

DOSYA/DERLEME**VENEZÜELLA'DA TOPLUMA DAYALI SAĞLIK HİZMETİ MODELİ BARRIO ADENTRO**

Deniz AKGÜN*

Sağlık hizmetleri artık tıbbi bir yardım değil, sosyal ve katılımcı bir tıptır.

Hugo CHAVEZ

Giriş

1980'li yıllardan sonra Latin Amerika ülkeleri başta olmak üzere dünyanın çeşitli yerlerinde benzer şekillerde uygulanan sağlık reformları, konuyla teknik düzeyde ilgili bulunmayan Dünya Bankası ve İMF gibi kurumların etkisi altında yürütülmüştür. Dünya Bankası tarafından 1993'te yayınlanan ve sağlık hizmetlerinin sunumu ile finansmanında rekabet getiricilik özelliği nedeniyle özel sektörün payının artırılmasının önerildiği Dünya Gelişme Raporu, pek çok ülkede yürütülen sağlık reformu çalışmalarının da bir anlamda gerekçesini oluşturdu. Bu dönemde ilk olarak Latin Amerika ülkelerinde büyük bütçe kısıntılarıyla birlikte uygulanan yapısal uyum politikaları, sağlık sistemlerinin durağan yapısının değişmesine ve sağlık bakımı türü sosyal hizmetlerin aşındırılmasına neden oldu. Bazı uluslar arası şirketler bankacılık ve sigorta alanlarındaki hisselerini satarak, yeni ve karlı bir alanı oluşturan sağlık finansmanı ve sunumu ile ilgili yatırımlara yöneldiler. Özellikle Meksika ve Brezilya gibi Güney Amerika ülkelerinde bir yandan özel sigorta şirketlerin anlamlı derecede yüksek karları rapor edilirken; diğer taraftan işçi sınıfı ve yoksul kesimlerin sağlık hizmetlerine ulaşımı zorlaştı, yüksek riskli hastaların sorumluluğu kamu sektörünün üzerine yüklendi ve kamu hizmetlerinin kalitesinin daha da düşmesi söz konusu oldu (Muntaner, 2006).

Komşularıyla karşılaştırıldığında Venezüella, yeni-liberalizm vagonuna görece daha geç binmiş bir ülkedir.

Reform sürecinin Venezüella'da yavaş ilerlemesi, büyük petrol ve doğal gaz rezervinden elde edilen gelirler aracılığıyla 1950'li ve 60'lı yıllarda kamu sağlık harcamalarına belirli büyüklükte bir kaynağın aktarılabilmiş olması ile (her ne kadar yararları aynı ölçüde eşitlikçi olmasa da) açıklanabilir. 1990'lı yıllarda yeni-liberal reform sürecine bütünüyle dahil olunduğunda, Venezüella'da toplumun %54'ü yoksulluk içinde yaşamaktaydı. Aynı yıllarda sağlık sektörünün finansmanındaki krizin bir sonucu olarak özel sektörün ağırlığının artırılması ve desentralizasyonla karakterize sağlık reformu uygulamaları yürürlüğe sokuldu. 1997'ye gelindiğinde Venezüella'da sağlık harcamalarının %73'ü özel sektör üzerinden yürütülür durumdaydı ve sağlık hizmetlerine ulaşımı kısıtlanan yoksul Venezüellalılar, toplumun yaklaşık 4'te 3'ünü oluşturmaktaydı. Diğer taraftan birkaç on yıldır yeni-liberalizme ve çöküntü halindeki Venezüella rejimine karşı yürütülen kesintisiz politik mücadele 1998 yılında Hugo Chavez'in kazandığı seçim zaferiyle sonuçlandı. 1999 yılında yapılan referandum ile halk desteğinin sağlanması sonrasında ise Venezüella yeni bir "Bolivarcı" yapılanma süreci içine girdi (Muntaner, 2006).

TOPLUMA DAYALI SAĞLIK HİZMETİ MODELİ

Aralık 2003'te Venezüella'daki kalıcı sosyal projelerden birisi olarak Barrio Adentro adında bir proje, Başkanı Hugo Frias Chavez'in talimatıyla yürürlüğe konuldu. Barrio Adentro sözcükleri mahallenin içerisi anlamına geliyor ve yürütülen dönüşüm sürecinin toplumun derinliklerine nüfuz etmesi çağrışımına vurgu yapıyor. Barrio Adentro aynı zamanda kenar mahallelerde yaşayan ve sağlık bakım hizmetlerinin dışında kalan milyonlarca Venezüellalının, sağlık hizmetlerine doğrudan ulaşabilmesini sağlayacak yapısal dönüşümü ifade ediyor. Projenin temelini,

*Uzm. Dr., Batman İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Uzmanı

bütüncül temel sağlık hizmetleri programının kurumsallaşmasını sağlamak ve toplumun ekonomik ve sosyal durumunu karşılıklılık, birlikte sorumluluk, koordinasyon ve uyumluluk temelinde dönüştürmek oluşturuyor. Venezüella'daki bu tür sosyal programlar aracılığıyla ekonomik, sosyal, kültürel, politik ve sivil hakların yanı sıra Anayasa'daki sağlık, eğitim, çalışma, beslenme, barınma gibi alanlarla ilgili evrensel insan haklarının da güvence altına alındığı bir toplum yapısının oluşturulması amaçlanıyor. Bu kapsamda yürütülen programlar katılımcı demokrasinin biçimlendirilmesi amacıyla devletin her düzeydeki kuruluşunun birlikte çalışacağı ve değişik kaynaklardan beslenen sektörler üstü bir strateji olarak ele alınıyor. Barrio Adentro projesi sağlık politikaları, planları, projeleri ve programlarının oluşturulmasına bireylerin semt düzeyinde katılımı ile, hekim topluluklarının koordinasyonundan sorumlu olmayı ve komşu sağlık komiteleriyle işbirliğini sağlayan yönetsel yaklaşımları içermektedir (PAHO, 2006).

