılmış ve işletilmeyen topraklar köylülerin kullanımına açılmıştır (**Alvarado,**

2008). Chavez dönemindeki iyileşmeyi Aralık 2002'de başlayıp Şubat 2003'te sona eren petrol grevi kesintiye uğratmıştır. Hane halkı temelinde yoksulluk oranının 2011 yılında %26,7'ye düştüğü bildirilmiştir (**Weisbrot, 2012**). 1997'de Venezuela nüfusunun %56 kadarı yoksulluk sınırı altında yaşarken, 2001 yılında hanehalkı yoksulluk oranı %39'a kadar gerilemiş, ancak 2002'de tekrar yükselmeye geçerek ancak 2004'ten sonra yine düşmeye başlamıştır. Bununla birlikte Chavez iktidarıyla birlikte gerçekleşen, 2006 yılı itibarıyla halkın %54'ünün artık ulaşabildiği Barrio Adentro sağlık programı, %40 ila %47'sinin yararlandığı gıda sübvansiyonu programı ve daha fazla sayıda yoksulun eğitim olanaklarına sahip olduğu hesaba katılarak yapılan analizde 2006 yılı için hanehalkı temelinde hesaplanan yoksulluk oranının %37,9'dan %35,8'e düştüğü belirtilmiştir (**Weisbrot, 2006**). Gelir dağılımına bakıldığında ise, 2006 yılında en yoksul %20'lik ve en zengin %20'lik kesimlerin ulusal gelirden aldığı paylar sırasıyla %4,73 ve %49,37 iken, 2009 yılında bu oranlar %6,01 ve %45,56 olmuştur (**PAHO, 2012**). Sosyalist politikaların sonucu olarak gelir dağılımındaki eşitsizlikler zamanla azalmış ve azalmaya devam etmektedir.

Barrio Adentro'nun yasal alt yapısı

Venezuela'nın 1961 Anayasası'nda "sağlığın korunması hakkı" ifadesi geçiyor olsa da sağlıkta özelleştirmenin önü açılarak Venezuela halkının sağlık hizmetlerine ulaşımı kısıtlanmıştır. Aralık 1998'de Hugo Chavez'in devlet başkanı olarak seçilmesiyle, ilk iş 1993'te başa gelen Rafael Caldera hükümetinin, verdiği sözün aksine, neo-liberal politikaları devam ettirmesi ve bunun "Venezuela Ajandası" adı altında bir neo-liberal reçete izlenerek yapılması sonucu meydana gelen yasaların askıya alınmasıdır (**Alvarado, 2008**). Chavez'in iktidara gelmesiyle yapılandırılan Bolivarcı Anayasanın 83. Maddesinde devletin sağlık hakkını koruması garantisini getirilmiş, "yaşam kalitesi" çok boyutlu ve bütüncül bir kavram olarak ele alınarak insanın gelişiminin sosyal, ekonomik ve politik koşullarının garanti altına alınması devletin bir görevi olarak belirlenmiştir. Yine aynı maddede devletin sadece sağlık hakkını gözetmedeki zorunluluğu değil, aynı zamanda toplum örgütlerinin katılımının yolunu açan mekanizmaların oluşturulması da garanti altına alınmaktadır (Kutu 1). Toplumun sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve denetiminde sivil toplum örgütlerine yetki verilmektedir. Sağlık sadece hizmete ulaşım olarak alınmamış, sağlık hakkı kavramı içinde sağlıkla yakın ilişki içinde olan beslenme, barınma ve çalışma dışında geçen zaman

etkinlikleri de alınmıştır. Konumuzla ilgili bir diğer yasa 1998 tarihli "Sağlığın Yapılandırılması Yasası"dır (La Ley Orgánica de Salud – LOS). Bu yasanın İkinci Maddesi, sağlık hakkının garanti altına alınmasında devletin ve halkın ilişkisinin önemini öngörmektedir. Aynı yasanın Beşinci Maddesinde Ulusal Halk Sağlığı Sisteminin devletlerarası ve tüm kurumları/kuruluşları içeren sektörler arası özelliği geçmekte, 32. Maddede ise halkın katılımı vurgulanmaktadır (**Farías-Suárez, 2009**).

Doksan dokuz Anayasasının 84. Maddesinde "Ulusal Halk Sağlığı Sistemi"nin ücretsiz, evrensel, bütüncül, eşitlikçi ve dayanışmacı olduğu düşüncesi bulunmaktadır. Anayasanın 85. Maddesinde ise devlet sağlık sisteminin finansmanında asıl kaynak olarak gösterilmiş ve özelleştirme ile savaşılacağı bildirilmiştir (Kutu 1). Öte yandan, halkın sağlık koşullarının iyileştirilmesi için devletin tüm kaynaklarının birleştirilmesi biçiminde tanımlanabilecek kurumlar arası eşgüdümlü çalışmaya yer verilmiştir (**Farías-Suárez, 2009**).

2002 tarihli Sosyal Sigorta Sistemi Yasasının 52. Maddesi ile sağlık hakkı yaşama hakkının bir gereği olarak geçmekte ve herhangi bir ayırım yapmaksızın tüm yurttaşların (53. Madde) var olan sosyal sigortalar sistemi (SPNS – Sistema Público Nacional de Salud) kapsamına alınmasını güvence altına almaktadır. SPNS'ye göre sağlığın finansmanı devlet elindedir ve özelleştirme yasaklanmıştır. SPNS aracılığıyla mali kaynakları tümüyle ya da kısmen desantralize olan, uluslar arası, sektörler arası ya da

katılımcı yöntemlerle karşılanan kuruluşlar Sağlık Bakanlığı yönetiminde bütünleştirilmektedir (54. Madde). Şubat 2009 tarihli "Ulusal Halk Yönetiminin Örgütlenmesi ve İşlevi" başlıklı bir genelgede devletin Sağlığı Geliştirmede Halk Gücü Bakanlığı aracılığı ile halkın sağlığını güvence altına alma, sağlığın korunması ve geliştirilmesi görevlerine yer verilmiştir (**PAHO, 2012**). Aslında sağlık ve ilgili hizmetleri sunan tüm kurumların Sağlığı Geliştirmede Halk Gücü Bakanlığı bünyesinde toplanması hedeflenmekte ise de bu değişim henüz tamamlanmamıştır. Halen Venezuela'da işleyen sağlık sisteminin idari olarak azımsanamayacak ağırlıktaki bölümünü önceki sağlık sistemi yapıları oluşturmaktadır. Buna göre kamu sağlık finansmanının önemli bir kısmı Venezuela Petrolleri'nden (PDVSA) karşılanıyor olsa da Venezuela Sosyal Sigortalar Kurumu (IVSS-el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales), Silahlı Kuvvetler'e bağlı Sosyal Sigortalar Kuruluşu (IPSFA-el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas), Eğitim Kültür ve Spor Bakanlığı Sosyal Yardım Sandığı (IPASME- el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes) ve üniversite sandıkları üzerinden de sağlanmaktadır. Barrio Adentro kapsamı dışında kalan IVSS'ye bağlı hastaneler, kurum klinikleri bulunmaktadır. Özel sağlık harcamaları da özel sigortalar ve daha çok cepten ödemeler üzerinden yürümektedir (**Bonvecchio, 2011**). Barrio Adentro yapılanması önceki sisteme paralel olarak yeni bir yapılanma olarak örgütlenmektedir ve giderleri ise asıl olarak merkezi bütçeden ve eyaletlerin ve yerel yönetimlerin bütçelerinden karşılanmaktadır. Halk

Kutu 1. Venezuela Anayasası'nın sağlıkla doğrudan ilgili maddeleri

83. Madde

Sağlık hakkı, yaşama hakkının gereği olarak devletin güvence altına alma zorunluluğu olan temel bir sosyal hakktır. Devlet yaşam kalitesini yükseltmek, kolektif iyilik halini ve hizmetlere ulaşma olanağını yükseltmeye yönelik politikaların geliştirilmesine öncülük eder. Tüm bireyler, sağlığın geliştirilmesi ve savunulmasına, devletin imzalamış olduğu uluslararası anlaşmalara dayanarak yasanın belirlediği sağlıklı yaşam önlemlerinin alınmasına etkin olarak katılma yükümlülüğünü taşımakla beraber sağlığın korunması hakkına sahiptir.