Barrio Adentro projesi toplumun doğal liderlerine sağlıkla ilgili düzenlemelerin içinde yer alarak süreci kontrol etme ve müdahale etme olanağını sağlamaktadır. Venezüella'da sağlık hizmetlerine toplum katılımını amaçlayan projeler 1960'lı yıllardan bu yana yürütülmeye çalışılmıştır. Ancak bu tür girişimler sadece yerel düzeydeki planlamalara dahil edildiği ya da yürütülen sağlık reformlarının önemsiz bir unsuru olarak ele alındığı için 2000'li yıllara gelene dek Venezüella özelinde sağlık sistemini dönüştürmenin genel bir stratejisi düzeyine ulaşamamıştır. Hugo Chavez hükümeti tarafından 2003 yılında başlatılan ve tıbbi yardımın toplumun doğrudan katılımı yoluyla toplumsallaşmasını sağlamayı amaçlayan Barrio Adentro projesi ise böylesi bir yaklaşımın ilk kez sosyal politikalarla desteklenmesi olanağını gündeme getirmiştir.

Barrio Adentro, katılımcı demokrasi ile doğrudan yurttaş katılımını destekleyen politik düzeydeki daha kapsamlı bir yaklaşımın parçası ve insanlı bir görev olarak ele alınmaktadır. Bu anlamda Venezüella toplumunda sosyalizm temelinde daha eşitlikçi, ekonomik ve politik organizasyonların oluşturulması ile halk gücünün etkin duruma getirilmesi çabaları ile bağlantılıdır. Barrio Adentro'nun ulusal düzeyde yaygınlaştırılması uygulamasının üç temeli bulunmaktadır: Sağlık hizmetlerine toplum katılımı ve önderliği içeren organizasyonel çalışmalar, yeni toplumsal kurumsallaşmaya yönelik politik kararlılık, devlet ve toplum arasında etkileşimde halkın ağırlık kazandığı yeni yönetim biçimi.

Bu kapsamda Venezüella'da 2006 yılının ilk çeyreğinde Sağlık Bakanlığı kayıtlarında bulunan ve yerel otoritelerce sertifikalanmış 8951 seçilmiş sağlık komitesi bulunmaktaydı. Genel sağlık dispanserleriyle ilişkili kayıtsız sağlık komitesi sayısının ise en az kayıtlı olanlar kadar olduğu belirtilmektedir. Her komite ortalama 11 üyeden oluşmaktadır ve bu kişiler toplum tarafından seçilmiş resmi ya da resmi olmayan kişilerdir. Bu komitelerin görevleri

toplumun önemli sağlık sorunlarını saptamak, bunları önceliklendirmek ve bunlara yönelik uygulanması gereken eylemleri kararlaştırmaktır. Bu komiteler ayrıca kendi bölgelerinde bulunan dispanserler ve tanı merkezleri ile ilgili düzenlemeler yapmaktan da sorumlu tutulmuşlardır. Sağlık komitelerinin çalışmaları, 6 Nisan 2006'da çıkarılan ve sağlık komitelerinin toplum konseyi ile ilişkili diğer komitelerle birlikte çalışmasını öngören Toplum Konseyleri Yasası'yla düzenlenmiştir. Toplum konseyleri, sağlık komitelerinin sağlık bütçesi de içinde olmak üzere her topluluk için ayrılmış bulunan bütçenin yönetimi konusunda yetkili bulunmaktadır. Bu şekilde kişiler katılımcı projelerin dinamiklerinden biri olarak günlük yaşantılarında kendi haklarıyla ilgili görüş sahibi olan, projelerde yer alan ve kendi yaşamlarını sahiplenme yoluyla anlam kazandıran yurttaşlar haline gelmektedirler (PAHO, 2006).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN ORGANİZASYONU

Barrio Adentro projesinin sağlık organizasyonu sağlık dispanserleri, tanı merkezleri, rehabilitasyon merkezleri, kentsel ve kırsal poliklinik birimleri, halk klinikleri, dış tedavi merkezleri, eczaneler, aşılama merkezleri ve göz sağlığı merkezleri gibi birimlerden oluşmaktadır.

Sağlık dispanserleri

Sağlık dispanserleri kendi sorumlu oldukları bölgede halka ücretsiz olarak sağlık bakım hizmeti sunan ve en az bir hekim, bir sağlık gelişimcisi ve bir sağlık temsilcisinden oluşan hizmet kuruluşlarıdır.

Sağlık dispanserlerinin amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Bireylere, ailelere ve topluma yönelik kapsayıcı sağlık bakım hizmetlerinin sunulması.
- Gebe kadınlara yönelik erken tanı ve düzenli sağlık bakım hizmetlerinin sunulması.
- Beslenme surveyansının yürütülmesi ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesine yönelik çalışmalar yürütülmesi.
- Sağlık komitelerinin çalışmalarının ve sosyal ilişkilerin geliştirilmesi.
- Çevreyi sağlıklı hale getirme konusunda eğitim çalışmalarının yürütülmesi.

Sağlık dispanserleri ve konsultasyon birimlerinin organizasyonu 4 temel ilkeye göre yapılmaktadır:

1. Her sağlık biriminin 250-300 aileyi kapsadığı bölge tabanlı yapılanma,
2. Yaşam boyunca hayat kalitesini ve sağlığını geliştirilmesini eğitim, koruyucu hizmet, tedavi ve rehabilitasyon aktiviteleri ile bireyleri etkileyen sosyal belirleyiciler ve sağlık ihtiyaçlarının karşılanması üzerinden güvence altına alan bütüncül sağlık hizmetleri,
3. Toplum katılımı,
4. Sektörler arası işbirliği.

Sağlık dispanserlerinin çalışma düzeni sabahları hastaların dispanserde muayene edilmesi, öğleden

sonraları ise saha gezilerinin yapılması şeklinde yürütülmektedir. Ayrıca sosyal denetim organizasyonlarına temel oluşturan sağlık komiteleriyle düzenli olarak toplantılar düzenlenmektedir. Sağlık dispanserlerinin bir diğer önemli işlevini ise ilaç paketi içinde yer alan ve sıkça gereksinim duyulan 106 kalem ilacın gerekli durumlarda halka ücretsiz dağıtımının sağlanması oluşturmaktadır.