84. Madde

Sağlık hakkını güvence altına almak için devlet sektörler-arası, desantralize ve katılımcı olarak sosyal güvenlikle bütünlük içinde, ücretsiz, evrensel, bütünlükçü, eşitlikçi, toplumsal katılımlı ve dayanışmacı olma ilkelerinin belirlediği bir halk sağlığı sistemini oluşturur, yürütür ve yönetir. Halk sağlığı sistemi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarını güvence altına alırken sağlığın geliştirilmesine ve hastalıkların önlenmesine öncelik verir. Sağlık ve halk sağlığı hizmetleri devlet elinde yürütülür ve özelleştirilemez. Sağlık kuruluşlarında plan, yürütme ve denetim politikalarıyla ilgili örgütlenmiş toplumun karar alma hakkı ve yükümlülüğü vardır.

85. Madde

Ulusal halk sağlığı sisteminin finansmanı yasanın belirlediği biçimde mali kaynaklar, sosyal güvenlik vergileri ve diğer kaynakları birleştirecek olan devletin görevidir. Sağlık politikalarıyla uyumlu olarak sağlık bütçesinin oluşturulması devlet güvencesi altındadır. Üniversiteler ve araştırma merkezleri ile işbirliği içinde mesleki ve teknik eğitim ve sağlık girdileri olan ulusal endüstriyel üretim politikaları geliştirilir. Devlet kamu ve özel kuruluşları düzenler.

sağlığı yatırımlarının 1997'den 2007 yılına 17,4 kat arttığı, ve bu harcamaların %13,8'inin Venezuela Petrolleri'nden karşılandığı bildirilmiştir (**PAHO, 2012**).

Özdemir "emeğin toplumun kurucu unsuru olmaktan dışlandığı bir dönemde" yeni Venezuela Anayasasında geçen sağlık hakkının "kolektif" bir hak olarak anayasal bir norm olarak geçmesinin önemini vurgulamıştır (**Özdemir, 2005**). Venezuela Anayasası kolektif bir hak olarak tanımlanan sağlık hakkının doğrudan savunulabilmesi için gereken mekanizmanın da temelini oluşturduğu için de önemlidir. Aynı yazıda yeni anayasanın ilgili maddeleri tek tek ele alınarak konuyla ilgili anayasal tutumun tutarlılığını açıklamıştır. Aslında yeni tanımlar yeni kavramsallaştırmalar ve yeni farkındalıkların yayılmasıyla toplumsal bir dönüşümün de başlaması demektir. Yaşama değer verilmesi, yaşamın savunulması ve korunması üzerine yeni bir dili oluşturulmaktadır (**Robles, 2013**). Bu yeni anlayış, anayasada tanımlanan toplum konseptlerinin ve sağlık alanında sağlık komitelerinin oluşturulması ile karşılığını bulmaktadır. Bu nitel bir dönüşümdür.

BA'nın yapılandırılma süreci

Chavez iktidarı ile sağlıkta köklü değişikliklerin yapıldığı ilk aşama olan 1998-2000 dönemindeki yasal düzenlemeler ve politik tanımlamalar ile sağlık hizmetlerinin kapsamında tedavi edici hizmetlerden önce sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ağırlıklıdır. Bolivarcı Anayasaya yerleştirilen önemli politik tanımlamalarla güçlendirilmiştir. BA Planının düşünsel ve stratejik alt yapısını devrimden sonraki ilk sağlık bakanı olan Gilberto Rodríguez Ochoa ve María Lourdes Urbaneja ve ekipleri oluşturmuştur. Hem bir dermatolog hem de halk sağlığı uzmanı olan, hastalıkların önlenmesi ve toplum katılımının özellikle vurgulandığı "Bütüncül Bakım Modeli"ni (el Modelo de Atención Integral) önermiştir. İki yıl sonra Gilberto Rodríguez Ochoa'nın sağlık nedenleriyle emekliye ayrılmasını izleyen dönemde sağlık bakanı olarak atanan, Latin Amerika Sosyal Tıp Birliği (ALAMES- la Asociación Latinoamérica de Medicina Social) başkanı María Lourdes Urbaneja, halkın yeni sosyal politikaların yaşama geçmesinde katılımcı olmasını önemseyerek devlet ile sivil toplumun işbirliğini özellikle önerir.

Böylece ilk aşamada Sağlıkta Bütüncül Bakım Modeli (Modelo de Atención Integral de Salud) yasal düzenlemelerle de desteklenerek tanımlanmıştır. Buna göre Sağlıkta Bütüncül Bakım

bağlamında ilk aşamada çocuklara, kadınlara, yaşlı ve erişkinlere yönelik koruyucu müdahaleler tanımlanarak başlangıçta 16 eyalette uygulamaya başlanmıştır. Sonraki aşamalar ise Sosyal Strateji Planı (Plan Estratégico Social - PES) ve "Misión Barrio Adentro"nun uygulanmasıdır. Sosyal Strateji Planında yaşam kalitesi ve sağlık için gerekli sosyal koşullara ve bireylerin ve toplulukların özerkliğine vurgu yapılmış, bakım hizmetlerinin devletin, eyaletlerin ve belediyelerin kaynaklarının düzenli, yeterli ve eşitlikçi sağlanması için yeni bir katılımcı yapılanma önerilmiştir (**Alvarado, 2008**). Daha önce de belirtildiği gibi sağlığın temel bir insan hakkı olduğu, devletin bunu garantilemekle ve ücretsiz, koruyucu, geliştirici servislerin sağlanmasıyla yükümlü olduğu anayasada belirtildikten sonra Ulusal Halk Sağlığı Sistemi kurulmaktadır.

Devlet kuruluşları, sivil toplum örgütleri, uluslararası uzmanlar ve akademisyenler ve halk temsilcilerine işbirliği için çağrı yapılır (**Becerra, 2007; Briggs, 2007**). Ancak bu çalışmaların sağlık sisteminde dönüşüm için yeterli olmadığı, bürokratik yapının değişmemesi, Venezuela Tıp Federasyonunun yeni iktidara karşı olması ve 2002 yılındaki büyük petrol krizin kuramsal ve yasal çerçevesi çizilen sağlık hizmetlerindeki yenilenmeyi geciktirdiği belirtilmiştir. Bu dönemden sonra 2003'te başlayan halk hareketlerinin sağlık politikalarını yönlendirmede etkili olduğu söylenmektedir (**Briggs, 2007**). Bu halk hareketleri var olan sağlık sistemine ve halka yabancılaşmış sağlık çalışanlarına yönelik protestolardır. Böyle bir bağlamda belirginleşen değişim gereksinimini karşılayacak uygulama ise BA Planı olmuştur. Bunun için 1999'da Vargas eyaletinde yaşanan toprak kayması felaketinde Küba hükümetinin felaket bölgesine 454 Kübalı sağlık çalışanından oluşan bir ekip yollayarak yaralılara desteğini sunması BA Planının başlatılmasında bir esin kaynağı olacaktır (**Muntaner, 2006**).