Ayrıca 2005 yılında sağlık dispanserlerinden temini sağlanan ilaçlara ek olarak, bugüne kadar sağlık hizmetinin kapsamı dışında kalmış toplum kesimine yönelik aile ilaç paketi adlı yeni bir uygulama başlatılmıştır. Bu uygulama ile 6 ay 1 yaş arası bebeklere A ve D vitaminlerinin verilmesi, 1-11 yaş arası çocuklara çoklu vitamin tabletinin verilmesi, gebelere ve doğurganlık çağındaki kadınlara demir ve folik asit verilmesi ve 40 yaş üzeri kadınlara ise kalsiyum tableti verilmesi sağlanmaktadır. 2005-2006 yılları arasında Venezüella'da bu uygulamadan 609.819 bebek, 343.414 gebe ve 4.426.791 çocuk faydalandı. Ayrıca aile hizmet paketinin sunumu kapsamında, değişik yaş grubundan kişilerin katıldığı ve sağlıkla ilgili olumlu yaşam stili değişikliklerinin oluşturulmasını amaçlayan spor aktiviteleri ile çeşitli kültürel etkinliklerin düzenlenmesi de sağlanmaktadır (PAHO, 2006).

Kentsel ve kırsal hasta muayene istasyonları

Hasta muayene istasyonları kırsal ve kentsel bölgelerde, başvuran kişilere bütüncül sağlık bakım hizmetlerini sunmak amacıyla kurulan sağlık birimleridir. Kentsel ve kırsal muayene istasyonlarında başlıca üreme ve cinsel sağlık hizmetleri, çocuk ve gençlere yönelik sağlık hizmetleri, kanser savaş hizmetleri ile ruh sağlığı ve ilaç bağımlılığıyla mücadele hizmetleri sunulmaktadır.

Halk klinikleri

Halk klinikleri uzmanlığa dayalı ayaktan sağlık bakım hizmetleri kapsamında koruyucu, tedavi edici ve geliştirici sağlık hizmetlerinin sunumu amacıyla kurulmuş birimlerdir. Halk klinikleri, sağlık hizmet ağı içinde diğer birimlerce ele alınamayan tıbbi ve cerrahi olgulara yönelik hizmet verecek kapasiteye sahip bulunan kurumlar durumundadır. Halk kliniklerinde başlıca iç hastalıkları, çocuk hastalıkları, doğum hizmetleri, günü birlik cerrahi işlemler, laboratuvar hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri kapsamındaki çalışmalar yürütülmektedir.

Tanı merkezleri ve ileri teknoloji merkezleri

Halka yönelik dispanserleri destekleyen tanı merkezleri ağı 600 bütüncül tanı merkezi ve 35 ileri teknoloji merkezinden oluşmaktadır. Bütüncül tanı merkezleri sevk zinciri içinde sağlık dispanserleri ve konsültasyon birimlerine tanı desteği sağlamak ve tanı kapasitesini güçlendirmek amacıyla kurulmuşlardır. Bu kuruluşlar, tanı desteği hizmetlerinin yanı sıra 24 saat acil sağlık hizmetleri ve yoğun bakım hizmetlerini de ücretsiz olarak sunmaktadır (Özkan, 2005).

İleri teknoloji merkezleri ise ileri teknoloji ve ekipman gerektiren tanı yöntemlerinin kullanıldığı yerlerdir.

Buralardaki hizmetler de yine halka ücretsiz olarak sunulmaktadır. Her bir kente en az bir, büyük kentlere ise birden fazla bütüncül tanı merkezi kurulması yoluna gidilmektedir. Benzer şekilde her eyalet için bir yüksek teknoloji sağlık merkezleri kurulurken, nüfus yoğunluğu olan bölgelere birden fazla ileri teknoloji sağlık merkezi kurulması söz konusu olmaktadır. Bu yönüyle Venezüella'da ileri teknolojinin kullanıldığı tıp tekniklerinin nüfus ve bölge temelinde planlanmaya tabi tutulduğu görülmektedir.

Bütüncül tanı merkezlerinde başlıca röntgen, tanısal ultrason, endoskopi, elektrokardiyografi, klinik laboratuvar, göz kliniği, acil sağlık ve yaşam desteği, yoğun bakım, patolojik anatomi ve ameliyathane üniteleri bulunmaktadır. Yüksek teknoloji sağlık merkezlerinde ise başlıca magnetik rezonans (MR) görüntüleme, bilgisayarlı tomografi, 3 boyutlu ultrason, mamografi, kemik dansitometre, videolu endoskopi, klinik laboratuvar, ultramikroanaliz ve elektrokardiyografi işlemleri uygulanmaktadır.

Rehabilitasyon merkezleri:

Rehabilitasyon merkezleri sağlık dispanserleri tarafından tanısı konulan hastalık ve sakatlıklar için gerekli olabilecek fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini halka ücretsiz olarak sunmak amacıyla oluşturulan birimlerdir. Önümüzdeki dönemde kurulacak yeni merkezlerle birlikte bu birimlerin toplam sayısının 600'e ulaşması hedeflenmektedir. Rehabilitasyon merkezlerinde elektroterapi, ultrason, laser terapisi, termoterapi, infrared ısı, hidroterapi, hidromasaj, jimnastik, iş terapisi, konuşma terapisi, uzuv rehabilitasyonu ile bazı doğal ve geleneksel tıp uygulamaları ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir (PAHO, 2006).

Aşılama birimleri

Venezüella'da mahallelere yakın yerlerde oluşturulan aşılama birimleri ile aşı ile korunulabilir hastalıklarla mücadelenin etkin bir şekilde yürütülmesi amaçlanmıştır. Bu şekilde 2006 sonu itibarıyla Bari Adentro şemsiyesi altında 1900, ülke genelinde ise 5800 kadar aşılama birimi oluşturulmuş bulunmaktadır (PAHO, 2006).

Halk eczaneleri

Barrio Adentro projesi kapsamında sağlık birimleri tarafından sıkça reçete edilen ve ücretsiz olarak dağıtılan 106 kalem ilaç içinde yer almayan ilaçlar, halk eczaneleri tarafından halka, %85 devlet katkısı altında ulaştırılmaktadır. Halk eczanelerinin yaygınlaştırılması çalışmaları devam etmekte olup halihazırda ülke genelinde 300'e yakın halk eczanesinin bulunduğu belirtilmektedir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Venezüella hükümeti tarafından 1999 yılında oluşturulan yeni ekonomi politikası ve yeniden yapılanma çalışmaları, sağlık sisteminin yapısal olarak dönüştürülmesinin olanaklarını da beraberinde getirmiştir.

Bu dönemde petrolden elde edilen gelirlerin kamu yararına kullanılmaya başlanması ve bu amaçla sağlık sistemine yönelik sosyal yatırımlara yeterli kamu kaynağının aktarılabilir olması ile sağlık sisteminin içine itildiği özelleştirme sürecinin önlenmesi olanaklı hale gelmiştir. Söz konusu parasal kaynak doğrudan sağlık sistemine yönelik yatırımların yanı sıra sağlık ve hastalık durumunu etkileyen yaşam kalitesi faktörlerinin iyileştirilmesi amacıyla da kullanılmaktadır. Sağlık sisteminin dönüştürülmesine yönelik çalışmalar daha önceki dönemde kendi haline bırakılmış bulunan, tanı ve tedavi protokolleri kısıtlanmış ve tedavi edici hekimliğin arka planına itilmiş olan 1. basamak hekimlik ve koruyucu sağlık yaklaşımının desteklenmesine yönelik çalışmaları da kapsayacak şekilde yürütülmektedir (PAHO, 2006).

Venezüella'da yeni sosyal yapılanmanın bir parçası olarak devletin, evrensel sosyal hakların sağlanmasına yönelik stratejiler geliştirme, sosyal eşitsizlikle savaşma, yoksulluğu ortadan kaldırma, bütüncül halk sağlığı sisteminin etkinliğinin artırılması ve hastalıklardan korunma çalışmalarının geliştirilmesi konularından sorumlu olduğu kabul edilmektedir. Bu kapsamda toplumdaki önemli sağlık sorunlarına çözüm arayan çeşitli sosyal içerikli projeler, kamu kaynaklarının bu amaçla seferber edilebilmesi yoluyla uygulanabilir kılınmaktadır. Bu kapsamda yıllar içinde sadece sağlık alanına aktarılan kamu kaynaklarının artırılması söz konusu olmamış; sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik kamu yatırımlarının, toplumun genelinin sağlık durumunun iyileştirilmesini amaçlayan sosyal projelerle desteklenmesi de olanaklı hale gelmiştir.

SAĞLIK İNSANGÜCÜ POLİTİKASINDAKİ DÖNÜŞÜM

2006 yılı itibariyle Venezüella'da temel sağlık hizmetleri kapsamında toplam 31.439 uzman, teknik personel ve sağlık teknisyeni çalışmaktadır. Bunlardan 15.356'sı Kübalı hekimdir ve bunların da büyük çoğunluğu (13.000 kadar) sağlık dispanserleri ile konsültasyon birimlerinde çalışmaktadırlar. Barrio Adentro projesi kapsamında çalışan Venezüellalı ve Kübalı hekimler Küba ya da Venezüellaki 6

yıllık tıp fakültelerinden mezun olmuşlardır. Kübalı doktorlar kapsamlı genel tıp konusunda uzmanlaşmış durumdadırlar ve Dahiliye, Çocuk Hastalıkları, Kadın Doğum ile koruyucu hekimlik alanlarında 3,5 yıllık eğitimden geçmişlerdir.

Dispanser hekimleri kendilerine bağlı aileleri içinde yaşadığı çevre koşullarıyla birlikte değerlendirmek üzere belirli aralıklarla kişileri evlerinde ziyaret etmektedirler. Bu şekilde konsültasyonların yaklaşık %40'ı ev ziyaretleri şeklinde gerçekleşmektedir. Barrio Adentro projesi kapsamında düzenli olarak temel sağlık hizmeti bakımına ulaşabilenler, Venezüella nüfusunun %73'ünü oluşturmaktadır. Venezüella'da nüfusun %30'unun yüksek gelir grubunda olması nedeniyle temel sağlık bakımı hizmetlerine kendiliğinden ulaşabildiği göz önüne alınacak olursa, 2006 yılında nüfusun %100'ünün temel sağlık hizmetlerine ulaşabilme şansına sahip olduğu belirtilmektedir (PAHO, 2006).

Barrio Adentro projesi geçmişte sağlık bakım hizmetlerine düzenli olarak ulaşamayan toplum kesimlerinin %70'ini kapsamaktadır ve bu kapsamda sağlık personelinin ülke içindeki eşitsiz dağılımının önlenmesi yönünde de iyileşmeler elde edilmiştir. Bu konu da eşitsizliği ölçmek amacıyla kullanılabilen bir hesaplama olan Gini katsayısına göre bir değerlendirme yapılabilir. 1998 yılında hekimlerin ülke içindeki dağılımı için hesaplanan Gini katsayısı 0,23 iken (bu dönemde hekimlerin %51'inin ulusal gelirden yüksek pay alan 5 eyalette çalışmaktaydı), 2005 yılı için yapılan hesaplamada aynı değer daha dengeli bir dağılımı işaret edecek şekilde 0,12 olarak bulunmuştur. 2006 yılı itibariyle Venezüella'daki 24 eyaletten 16'sında bir hekime 1.250 kişiden daha az nüfus düşmektedir (PAHO, 2006).

Bütüncül toplum hekimliği ve genel tıp eğitimi

Venezüella'da 2004 yılı içinde temel sağlık hizmetleri konularıyla ilgili olarak bütüncül genel tıp eğitimi adlı yeni bir yetişkin eğitim modeli yürürlüğe girdi. Öğrenci-doktorların sağlık dispanserleri ve hastanelerde 30 haftalık

Tablo 1. Venezüella'da yıllara göre kamu sağlık yatırımlarının genel bütçe ve gayri safi yurt içi hasıla içindeki payı (2000-2006)

	Genel bütçe	Düzenli sağlık bütçesinin genel bütçe içinde payı (%)	Genel bütçe içinde sağlık bütçesi artı bütçe dışı katkılarının payı (%)	Gayri safi yurt içi hasıla	Sağlık bütçesinin gayri safi yurt içi hasılaya oranı (%)	Düzenli sağlık bütçesi artı bütçe dışı katkılarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı (%)
2000	23.533.561	6,09	6,09	79.655.692	1,80	1,80
2001	28.079.214	6,16	7,34	88.945.596	1,94	2,17
2002	31.687.452	6,61	8,90	107.840.166	1,94	2,63
2003	41.613.125	6,36	11,75	134.217.306	1,97	3,47
2004	60.505.058	6,46	18,81	207.599.608	1,88	5,56
2005	81.805.297	5,94	31,00	262.984.000	1,85	9,17
2006	87.029.741	5,76	26,08	285.624.000	1,75	7,71

yoğun bir tempoda çalışması ile yürütülen bütüncül genel tıp eğitimi, katılımcı ve disiplinler arası yapıda olup; temel bilimler, klinik bilimler, sosyal bilimler, epidemiyolojik bilimler ve insan bilimlerini kapsamaktadır. Eğitim süreci içinde epidemiyolojik ve çevresel bakış açısı, bireysel ve toplumsal risk faktörleri, eleştirel düşünme, duyarlılık ve dayanışma konuları ön plana çıkmaktadır.