Aralık 2002'de Venezuela Petrollerinin kamulaştırılmasına karşı eylemlerle başlayan ve ülke çapında yaşanan kriz Caracas'ın yoksul mahallelerinde (barrio) yaşamı etkilemiş, buralardaki poliklinikler ve halk hastaneleri kapatılmak zorunda kalmıştır. O dönemde, federal yönetimi Chavez karşıtı olan ancak kendisi Chavez yanlısı Libertador Belediyesi başkanı Freddy Bernal yoksul halkın sağlık gereksinimlerine çözüm bulma amacıyla federal hükümeti bir yanda bırakarak doğrudan merkezi hükümet ile bağlantı kurmak durumunda kalır. Libertador Belediyesi Mart 2003'te halkın sosyal ve ekonomik sorunlarını çözmede projeler üretmek

üzere İç Kaynaklı Kalkınma Enstitüsü'nü (Instituto de Desarrollo Endógeno – IDEL) kurar. IDEL bünyesinde "toplum çalışmacıları" olarak çalışmak üzere mahallelerden insanlar eğitilir. Topluluk liderleriyle ve mahallelilerle görüşülür. Sağlık sorunlarının öncelikli geldiği böylece belirlenir. Belediye, Caracas'ın 250 barriosunda mahalle toplantıları, ev ziyaretleri ve grup görüşmeleri yaparak halkın sağlık gereksinimlerini merkezi hükümete bildirir. Bunun üzerine Ocak 2003'te Libertador Belediye Başkanı Freddy Bernal, Venezuelalı doktorlardan Caracas'ın bu en fazla alt gelir seviyesinden insana sahip olan bölgesine acil yardımda bulunmaları için bir çağrıda bulunur. Bu çağrının yapıldığı sırada sağlıkçıların %55'inin %20'lik dilimde kalan en üst soyoekonomik düzeydeki kesime hizmet verdiği ve bunların %55'inin özel klinik ya da hastanelerde çalıştığı bilinmelidir (**Westhoff, 2010**). İlk çağrıya cevap veren 50 hekimin 30'u daha sonra barrioslarda güvenlik sorunları yaşayabilecekleri gerekçeyle çekildikten sonra kalanlardan ikinci çağrıya hekimlerden cevap veren olmaz. Bununla birlikte 2500'den fazla Venezuelalı hemşire ve 800 kadar dış hekim halk sağlığı hizmetlerinde çalışmaya gönüllü olur (**Westhoff, 2010**). Venezuelalı doktorların büyük çoğunluğunun çeşitli güvenlik ve alt yapı sorunlarını bahane ederek bunu kabul etmemeleri, sağlık sisteminin geliştirilmesine olan ihtiyacı daha net bir şekilde ortaya koyacaktır. Sonradan yapılan iki çağrıya daha cevap veren olmayınca Libertador Belediye Başkanı Vargas Felaketindeki deneyimlerine dayanarak hükümete Küba ile işbirliği önerisini götürür (**Muntaner, 2006; Rodríguez Morales, 2008; Curcio Curcio 2012**).

Freddy Bernal Küba ile işbirliği konusunda tartışmalar başlatır ve toplum çalışmacıları barrioslarda Kübalı hekimlerin nasıl karşılanacaklarını araştırır (**Briggs, 2007**). Kübalı hekimlerin toplum tarafından kabul edilmelerinde daha önceden bu topluluklar içinde kurulmuş olan "Kent Komiteleri" adlı halk örgütlenmesinin önemli bir payının olduğu düşünülmektedir (**Alayón Monserat, 2005**). Nisan 2003'te pilot bir proje için Küba hükümetiyle bir anlaşma imzalanır ve dahili genel tıp (aile hekimliğinin bir formu) alanında uzman 58 Kübalı hekim, birinci basamak sağlık hizmeti sunmak için Caracas'ın birkaç barriosuna

yerleştirilir (**Muntaner, 2006**). Bu anlaşmaya göre Küba Venezuela Bolivar Cumhuriyeti'ne ücretsiz sağlık hizmeti sunmak üzere sağlık hizmetine ulaşamayan yerlere hekim, uzman ve teknisyen göndermeyi önermiştir. Venezuela Devleti ise Küba'dan gelecek hekim ve diğer sağlık çalışanları için konaklama, yemek ve ulaşım olanaklarını sağlamayı üstlenmiştir. Küba hekimlerin maaşlarının ödemesini ve ailelerine bakımı üstlenmiştir (**Farías-Suárez, 2009**). Başlangıçta yabancıların gelmesine sıcak bakmayan birçok insanın halk sağlığı merkezlerindeki eşitlikçi ve yukarıdan bakmayan hekimlerle karşılaşması ile düşünceleri değişir (**Briggs, 2007**). Birkaç ay içinde pilot programın başarısına tanık olunduktan sonra, başkan Chavez resmi olarak programın adını "Mision Barrio Adentro (BA)" olarak duyurur ve BA'yı ulusal bir plana dönüştürür (Kutu 2). Aralık 2003'te BA Planı ülkenin 23 eyaletine yayılır ve Kübalı doktorların sayısı 10 169'a çıkar (**Curcio Curcio, 2012**).

Nisan 2015'te Kübalı sağlıkçıların Venezuela'daki çalışmalarının on ikinci yıldönümü kutlanmış ve bu süre içinde 115 bin sağlık çalışanının Venezuela'da görev yaptığı bildirilmiştir (**Mojena Milián, 2015**). Bu toplam içinde hekimler çoğunluğu oluşturmakla birlikte hemşireler, dış hekimleri, epidemiyologlar, istatistikçiler ve sağlık eğitimcileri bulunmaktadır (**Westhoff, 2010**).

BA'nın yaygınlaşmasının önündeki en önemli engel bölgesel yönetimlerin politik yönelimlerinin farklılığı olarak görünmektedir; buna karşılık eyalet yönetimi dolayısıyla değil, ama doğrudan merkezi hükümetle işbirliği içinde BA'yı uygulamayı başarmış yerel yönetim örnekleri artar (**Becerra, 2007**). Başlangıçta sadece bir yerel plan olarak başlatılan BA yeni seferberliklerin yolunu açmış ve tabandan eyalet ve devlet kurumlarına ulaşan baskı sonucunda kurumlar arası ilişkiler ve işbirliği örülmeye başlanmıştır (**Alvarado, 2008**). Yoksul insanlara beslenme olanaklarını (Misión Alimentación), okuma yazma ve eğitim (Misión Robinson), üniversiteye girememiş gençlerin üniversitelere yerleştirilmesi (Misión Sucre) ve görme kusurlarının tedavi (Misión Milagro) olanaklarını sağlamada birbirini zincirleme olarak gereksinimlere göre izleyen seferberlikler ülke düzeyinde başlatılmıştır (**Brouwer,**

Kutu 2. 26 Ocak 2004 tarihli Başkanlık Genelgesi

"Mision Barrio Adentro"nun amacı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Bütüncül sunumu Programının uygulanması ve eşgüdümü, toplumsal ekonomik önlemlerin oluşturulması ve uygulanması, dayanışma, eşgüdüm, karşılıklı sorumluluk, işbirliği ve toplum örgütlerinin etkin ve öncü katılımı ilkelere dayanan yeni bir yönetim altında toplumsal, ekonomik ve çevresel koşulların dönüşümü olacaktır.

2012; Becerra, 2007). Bu gereksinimleri belirleyen toplumla kurulan yakın ilişkiler, görüşmeler ve sistematik sağlık taramaları olmuştur. BA'nın toplumsal dokuyu ve kurumsal yapıyı ülke genelinde değişime uğrattığı da ifade edilmektedir.

Eşitlik, evrensellik, ulaşılabilirlik, çok sektörlü yönetim, birlik, kültürel duyarlılık, sosyal katılım ve adalet ilkeleri temelinde, BA planı, kamusal bir sağlık sistemi doğrultusunda sağlığın sosyal bir hak olarak anayasal gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan bir insiyatif olarak tanımlanmıştır. Bu insiyatif Sağlık ve Sosyal Gelişme, Çalışma, Enerji ve Maden Bakanlıkları, Venezuela Petrolleri Başkanlığı, Başkanlık, Sivil Barrio Adentro Birliği, Toplumsal Fon Başkanlığı, Libertador ve Sucre Eyaletleri Yönetimleri tarafından oluşturulacaktır (**Farías-Suárez, 2009**).

BA'nın kurulması ve yürütülmesinde halkın katılımı

Venezuela'da sosyalist iktidarın seçimle gelmesinden önceki dönemlerde başlayan toplumsal hareketlerin rolü göz ardı edilmemelidir. BA ile sağlık sorunlarının sadece tedavi ve yardımın yukarıdan götürülmesi ile çözülemeyeceği, toplumsal değişim ve toplum katılımının da öncelik bulunduğu anlayışı benimsenmiştir. Toplumsal değişimin gerçekleştiği sosyopolitik bağlam ve toplum-devlet ilişkisi yeni Venezuelanın, özelde yeni sağlık sisteminin kurulmasını sağlayan bir katılımcı demokrasi örneği olarak belirlenmiştir. Artık sağlığın temel bir hak olduğu yeni anayasada geçmekle birlikte haklarını talep eden bir Venezuela toplumu vardır (**Mahmood, 2013**). 2006 yılında çıkarılan Toplum Konseyleri Yasası (La Ley de Consejos Comunales) sadece toplumsal örgütlerin kurulmasını değil, aynı zamanda toplumun gereksinimlerine ve özelemlerine yanıt verecek projelerin ve toplumun örgütlenmesine yarayacak sosyal grupların oluşumunun yolunu açmıştır.

Yasal olarak toplum katılımının önü açılmış olmasıyla birlikte sağlıkta yaşanan sorunlara tepki olarak gelişen kitlesel halk hareketlerinin de sağlık politikalarını yönlendirmede etkili olduğu söylenmektedir (**Armada, 2009**). Bu halk hareketleri, bürokrasiyi öteleyerek halkın doğrudan önceki sistem içinde Venezuelalı hekimlere yönelik tepkileri olarak değerlendirilmiştir (**Briggs, 2007**). Bu noktada BA uygulamalarını barriolarda başlatan Kübalı hekimlerin halkla kurmuş olduğu sıcak ilişkiler ve halkın Kübalı hekimleri çabuk benimsemesini de hatırlamakta yarar vardır.

BA'nın birinci basamak sağlık kuruluşları olan halk sağlığı merkezleri (consultorios populares) olarak başlangıçta boş dükkanların, evlerin boş odalarının, kiliselerin, okulların ve eski sistemden kalma binaların geçici olarak kullanıldığı, sonrasında sekizgen, iki katlı, kırmızı kiremitle duvarları örülen küçük binaların yapılarak ülke genelinde yayıldığı anlatılmaktadır (**Brouwer, 2012**).

BA kapsamında çalışan tüm öncü hekimler yerlerdeki kayıtları gözden geçirdikten sonra ev ziyaretleri ile barrionun psikososyal, eğitim ve sosyoekonomik özellikleri ile ilgili gözlemler yapmıştır. Ayrıca araştırmacıların katılımcı olduğu, doğrudan barrioların günlük yaşamının içinde yer aldığı nitel çalışmalar ve tarama/anket çalışmaları yapılmıştır. Bu arada yapılacak çalışmalarla ilgili açık bilgiler mahallelilere verilmiştir. Bunu yaparken topluluk liderleri, sivil toplum örgütleri ve daha önce "Halk Öncülerinin Eğitimi Projesi - el Proyecto de la Escuela de Formación de Promotores Comunitarios" kapsamında eğitim görmüş "halk öncüleri" (promotores comunitarios) ile işbirliği yapılmıştır. BA çalışmaları ile ilgili halkın bilgilendirilmesi okullarda, başka kuruluş ve toplum örgütlerinde toplantılar, sunumlar aracılığıyla da gerçekleştirilmiştir. Tüm bu çalışmalar "Sağlıkta Halkın Katılımı Programı - el Programa de Participación Social en Salud" bağlamında planlanmıştır (**Alayón Monserat, 2005**).

Bu çalışmalarla birlikte BA sistemi içinde toplum katılımını sağlayan birincil yapılar olarak "sağlık komiteleri" oluşumları belirmiştir. Sağlık komiteleri başlarda BA'nın birinci basamak kuruluşlarını oluşturan halk sağlığı merkezlerinin yerlerinin belirlenmesinde, barriolara gelen hekimlere kalacak yer ayarlanmasında etkin olmuş, sonradan tüm barriolarda kurumsallaşarak sağlıkla ilgili kararlar alınmasında, sağlığı geliştirici çalışmaların düzenlenip yürütülmesinde doğrudan karar alma insiyatifi olan yapılar haline gelmiştir (**Briggs, 2007**). Sağlık komiteleri barriolar arası ilişkilerin sağlanmasında da işlev üstlenmiştir (**Alayón Monserat, 2005**). Sağlık komitelerinin üyeleri mahallelilerin seçimiyle belirlenir ve bu komitelerin kurulmasının amacı toplumun temel sağlık sorunlarının belirlenmesinde önderlik etmek, çözüm için yapılması gerekenleri belirlemek ve BA birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarını oluşturan halk sağlığı merkezlerinin ve bütüncül tanı merkezlerinin çalışmalarında buralara destek olmaktır. Sağlık komiteleri aslında BA'nın temelini oluşturmaktadır ve 2006 yılında ülke genelinde 8951 sağlık komitesinin oluşturulmuş olduğu bildirilmiştir (**Curcio Curcio, 2012**).

Sağlık komiteleri BA'nın işleyişinde halkın haklarıyla ilgili bilincin yerleşmesi ve karar alma sorumluluğunu üstlenen yeni yapılar olarak toplumsal bir dönüşümü de başlatmıştır; bir taraftan sosyal ilişki ağlarının devrimci bir dönüşüme uğramasını, öte yandan yaşayan ve gelişen topluluklar içinde birer özne olmanın yolunu açabilen yapılar olarak görülmektedir.

Tüm bu toplumsal dönüşüm içinde yeni bir hekimlik anlayışının da Venezuela'da yükselmekte olduğuna işaret eden başka bir değişimse hekim örgütlenmesinde kendini göstermiştir. BA sistemine karşı çıkan, devrim öncesi "Venezuela Hekim Federasyonu - la Federación Médica Venezolana"ya seçenek olarak "Ulusal Hekim Örgütü - la Organización Nacional de Médicos" ve "Ulusal Bolivarcı Hekim Cephesi - el Frente Nacional de Médicos Bolivarianos" ve "Venezuela Ulusal Hekim Örgütü - la Organización Nacional de Médicos para Venezuela" kurulmuştur (Briggs, 2007).

BA'nın örgütlenmesi (Şekil 1)

BA uygulamaları halk sağlığı merkezleri (Consultorios Populares) ile birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde başlatılmıştır. Bu merkezlerin çalışmaları sadece muayenelerle sınırlı değildir. Halk sağlığı merkezlerinde bütüncül tıp (medicina integral) uzmanı bir doktor ve ekibi 250 ila 350 aileye bakmaktadır. Tüm personel hizmet verdikleri insanlarla birlikte barriolarda yaşamaktadır. Halk sağlığı merkezlerinin sağlığı geliştirici ve koruyucu hekimlik anlayışı bağlamında sosyal etmenlere ve halkın katılımına her zaman duyarlı davranmaları beklenmektedir. Bu merkezlerin amaçları arasında kişilerin, ailelerin ve toplumun sağlığını gözetmek, muayene, tanı, gebe takibi yapmak, beslenme sorunlarının çözümüne katkı sağlamak, sağlık komitelerinin kurulması ve çalışmasına destek olmak ve sosyal ilişkilerin kurulmasına katkı sunmak, binaların beslenme ve sağlık eğitimi için kullanılmasını sağlamak, ücretsiz verilen (106 kadar) ilacın dağıtımını sağlamaktır. Halk sağlığı merkezlerinin sayısının 2011'de 6 712'ye yükseldiği bildirilmiştir (Curcio Curcio, 2012). Hekimler bu merkezlerde öğleden sonraya kadar başvuranların muayene ve diğer tıbbi işlerini yürüttükten sonra öğleden sonralarını barrioların içinde bulunarak ev ziyaretleri ve koruyucu ve sağlığı geliştirici çalışmalarını yürütmektedir. Bunun için evlerdeki genel sağlık ve hijyen, beslenme durumunu, aşılama durumunu, diğer sosyal sorunları araştırmaktadır. Ayrıca haftalık ve aylık olarak BA koordinatörleri ve epidemiyoloji uzmanlarıyla alanda çalışan hekimlerin