Ayrıca Küba ile 2005 yılında imzalanan anlaşma sonrası yapılan işbirliği kapsamında, 2006 yılında 17.000 lise mezunu öğrenci 6 yıl süreli bütüncül tıp eğitimi alma olanağına sahip olmuştur. Bu eğitimin amacı tanı ve tedavi yeterliliğinin edinilmesi ile bütüncül sağlık bakım hizmeti, hastalıkları önleme ile bireylerin, toplumun ve çevrenin tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu yönüyle bütüncül toplum hekimliği, Venezüella'nın insan kaynakları politikasında kapsamlı bir değişikliğe işaret etmektedir.

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları

1999 yılında Küba'dan uzmanlar geldikten sonra sağlığın geliştirilmesi, toplumda yürütülen çalışmaların anahtar unsurlarında biri haline geldi. Sağlığın geliştirilmesi üzerine ilk ulusal çalıştay 2004'te her eyaletten temsilcilerin katılımı ile Caracas'ta yapıldı ve burada sağlığın geliştirilmesi için ülke düzeyinde yürütülecek çalışmalarla ilgili rehberler hazırlandı. Daha sonraki dönemde de çeşitli yerlerde toplanan çalıştaylarla bu alandaki çalışmalara ulusal ölçekte devam edildi. Bu çalıştayların ilkinde Küba'da yürütülene benzer şekilde sağlık gelişimcisi eğitimlerinin düzenlenmesi planlandı. Bu şekilde 2005-2006 yıllarında içinde 100.000'den fazla kişinin sağlık gelişimcisi olarak eğitilmesi sağlandı (PAHO, 2006).

Ayrıca gençlerin de sağlık gelişimcisi olarak eğitilmesi yoluyla toplumdaki sağlık eğitimi hizmetlerine katılmalarına yönelik çalışmalar yürütüldü. Bu kapsamda çok sayıda gencin toplumdaki önemli sağlık sorunlarıyla ilgili konularda eğitilmeleri sağlandı. Genç sağlık gelişimcilerinin görevlerinden önemli bir tanesi ise kendi bölgelerindeki aileleri ziyaret ederek bilgilerini onlarla paylaşmak olarak belirlendi. Bu genç sağlık gelişimcileri ayrıca kendi aileleri üzerinde de olumlu yaşam stili değişikliklerinin sağlanmasına yönelik aktiviteler yürütmektedir.

Barrio Adentro projesi kapsamında sağlık komiteleri ile işbirliği içinde hekimler tarafından da eğitici konuşmalar, halk sağlığı dersleri ve yüz yüze görüşmeler yapılmaktadır. Ayrıca sağlığın geliştirilmesi çalışmaları kapsamında düzenli olarak dans terapisi etkinlikleri, spor etkinlikleri, çocukların sokak etkinlikleri ve genel temizlik günü etkinlikleri düzenlenmektedir. Bu kapsamda 2005 yılı içinde 6.845 dans terapisi etkinliği, 48.979 spor etkinliği, 5.809 sokak etkinliği ve 7.220 genel temizlik günü etkinliği düzenlenmiştir. Benzer şekilde sağlığın geliştirilmesi etkinlikleri amacıyla radyo ve televizyon yayınlarından da etkin bir şekilde faydalanılması

sağlanmaktadır. Venezüella genelinde radyo istasyonları haftada ortalama 87 saat sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi kapsamında yayın yapmaktadır (PAHO, 2006).

Sağlıkla ilgili sosyal projeler

Venezüella'da sosyal içerikli diğer bazı projeler de yürütülmektedir ve bu projeler sağlığı belirleyen sosyal belirleyiciler üzerinden halkın sağlık durumunu geliştirici yönde etkide bulunmaktadır. Söz konusu projelerin çalışma alanlarından bazılarını okul öncesi eğitim, okuryazarlık, ilk öğretim, orta öğretim, yüksek öğretim, tarımın geliştirilmesi, eğitim ve çalışma, yerlilerin topluma entegrasyonu, kültür, barınma, nüfuz kayıtları, sokak çocuklarının bakımı, göz sağlığı, beslenmenin desteklenmesi, kalkınma ve ulusal egemenlik, okul beslenmesi, spor ve boş zamanların değerlendirilmesi konuları oluşturmaktadır.

BARRIO ADENTRO PROJESİNİN YAKIN DÖNEM SONUÇLARI

Doğum öncesi bakım ve çocuk sağlığı hizmetleri

Sağlık açısından riskli gruplar arasında ele alınan gebe ve çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinin toplumun geneline kesintisiz olarak ulaştırılması, toplum sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Venezüella'da doğum öncesi bakım alan kadın yüzdesi 1997'de %25 iken, Barrio Adentro projesiyle birlikte 2005'te %57'ye ulaşmıştır. Bununla birlikte ilk 3 ayında tespit edilen gebe oranı hala %30'un altındadır. Gebelik süresince ortalama izlem sayısı ise 4'tür. 2004-2005 yılları arasında Venezüella genelinde 769.604 gebe kadın kontrolden geçirildi ve bunların 146.397'sinin muayenesi sağlık dispanserlerinde yapıldı. Bu 2 yıllık süre için ülke genelinde doğum öncesi bakım alma kapsayıcılığı %70 olarak gerçekleşti. Gebeliğin ilk 3 ayı içinde sağlık dispanserleri tarafından gerçekleştirilen sağlık bakım hizmetinin kapsayıcılığı ise %54,5 olarak gerçekleşti ve gebelik süresince bir gebe ortalama 10,5 kez sağlık dispanser personeli tarafından ziyaret edildi. Aynı süre içinde dispanserler tarafından 106.054 kadına doğum sonrası bakım amacıyla toplam 201.512 kez ziyaret gerçekleştirildi ve 106.233 yeni doğanın ilk olarak sağlık izlemi yapıldı. 2004-2005 yılları arasında sağlık dispanserleri ve konvansiyonel sağlık kurumları tarafından, tüm bebeklerin %87'sine denk düşen 872.624 bebek sağlık izlemi kapsamına alındı. Aynı süre içerisinde 1-4 yaş arası çocuklara yönelik 1.946.640 ve 5-14 yaş arası çocuklara yönelik 3.945.920 sağlık izlemi gerçekleştirildi (PAHO, 2006).