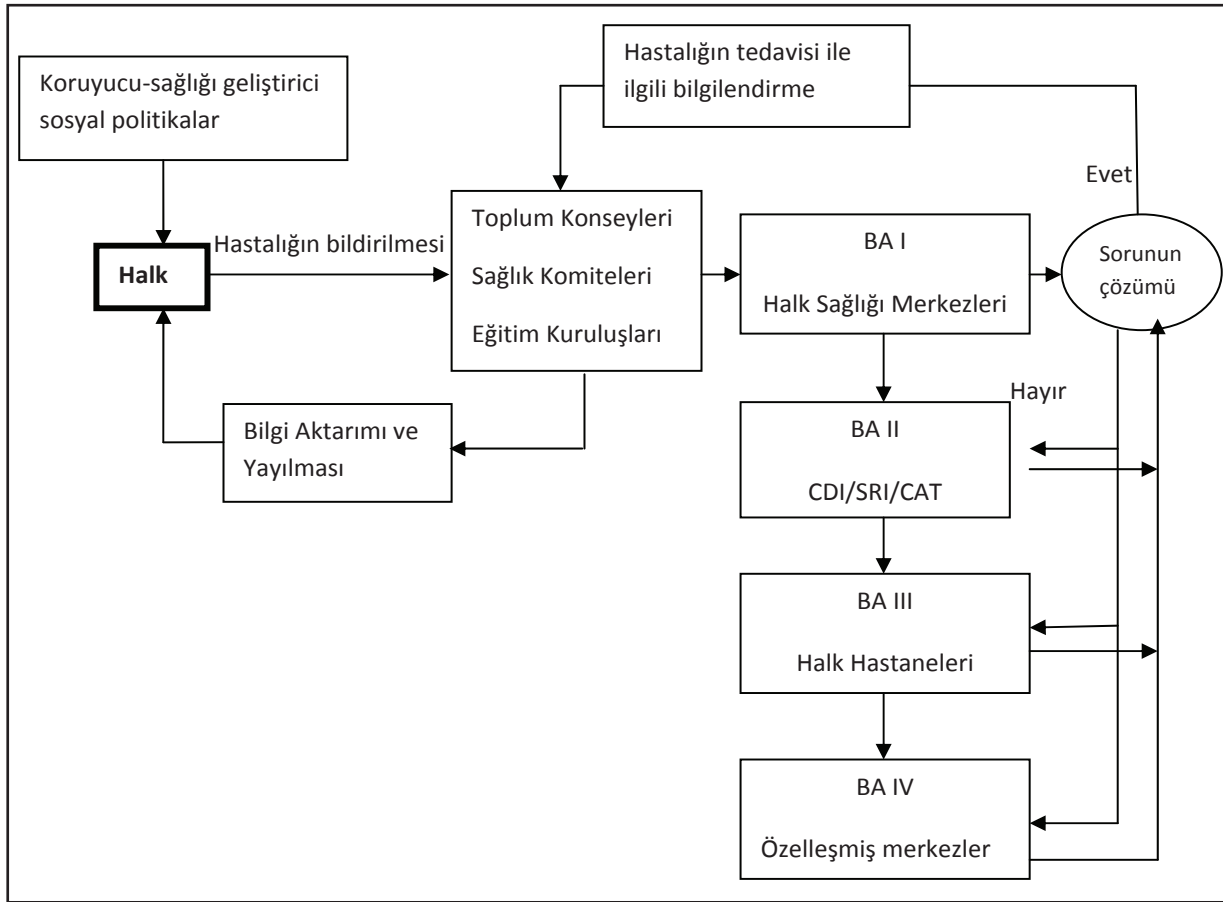
buluşmaları düzenli olarak sağlanmaktadır (Curcio Curcio, 2012; Brouwer, 2012). Böylece daha önceden epidemiyolojik verilerin yeterli olmadığı barrioların sağlık durumuyla ilgili verilerin ortaya konmasının olanaklı hale getirildiği bildirilmiştir. Beslenme yetersizlikleri ve okuma yazmanın olmayışı sağlığın sosyal belirleyicileri olarak öncelikli görülüp Beslenme Evleri (Las Casas de Alimentación

- Misión Mercal) ve okuma yazma seferberliği (Misión Robinson) hayata geçirilmiştir. Her bir Beslenme Evi günlük 150 kişinin dengeli beslenme gereksinimini karşılamaya başlamıştır (PAHO, 2012; Curcio Curcio, 2012).

BA ağının ikinci basamağını oluşturan "Bütüncül Tanı Merkezleri" (los Centros de Diagnóstico Integral - CDI) ve Yüksek Teknoloji Merkezleri (los Centros de Alta Tecnología - CAT) 2005'te katılmıştır. Bu iki kuruluşa ek olarak fiziksel tıp ve rehabilitasyon amaçlı Bütüncül Rehabilitasyon Merkezleri (Salas de Rehabilitación Integral - SRI) kurulmuştur. Bütüncül tanı merkezleri 24 saat acil, laboratuvar, radyoloji hizmetleri, günde 8 saat iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, kadın-doğum, odontoloji ve genel cerrahi sorunları ile ilgili hizmeti sağlamakta, bu merkezlerde bazı ayaktan ameliyatlara yapılabilmektedir. Bu merkezlerin bakım sağladığı nüfus 75 bin dolayındadır. Yüksek teknoloji merkezleri her eyalette 3'e kadar bulunabilmektedir. İkinci basamak sağlık kuruluşlarının da sayıları hızla artmış, 2011'de 550 CDI, 33 CAT ve 570 SRI'nin kurulmuş olduğu bildirilmiştir. Aslında her 40 ila 50 bin kişiye bir CDI ve bir SRI düşmekte iken ücra kasabalarda yerlilerin yaşadığı bölgelerde bu sayılar aranmaktadır (Curcio Curcio, 2012).

Birinci basamak sağlık merkezlerinin sayısı 1998'den 2007'ye kadar 3 kat artmış ayrıca 2004 ve 2005 yıllarında BA ağına geleneksel ağıdakinden 3 kat daha fazla başvuru olduğu bildirilmiştir (Armada, 2009). İkinci basamak BA'da 2007'de 417 CDI (planlananın %70'i), 503 SRI (hedeflenenin %84'ü), 22 CAT (hedeflenenin %63'ü) kurulmuş olduğu, 140 binden fazla insanın sağlığını geliştirmesi üzerine eğitim almış olduğu, 2006 yılında 6087 hamile, 5443 (emziren) anne, 7336 genç ve 7858 büyükanne/büyükbaba kulübü yapılmış olduğu ve ayrıca hipertansiyonlular, diyabetliler ve sigara içenler kulüplerinin de bulunduğu belirtilmektedir (Alvarado, 2008).

Üçüncü basamak BA 2006'da başlayıp 2007'de yeniden düzenlenmiş olup, 300 kamu hastanesinde alt yapı, donanım ve personel uyumunu



Şekil 1. Misión Barrio Adentro Sisteminin Örgütlenmesi (Robles, 2013), CDI: los Centros de Diagnóstico Integral - Bütüncül Tanı Merkezleri; SRI: Salas de Rehabilitación Integral - Bütüncül Rehabilitasyon Merkezleri; CAT: los Centros de Alta Tecnología - Yüksek Teknoloji Merkezleri

içermektedir. Üçüncü basamak kuruluşlarının oluşturulması teknoloji nedeniyle yüksek maliyetli olduğundan, bunların sayısı birinci basamaktakiler kadar hızlı artmamış, 2011'de BA III yapılarının 148'inin tamamlandığı bildirilmiştir (Brouwer, 2012). Dördüncü basamak ise her biri ileri düzeyde özelleşmiş bir alanı olan yeni hastanelerin yapılandırılmasını içermektedir.

BA ile daha önce sağlık hizmetlerine ulaşamayan, tüm ülke nüfusunun %70'ini oluşturan kesimin tümüne (18 604 196 kişi) birinci basamak sağlık hizmeti götürüldüğü belirtilmektedir (Alvarado, 2008). BA sistemi içinde sağlık hizmetleri ve ilgili diğer çalışmalardan (Misión Milagro, Misión Sonrisa, vb.) yararlananların toplam nüfusun %54 kadarı olduğu bildirilmiştir. Bu kişilerin çoğunun 10-50 yaş arasındakiler olduğu, bu grubun yaş ortalamasının 28 yıl olduğu, %77,4'ünün öğrenciler, çalışanlardan oluştuğu, çoğunun kadın olduğu (%60,4), ve %62,5'inin alt gelir grubundan geldiği bildirilmiştir (Curcio Curcio, 2012).