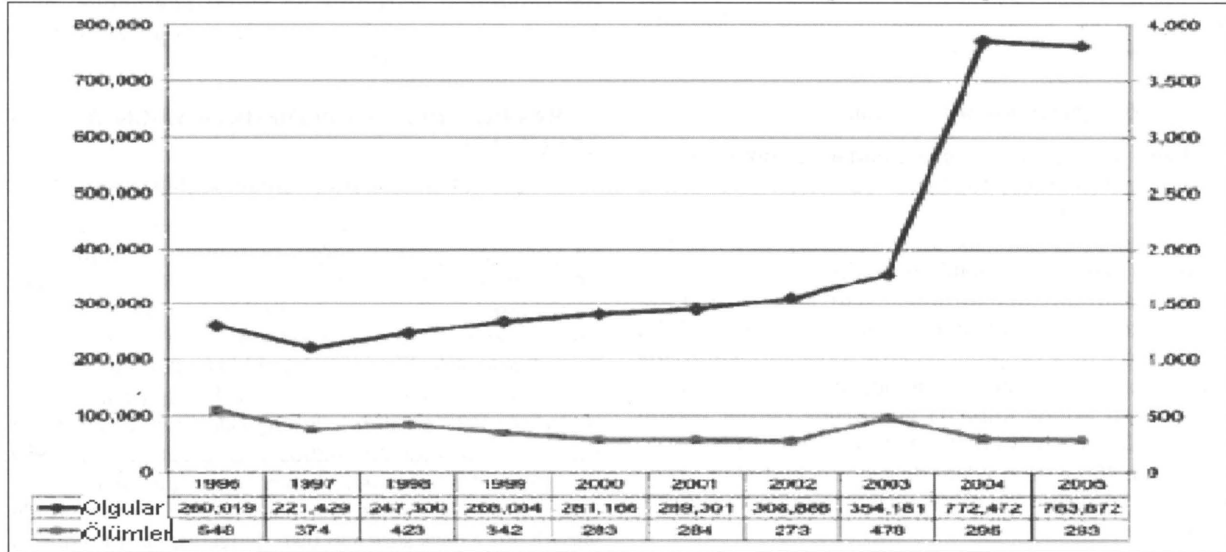
Barrio Adentro projesinin uygulamaya konulmasından sonra Venezüella'da sağlık alanında yaşanan gelişmelerin genel olarak iki önemli özelliğine işaret edilmektedir. Bunlardan birincisi sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin artması ve geçmiş dönemde sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı dışında kalan kesimlerin, hizmetlerden ücretsiz olarak faydalanabilmesinin sağlanmasıdır. Bu sayede ülkenin çeşitli sağlık göstergelerinde belirgin iyileşmelerin yaşandığı görülmektedir. İkinci önemli

gelişme ise sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının artması sayesinde hizmetlerinin bilimsel temelde değerlendirilmesinin ve saptanacak hedefler doğrultusunda kapsamlı çalışmalar yürütülmesinin olanaklı hale gelmesidir. Grafik 1 ve Grafik 2'de Venezüella'da çocuk ölümlerinin en önemli 2 nedeni olan ishal hastalığı ile zatürrenin yıllar içinde seyri ve hastalığa bağlı ölüm sayıları görülmektedir.

Aşağıdaki grafikler Venezüella'da çocuk ölümlerinin önemli nedenleri olan ishal ve pnömoninin yıllar içinde daha sık tespit edilir hale gelmesine karşın, bu hastalıklara bağlı ölümlerin azalmakta olduğunu göstermektedir. Bunun nedeni geçmişte sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı

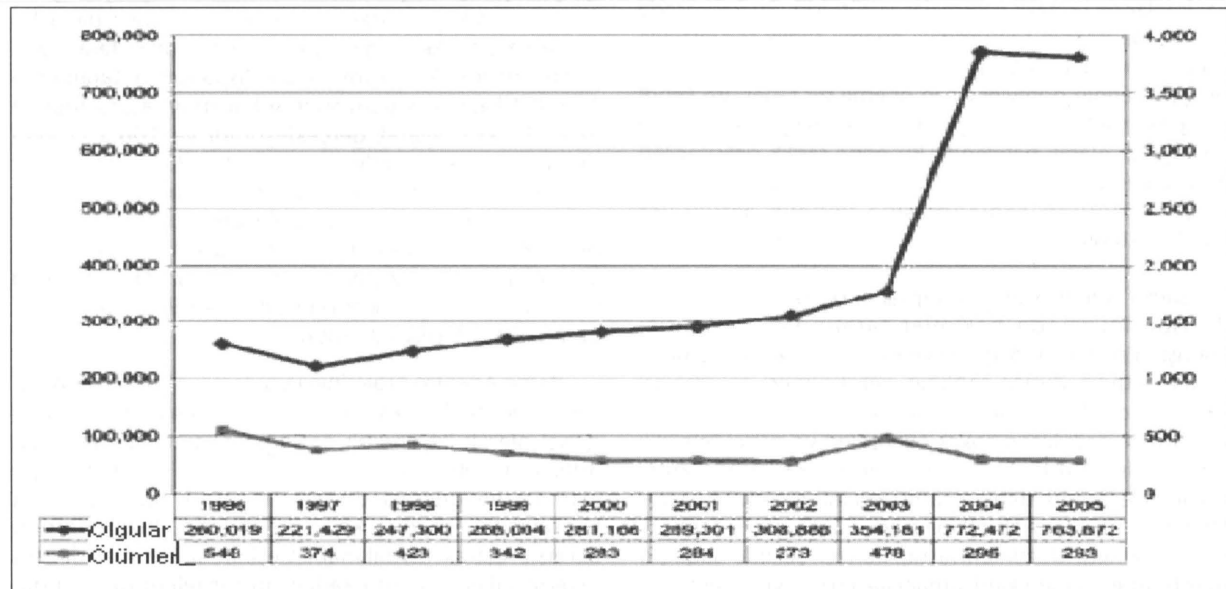
dışında kalan ve çeşitli nedenlerle yüksek sağlık riskleri ile birlikte yaşayan toplum kesimlerinin Barrio Adentro projesi kapsamında sağlık sistemine dahil edilebilmesi oluşturmaktadır. Bu sayede 1996-2005 yılları arasında 1 yaş altı çocuklarda ishale bağlı ölümler %67,7 ve zatürreye bağlı ölümler %45,3 azalırken; aynı hastalıklara bağlı 1-4 yaş arası çocuklardaki ölümlerde ise sırasıyla %48,3 ve %41 azalma elde edilmiştir. Bu şekilde Venezüella'da 1996'da binde 24 olan bebek ölüm hızı (her bin canlı doğum için 24 bebeğin ölmesi) 2005'te binde 16'ya düşmüştür. Ancak bu iyileşmenin ardında sadece medikal içerikli çalışmaların yattığını düşünmek yanıltıcı olur. Sağlık göstergelerinin iyileşmesi üzerine sosyo-ekonomik ekonomik koşullardaki düzelmeye, sağlık hizmetlerine

Grafik 1. Venezüella'da 1995-2006 Yılları Arasında Çocuklarda İshal Hastalığı ve İshale Bağlı Ölümler



Kaynak: PAHO; 2006

Grafik 2. Venezüella'da 1995-2006 Yılları arasında çocuklarda pnömoni hastalığı ve pnömoniye bağlı ölümler



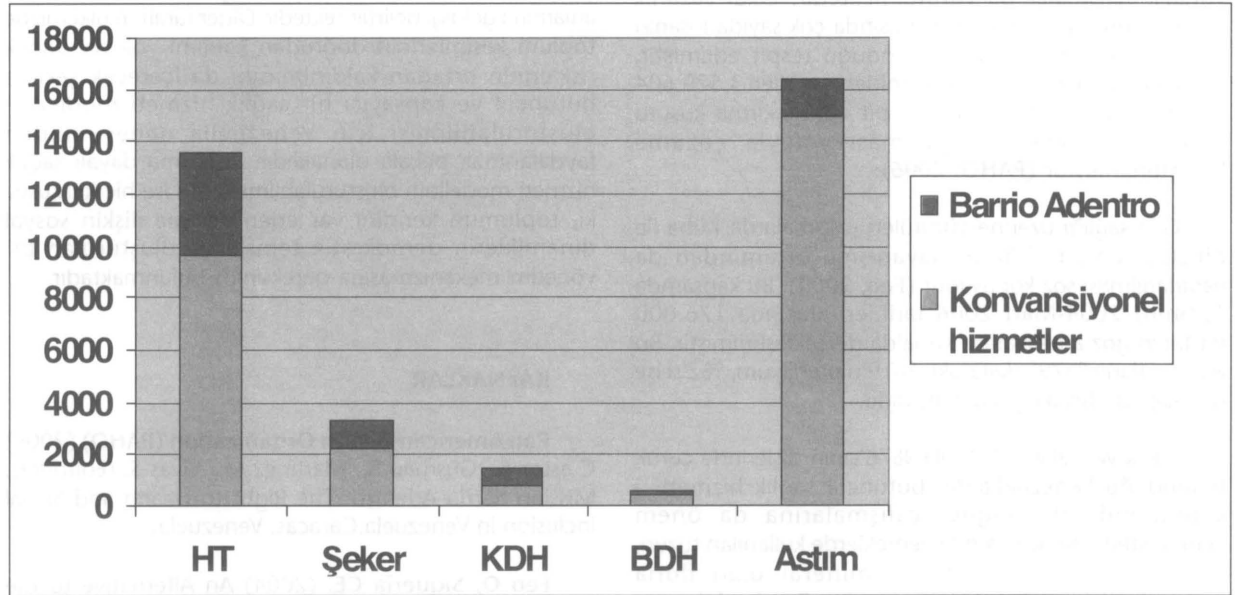
Kaynak: PAHO; 2006

ulaşabilirliğin artması, okur yazarlık, kadınların eğitimi, içilebilir suya ulaşım, atıkların uzaklaştırılması, bağışıklama, anne sütünün teşviki, çeşitli ilaç ve vitaminlere ulaşabilme gibi sosyal, kültürel ve tıbbi etkenler bir bütün olarak belirleyici olmaktadır. Venezüella'da 1999-2004 yılları arasında sağlıklı suya ulaşabilen nüfus %82'den %93'e; sağlıklı kanalizasyon sistemine sahip olan nüfus ise %64'den %79'a yükselmiştir (PAHO, 2006).

Kronik hastalıklar

Barrio Adentro projesi kapsamında Venezüella toplumu için önem taşıyan kronik hastalıkların erken tanı ve izlemlerinin sağlanması konusunda da başarılı çalışmalar yürütülmektedir. Geçmişte sağlık hizmetlerine düzenli olarak ulaşamayan kesimlerde, Barrio Adentro projesiyle birlikte tansiyon yüksekliği, şeker hastalığı, astım, kalp damarlarının tıkanıklığı ve beyin damarlarının tıkanıklığı gibi kronik hastalıklarda yeni olgu saptama hızı