Barrio Adentro Üniversitesi

Devrimden önce Venezuela'da, aslında dünyanın geri kalanından çok farklı olmayacak biçimde, tıp eğitimi salt biyolojik temelli bir anlayışta, sağlığı geliştirme ve koruma değil, ama hastalık ve tedavi ekseninde, toplumsal duyarlılıktan uzak yürütülmekteydi; 1999'da Venezuela'daki hekimlerin %55'inin toplam 24 eyaletten gelir düzeyi yüksek olan beşinde toplandığı bildirilmiştir (Boroto Cruz, 2010). BA ile sağlık hizmetlerinin sunumunda getirilen köklü değişim, yeni sistemle uyumlu tıp eğitimi, bilim anlayışında da bir yenilenmeyi ve yeni bir hekim kimliğinin oluşturulmasını gerektirmiştir.

Yeni tıp eğitiminin kurulma süreci, yine Küba'dan uluslararası deneyimi olan altı tıp eğitimcisinin Venezuela'ya gelmesi ve Venezuela Yüksek Öğretim Bakanlığı, Üniversite Planlama Ofisi, Sağlık Bakanlığı ve Venezuela üniversitelerinden altı temsilciyle birlikte Bütüncül Toplum Hekimliği Programı Ulusal Kurulu'nun kurulmasıyla

başlamıştır. Yenilenen tıp eğitiminde hümanist, bütüncül ve biyopsikososyal bakış benimsenerek hekimin sadece mesleki bilgi olarak değil, aynı zamanda moral ve etik değerlerle donanmış olarak yetiştirilmesi önemsenmiştir. Eğiticinin ve öğrencinin birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde bir araya gelmesi ve tıp eğitiminin birinci yıldan itibaren uygulamayla birlikte yürütülmesi sağlanmıştır. İnsanın bütüncül olarak görülmesini sağlayacak biçimde temel biyolojik tıp ve sosyal tıp bilimleri eğitim programında birleştirilmiştir. Tıp eğitiminde eğiticinin rolleri yeniden tanımlanmış ve usta-çırak ilişkisi bağlamında öğrencinin eğiticinin kılavuzluğunda, yaparak öğrenmesinin yanında, bağımsız çalışması ve sonuca ulaşmasının desteklenmesi vurgulanmıştır (**Borroto Cruz, 2010**).

Küba'dan gelen çeşitli uzmanlık alanlarından 60 öğretim görevlisinden bir grup ile çeşitli eyaletlere dağılan diğer öğretim görevlileri ise eğiticilerin eğitimini başlatmıştır. Aynı zamanda yeni tıp eğitimi müfredatı ve programı da oluşturulmuştur. Yeni tıp eğitimi programında Barrio Adentro Üniversitesi bir kuruluş değil, ama bir kavram ve zaten yürümekte olan yeni sağlık sisteminin kendisi olarak ortaya konmuştur. BA kapsamında çalışan Kübalı hekimler model alınmıştır ve yeni hekimlerin yetiştirilmesinde eğitici olarak görevlendirilenler Bütüncül Toplum Tıbbı (Medicina Integral Comunitaria - MIC) uzmanlarıdır (**Borroto Cruz, 2010**). İlk iki yıl tıp eğitimi programına alınan anatomi, histoloji, fizyoloji, embriyoloji ve biyokimya derslerinin içeriği gereklilikler bağlamında ele alınarak yeniden oluşturulmuş ve tüm bu derslerin içeriği birbiriyle ilişkilerin kurulabileceği biçimde düzenlenmiştir (**Cañizares Luna, 2006**). Böylelikle tıp eğitimi programında geçen dersler başlangıçta sağlıklı insan yapısını ve yaşamını tanımlayan bir başlık olarak "İnsan Morfofizyolojisi" (Morfofisiología Humana) olarak belirlenmiştir (**Leyva Delgado, 2007; Borroto Cruz, 2010**). Bunu izleyecek biçimde, hastalık ya da sağlıksızlık durumu ise "İnsan Patofizyolojisi" başlığında geçen diğer dersleri kapsamaktadır. İnsan morfofizyolojisi dersleri tıp eğitiminin ilk iki yılında, insan patofizyolojisi dersleri ise diğer yıllarda verilmektedir. Yeni tıp eğitimi programının birinci ve ikinci yılları temel klinik öncesi bilimlerin yanı sıra Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Giriş başlığında halk sağlığı, epidemiyoloji, psikoloji, sağlık idaresi, etik ve felsefe ve birinci basamakta genel olarak başvuru tanı ve tedavi işlemleri öğretilmektedir. Psikoloji Disiplini başlığı altında genel psikoloji, sosyal psikoloji, tıbbi psikoloji ve sağlık psikolojisi dersleri verilmektedir. Tıbbi Bilişim

Disiplini kapsamında bilişim, matematik, fizik, biyoistatistik ve bilimsel araştırma yöntemleri yine ilk iki yılın programında geçmektedir. Ayrıca Latin Amerika Politik Düşüncesine Giriş adlı bir ders de programda bulunmaktadır. Üçüncü yıl prepödotik ve semiyoloji ile klinik disiplinine geçilmektedir. Her yıl Aile ve Toplum Sağlığı Dersleri ile sağlığın çevreyle bütün olarak kavramsallaştırılması amaçlanmaktadır. Tıp eğitiminin son yılı olan altıncı yıldaki çalışma alanlarının hastalıklar üzerinden değil, ama erişkin sağlığı, çocuk sağlığı, kadın ve gebe bakımı gibi sağlıklı olmaya vurgu yapan başlıklarla tanımlanmış olması dikkat çekicidir. Bununla birlikte yeni tıp eğitimi müfredatı oluşturulurken asıl olarak tıp öğrencisinin sağlığı ve hastalığı bütüncül olarak kavramlaştırması, yani tıp eğitiminde entegrasyon önemsenmiştir. Tıp eğitiminde benimsenen diğer ilkeler, yapı ve işlev arasında bağlantının kurulmasını sağlamak, insanın çevresiyle bütünlük içinde görülmesini sağlamak, tıp öğrencilerine örnek olabilecek yeni bir öğretim üyesi profilini yaratmak, tıp eğitiminde usta-çırak ilişkisini geliştirmek, çalışırken öğrenmeyi sağlamak olarak sıralanabilir (**Cañizares Luna, 2006, Leyva Delgado, 2007**). Tüm derslerin birlikte uygulama ile toplumun içinde yürütülmesi tıp eğitiminde insancı ve bütüncül (entegratif) anlayışın geliştirilmesini tamamlamaktadır.

Tıp eğitiminde merkezi bir kurul planlama, düzenleme, yönetim, izleme, denetleme ve değerlendirme süreçlerinde Misión Barrio Adentro Ulusal Eğitim Koordinasyon Kurulu ve katılımcı üniversiteler arasındaki ilişkiyi düzenlemekte ve tüm yapı Barrio Adentro Üniversitesi adıyla anılmaktadır. Ayrıca Yüksek Öğretim Bakanlığı, Misión Sucre, Sağlık Bakanlığı, Eyalet Misión Barrio Adentro Koordinasyon Kurulu, üniversiteler ve halk temsilcilerinden oluşan bir kurul ile yönetim ve yürütme eyaletler temelinde yapılmaktadır (**Borroto Cruz, 2010**). Sağlık hizmetleri içinde verilen tıp eğitiminde yerel olarak halkın özgül gereksinimlerine öncelik verilmektedir.