Grafik 3. 2004-2005 yıllarında Venezüella'da yeni tanı bazı kronik hastalıklar



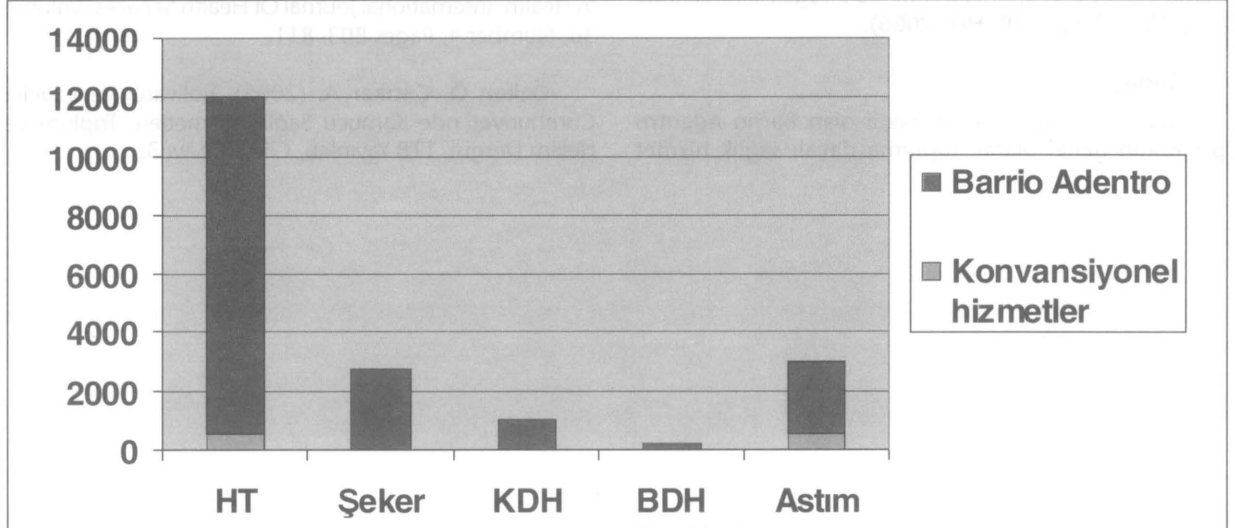
HT: Hipertansiyon (Tansiyon yüksekliği)

KDH: Kalp damar hastalığı

BDH: Beyin damar hastalığı

Kaynak: PAHO; 2006

Grafik 4. 2004-2005 Yıllarında Venezüella'da Kronik Hastalık İzlem Sayıları (PAHO; 2006)



HT: Hipertansiyon (Tansiyon yüksekliği)

KDH: Kalp damar hastalığı

BDH: Beyin damar hastalığı

Kaynak: PAHO; 2006

artmıştır. Ülke genelinde bu hastalıkların düzenli olarak izlenmesinin önünde hala bazı sorunlar bulunmakla beraber, yoksul ve emekçi kesimlere yönelik çalışmalar kapsamında bu hastalıklara yakalanmış kişilerin eskisinden daha sık ve düzenli bir şekilde izlenerek tedavilerinin düzenlenmesinin olanaklı hale geldiği belirtilmektedir.

Diğer çalışmalar

Barrio Adentro projesi kapsamında ilk basamakta göz hastalıklarının erken tanısı ve tedavisinin sağlanmasına yönelik çalışmalar da yürütülmektedir. Okul yazarlık üzerine yürütülen çalışmalar sırasında çok sayıda insanın gözlerinde kırma kusuru bulunduğu tespit edilmiştir. 2004-2005 yılları arasında kontrolden geçirilen 3.529.604 kişinin %38'inin gözlerinde tespit edilen kırma kusuru uygun gözlüklerin sağlanması yoluyla çözüme kavuşturulmuştur (PAHO, 2006).

Göz sağlığı üzerine yürütülen çalışmalarda Küba ile oluşturulan işbirliği ve dayanışma ortamından da yararlanılması söz konusudur (Feo, 2004). Bu kapsamda Temmuz 2004-Mart 2006 tarihleri arasında 176.000 hastanın göz ameliyatları Küba'da gerçekleştirilmiştir. Bu ameliyatların %79'u katarakt, %19'u pterijiyum, %2'si ise göz kapağı düşüklüğü ameliyatıdır.

Erkek ve kızların %70 ila %76'sının dişlerinde çürük bulunduğu Venezüella'da, bütüncül sağlık hizmetleri kapsamında diş sağlığı çalışmalarına da önem verilmektedir. Bu kapsamda yemeklerde kullanılan tuzun, diş sağlığı için önemli bir mineral olan florla zenginleştirilmesi sağlanmaktadır. Barrio Adentro kapsamında oluşturulan sağlık alt yapısı, halka diş sağlığı alanında hizmetlerin oluşturulması noktasında da önemli işlevler üstlenmektedir. 2004-2005 yıllarında gerçekleştirilen 20.057.280 diş muayenesinin %71,6'sı Barrio Adentro projesi kapsamındaki sağlık birimlerinde gerçekleştirilmiştir (PAHO, 2006).

Sonuç

Venezüella'da uygulanmakta olan Barrio Adentro projesinin genel olarak topluma dayalı sağlık hizmet

modelini oluşturduğu ve öncelikli olarak geçmişte bütüncül sağlık hizmetlerine ulaşma olanağı bulunamayan toplum kesimlerini hedeflediği görülmektedir. Bu yönüyle toplum katılımına dayalı olmak ve toplumun emeği ile geçinen yoksul kesimlerini de kapsamak, Barrio Adentro'nun ayırıcı özelliklerini oluşturmaktadır. Venezüella sağlık sisteminde günümüzde yaşanan dönüşüm sürecinin Alma Ata Konferansı ile vurgusu yapılan temel sağlık hizmetleri yaklaşımı ile benzerlikleri gözden kaçırmamakta ve bu alanda yürütülen çalışmaların Alma Ata ruhunun yeniden canlanması anlamına geldiği belirtilmektedir. Diğer taraftan ülkemizde toplum kesimlerinin doğrudan katılımı yoluyla, sağlık risklerinin ortadan kaldırılmasını da içerecek şekilde bütüncül ve kapsayıcı bir sağlık hizmeti modelinin oluşturulabilmesi için Venezüella deneyiminden faydalanmak pekala olanaklıdır. Topluma dayalı sağlık hizmeti modelinin oluşturulabilmesi için ise hiç kuşkusuz ki, toplumun kendini var eden ve ona ilişkin sosyal dinamiklerin demokratik temsili ile oluşturulan bir yönetim mekanizmasına gereksinim bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

Pan American Health Organization (PAHO) (2006) C astro A., Gusmão R., Martínez M., Vivas S. (Editörler). Mission Barrio Adentro: The Right to Health and Social Inclusion In Venezuela. Caracas, Venezuela.

Feo O, Siqueria CE. (2004) An Alternative to the neoliberal model in health: The cases of Venezüella. International Journal of Health Services, 34(2): 365-5.

Muntaner C, Salazar R, Benach J, Armada F. (2006). Venezuela's Barrio Adentro: An Alternative To Neoliberalism In Health. International Journal Of Health Services, Volume 36, Number 4, Pages 803-811.

Özkan Ö, Çatıker A. (2005). Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nde Kamucu Sağlık Hizmetleri. Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Yayınları, Cilt:20, Sayı:3.