Temmuz 2009 itibarıyla yeni kurulan Barrio Adentro Üniversitesi'nin ilk dört yılı tamamlanmış ve ülke genelinde kayıtlı toplam öğrenci sayısı 24 703 olarak bildirilmiştir. Aynı tarihte Ulusal Kurul'un belirlediği normlara uyan 5 400 halk sağlığı merkezi ve 958 çok amaçlı sınıf, 498 Bütüncül Tanı Merkezi, 26 Yüksek Teknoloji Merkezi ve 554 Bütüncül Rehabilitasyon Merkezi'nde tıp eğitimi sürdürülmektedir. Eğitimsiler BA sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerdir (**Brouwer, 2012**). Eğitimin

denetimi haftalık olarak eğitim alanlarını ziyaret eden öğretim üyeleri tarafından yapılmaktadır (**Borroto Cruz, 2010**). BA Üniversitesi ilk mezunlarını 2011 yılında vermiş, 24 eyaletten gelen toplam 8162 yeni hekim kazanmıştır (**Romeu Escobar, 2015**). Şubat 2012'de ise BA Üniversitesi 1215 mezun vermiş ve 22 604 tıp öğrencisinin eğitimini sürdürdüğü bildirilmiştir (**Curcio Curcio, 2012**). Venezuela'nın 12 ayrı eyaletinde BA Üniversitesinden yeni mezun olmuş toplam 440 yeni hekimin geçirdikleri tıp eğitimini öznel olarak nasıl değerlendirdikleri üzerine yapılan bir anket çalışmasında mezunların %73'ünün kadın olduğu, %65,7'sinin hasta ile ilişkide, %60,4'ünün tıbbi görüşmede ve %62'sinin fizik muayenede kendilerini üst düzeyde yetkin gördükleri bildirilmiştir. Yeni mezunların çoğunun tedavi dışındaki tıbbi işlemlerde danışmaya ihtiyaç duymayacaklarını ve bu işlemleri bağımsız olarak başarabileceklerine inandıkları görülmüştür (**Romeu Escobar, 2015**). Yeni Venezuelalı hekim sayısındaki bu nitelikli artış, BA sisteminin Kübalı hekimlere dayandığı için sürdürülebilir olmayacağı eleştirilerini boşa çıkarmaktadır.

BA'nın sonuçları

Devrimci yönetimin sosyal politikası ile ülke genelinde sosyal ve ekonomik koşullarda genel iyileşmeler kaydedilmiştir. Bu zaman aralığında aşırı yoksulluk %20,6'dan %9,4'e, işsizlik %16,6'dan %6,2'ye düşmüş, okul öncesi eğitim oranı %44,7'den %60,6'ya, temel eğitim %89,7'den %99,5'e yükselmiş ve 1 482 543 erişkine okuma yazma öğretilmiştir (**Alvarado, 2008**). Yine 1998'de tüm Venezuela nüfusunda beslenme yetersizliği %21 iken, 2007'de bu oranın %6'ya ve 2012'de %3'ün altına düşürüldüğü, çocuklarda beslenme yetersizliği oranlarının 1990'daki %7,7'den 2010'daki %3,2'ye çekildiği bildirilmiştir (**Muntaner, 2013**). Tüm sağlık harcamaları içinde kamu sağlık harcamalarının payı 2000 yılında %41,5'ten 2008'de %44,9'a yükselirken, sosyal sigorta harcamaları bu süre içinde %40'tan %31,4'e gerilemiştir. Özel sağlık harcamalarının sağlık harcamalarının içindeki payı yine aynı süre içinde %58,5'ten %55,1'e, cepten ödemelerin

özel sağlık harcamaları içindeki payı %90,9'dan %89,5'e düşmüştür (**Bonvecchio, 2011**).

BA öncesi yapılan bir taramada hanelerin %20'sinde en az bir kişinin temel bir sağlık sorununun olduğu, her 10 evden ikisinde aşılammış en az bir çocuğun bulunduğu, hanelerin %44'ünde süregelen hastalığı olan en az bir kişinin bulunduğu ve bunların %20'sinin ekonomik zorluklar nedeniyle tedavi göremediği bildirilmiştir. Buna karşılık BA programının başlatılmasından hemen sonraki dönemde (Haziran 2004) 43 milyon tıbbi değerlendirme ve altı milyon ev ziyaretinin gerçekleştirildiği, 161 800 aşının yapıldığı, sağlık hizmetlerine başvuruların başta gelen nedenlerinin astım, barsak parazitleri, deri enfeksiyonları, kalp hastalıkları, hipertansiyon, epilepsi ve diyabet olduğu bildirilmiştir (**Westhoff, 2010**).

Sağlık göstergelerinde de anlamlı iyileşmeler bildirilmiştir (**Farías-Suárez, 2009; Curcio Curcio, 2012**) (Tablo 1). Sağlıktaki iyileşmeler üzerine değerlendirme yapılırken, BA kapsamındaki sağlık hizmetlerinin etkisinin yanı sıra ülke genelindeki ekonomik göstergelerdeki ve gelir dağılımındaki eşitsizliklerin azalmasının payı göz ardı edilmemelidir. (Tablo 1).

BA'nun sonuçları ile ilgili yapılan geniş kapsamlı, nesnel ve yakın tarihli niceliksel bir çalışmada Chavez hükümetinin kuruluşundan sonraki dönem, BA'nın kuruluşuna göre, 2003 öncesi ve sonrası olmak üzere, iki dönemde incelenmiştir. Bu dönemleri karşılaştırırken kısa dönemdeki sosyal değişime en duyarlı olan ve kayıtlardan dolayı kayba uğrama olasılığı düşük olan bebek ve ilk dört yaşta ki çocuk ölüm hızı verilerini ele almıştır. Buna göre BA'dan sonraki bebek ve 1-4 yaş arası çocuk ölüm hızlarındaki düşüşlerin, 1999-2003 yılları arasındaki düşüşlerden daha hızlı olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Postneonatal (ilk 1 ay sonrasında) ishallerle ilgili ölüm hızında 1999-2002 arasındaki düşüş %20 iken, 2003-2009 arasındaki düşüş hızı %78 olarak belirlenmiştir. Postneonatal beslenme bozukluğuna bağlı ölümlerdeki düşüş hızları ise BA öncesi ve

Tablo 2. MBA kuruluşundan önce (1999-2002) ve sonraki (2003-2009) dönemlerdeki bazı sağlık göstergelerindeki değişimin hızı

	MBA öncesi düşüş hızı (%)	MBA sonrası düşüş hızı (%)
Yenidoğan ölüm hızı	0	-7
Bebek ölüm hızı (1-12 ay)	-14	-45
Çocuk ölüm hızı (1-4 yaş)	-12	-47

sonrası için sırasıyla %5 ve %81 olarak bildirilmiştir. Perinatal nedenlere bağlı ölüm hızlarında da düşüş olmasına (düşüş hızı %0'dan %9'a) karşın bu düşüşler çok belirgin olmamıştır. Çocuk (1-4 yaş) ölüm hızlarında da ishaller, pnomoniye ve beslenme bozukluğuna bağlı ölümlerde BA ile belirgin bir azalma kaydedilmiştir (sırasıyla %32'den %75'e, %24'ten %57'ye ve %0'dan %81'e). 2009 yılı itibarıyla yenidoğan ölüm hızı 1000 canlı doğumda 10,43, postneonatal ölüm hızı binde 4,01 ve 1-4 yaş arası çocuk ölüm hızı 0,63 olarak bildirilmiştir (Curcio Curcio, 2012). Dikkati çeken ve anlamlı sayılıp sayılamayacağı tartışma götürülecek tek olumsuzluk, bebek ölüm hızının 2007 yılında bin canlı doğumda 12,95 ile en düşük hıza ulaşmışken 2009'da hafif bir artışla 1000 canlı doğumda 14,44'e yükselmiş olmasıdır; bu yükselme ise perinatal sorunlara bağlanmıştır. Bununla birlikte barsak enfeksiyonlarına ve beslenme bozukluklarına bağlı bebek ölümlerinde belirgin bir düşüş gözlenmiştir.

BA'nın toplum tarafından değerlendirilmesi, eksikliklerin giderilmesi, görünen sorunların çözülmesi önemsenmiştir. Bunun için BA'nın sekizinci yılında Venezuela genelinde görüşülen 10 381 kişiden BA ile ilgili geribildirim alınmış, görüşülenlerin %97,4'ünün olumlu geribildirim verdiği bildirilmiştir (Fariñas Reinoso, 2013). Sağlık hizmetine güven duyulması, kendilerine iyi davranılması başta gelen memnuniyet nedenleri olarak görünmektedir. Bununla birlikte olumsuz geribildirimlerin fiziksel koşullar, iyi muamele görmemek ve hizmetin niteliğiyle ilgili olduğu bildirilmiştir.

Sonuç

Birincil olarak BA ile toplumcu sağlık sisteminin yenilenmesini sağlayan, özellikle eğitim alanında oluşturulan ikincil seferberlik ve yapılanmalar ile büyütülen uygulamalar Venezuela'daki devrim sürecinin en kapsamlı bileşenleri olarak görünmektedir. Bu sürecin bu yazıda anlatılmaya çalışıldığı biçimde başlaması, büyümesi ve işleyişi bütüncül, toplumcu bir sağlık sistemi örneğini oluşturması nedeniyle önemlidir. Özellikle toplumcu bakışla sağlık alanında teoride önerilen "sağlık sistemine toplumun katılımı"nın nasıl olabileceği BA ile somut olarak gösterilmiştir.

BA ile birlikte devrimci bir sağlık sistemi dönüşümünün gerektirebileceği, bugünkünden farklı bir hekim kimliğini de örneklemektedir. Venezuelalılar hangi yaşta olursa olsun BA Üniversitesi'ne sınavsız girme ve ücretsiz, gereğinde devlet destekli, eğitim görme şansına sahiptir. Böylelikle

Venezuela'nın ücra bir köyünden yoksul bir çiftçinin BA Üniversitesinde kendi coğrafyasını tümüyle terk etmeden eğitim görüp, sonrasında aidiyet yaşadığı bir çevrede insanlara yardım etmesi söz konusudur.

BA, özel sağlık kuruluşlarını da içeren önceki sağlık sistemine dokunmayan alternatif bir gelişim süreci izlemiştir; böylece öncekinin karşıtı bir seçenek oluşturmuştur. BA sisteminin hızla gelişmesi ve Venezuela halkının katılımı, sorumluluk alması ve bu sisteme sahip çıkması BA'nın gelişmesini ve olasılıkla önceki sistemin zayıflamasını da getirecektir. Bu yönüyle de BA örneği umut vericidir.

Dipnotlar

1. "Barrio"nun anlamı "yoksul ve çalışan kesimin yaşadığı küçük mahallelerden oluşan büyük bir bölge" olarak verilmiştir (Brouwer, 2012). Bu bölgeler kentsel yerleşim bölgeleridir; Türkiye'de karşılığı "varoş" ya da "gecekondu bölgesi" olarak görürse de Venezuela için bu yerleşim yerlerinin özgül sosyal yapılar olduğu düşünülerek bu yazıda "barrio" sözcüğünün Türkçeye çevrilmeden kullanılması tercih edilmiştir.

Kaynaklar

- Alayón Monserat, R.* (2005) *Barrio Adentro: combatir la exclusión profundizando la democracia*, Revista Venezolana de Economía y Ciencias, 11(3), Erişim Tarihi: 29 Mayıs 2014, <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.
- Alvarado C.H., Martínez, M.E., Vivas-Martínez, S., Gutiérrez, N.J., Metzger, W.* (2008) *Cambio social y política de salud en Venezuela*, Medicina Social, 3(2): 113-129.
- Bakar, Ç.* (2010) *Venezuela Ülke Raporu*, Ankara Üniversitesi Latin Amerika Çalışmaları Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü, Ankara.
- Armada, F., Muntaner, C., Chung, H., Williams-Brennan, L., Benach, J.* (2009) *Barrio Adentro and the reduction of health inequalities in Venezuela: an appraisal of the first years*, International Journal of Health Services, 39(1): 161-187.
- Bonvecchio, A., en Nutr, I., Becerril-Montekio, V., Carriedo-Lutzenkirchen, A., Landaeta-Jiménez, M.* (2011) *Sistema de salud de Venezuela*, Salud Pública de México, 53 supl. 2: S275-S286).
- Borrel, C., Artazcoz, L.* (2008) *Las políticas para disminuir las desigualdades en salud*, Gaceta Sanitaria, Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) yayını, 22(5): 465-473.
- Briggs, C.L., Mantini-Briggs, C.* (2007) "Misión Barrio Adentro: medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones in Venezuela", Salud Colectiva, 3(2): 159-176.
- Borroto Cruz, E.R., Salas Perea, R.S., Díaz Rojas, P.A.* (2010) *Un nuevo modelo formativo de médicos en la Universidad Barrio Adentro, República Bolivariana de Venezuela*, Educación Médica Superior, 24(1): 111-135.

- Brouwer, S.** (2012) *Devrimci Doktorlar (çeviren Levent Aydeniz), (birinci baskı), Ankara: NotaBene Yayınları.*
- Cañizares Luna, C.O., Sarasa Muñoz, C.N., Labrada Salvat, C.** (2006) *Enseñaza integrada de las Ciencias Básicas Biomédicas en Medicina Integral Comunitaria, Educación Médica Superior, 20, Erişim Tarihi 29 Mayıs 2014, http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_1_06/ems05106.pdf.*
- Curcio Curcio, P.** (2012) *Evaluación de la Misión Barrio Adentro Venezuela (2003-2009), Politeia, 35(48): 205-249.*
- Fariás-Suárez, A., Fariás-de Estany, J.** (2009) *Participación comunitaria: otra mirada al sistema de salud venezolano, Población y Salud en Mesamérica, 7(1): 1-21.*
- Fariñas Reinoso, A.T., Báez Dueñas, R.M., Álvarez Alonso, I., Martínez Pérez, A., Estrada Martínez, M.** (2013) *La satisfacción de la población con los servicios brindados por la Misión Médica Cubana en Venezuela, Revista INFODIR, num. 16, <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/2/6>*
- Leyva Delgado, L., Santoya Labrada, M., Quevedo Freitas, G., Barreto Lacaba, R.M., Alonso Jiménez, Y.** (2007) *La Universidad Barrio Adentro. Un nuevo paradigma en la formación del recurso humano en Medicina Integral Comunitaria. Estado de Trujillo, 2005-2006, Educación Médica Superior, 21(3): 1-7, Erişim Tarihi 29 Mayıs 2014, <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v21n3/ems05307.pdf>.*
- Mojena Milián, B.** (2015) *Doce años ya de Misión Barrio Adentro Salud en Venezuela, internet@grandma.cu, 16 de abril de 2015, erişim tarihi 28 Mayıs 2015.*
- Muntaner, C., Guerra Salazar, R.M., Benach, J., Armada, F.** (2006) *Venezuela's Barrio Adentro: an alternative to neoliberalism in health care, International Journal of Health Services, 36(4): 803-811.*
- Özdemir, A.M.** (2005) *Emeğin anayasallaşması, kolektif haklar ve sağlık hakkı: Chavez Venezuelasında demokrasi versus kapitalizm, Toplum ve Hekim, 20(3): 201-207.*
- PAHO (Pan American Health Organization) web sayfası,** (2012) *Venezuela, Erişim Tarihi 12 Mart 2014, <http://www2.paho.org/saludenlaamericas/dmdocuments/sa-2012-Venezuela.pdf>.*
- Rincón Becerra, M.T., Rodríguez Colmenares, I.** (2007) *Gestión del programa Barrio Adentro: su expresión en Zulia, Revista de Ciencias Sociales, 8(3): 423-443.*
- Robles, A.J.** (2013) *Principios para la construcción de un sistema abierto de gestión del conocimiento en el sistema público de salud venezolano, Didáctica y Educación, 4(5): 115-127.*
- Rodríguez Morales, J.R.** (2008) *"Salud para todos" en Barrio Adentro, Revista Cubana de Salud Pública, Erişim Tarihi 29 Mayıs 2014, http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200012&lng=es.*
- Romeu Escobar, M.R., Piega, M.** (2015) *Adquisición de habilidades clínicas en egresados de la primera cohorte de Medicina Integral Comunitaria, Edumecentro, 7(1): 44-61.*
- Weisbrot, M., Johnston, J.** (2012) *Venezuela's economic recovery: is it sustainable? Washington DC: Center for Economic and Policy Research, erişim tarihi 01.11.2014, <http://www.cepr.net/documents/publications/venezuela-2012-09.pdf>*
- Weisbrot, M., Sandoval, L., Rosnick D.** (2006) *Poverty rates in Venezuela: getting the numbers right, International Journal of Health Services, 36: 813-23. http://www.cepr.net/documents/venezuelan_poverty_rates_2006_05.pdf*
- Westhoff, W.W., Rodriguez, R., Cousins, C., McDermott, R.J.** (2010) *Cuban health care providers in Venezuela: a case study, Public Health, 124: 519-524.*
- <http://en.wikipedia.org>** (2015) http://en.wikipedia.org/wiki/Demographics_of_Venezuela