

LATİN AMERİKA SOSYAL TIP YAKLAŞIMI

Yazan: Dr. Deniz Akgün, Halk Sağlığı Uzmanı, **Bilim ve Gelecek Dergisi**, Sayı: 56

Latin Amerika sosyal tıp yaklaşımı, tıpla ilgili geleneksel düşünce kalıplarına yönelik eleştirel düşünce hareketinin çağdaş bir örneği olarak ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşımda hastalıkların kendi içinlerinde kapalı durumlar ya da olaylar olarak görülmesi yerine, normal olanla patolojik olan arasındaki akıcı ve karmaşık bir ilişki olarak sağlık-hastalık diyalektiğine gönderme yapılmaktadır. Ayrıca eylem içinde teori ve uygulamanın birlikteliğine vurgu yapıldığı görülmektedir. Bu kapsamdaki diyalektik ilişki, farklı hastalık örüntüleri ile bunları açıklayıp, tedavi etmeyi amaçlayan farklı tıp öğretilerini koşullayan sosyal yapı içinde kendini göstermektedir. (1)

Latin Amerika sosyal tıp yaklaşımı ile günümüzde, sağlığın toplumsal özelliklerini inceleyen hatırı sayılır teorik ve pratik çalışma birikimine ulaşıldı. Latin Amerika'daki sosyal tıp aktivistleri toplum organizasyonlarında, birliklerde ya da politik hareketler içinde yer aldılar. Bir bölümü ise çalışmalarını sırasında politik baskının kurbanı oldular. (1) Bunlardan son grupta yer alıp da, önemli bir dizi sosyal tıp uygulamasının öncülüğünü yapan birisi Salvador Allende olmuştur.

Salvador Allende'nin Sosyal Tıba Katkısı

Salvador Allende, büyük babası hekim, babası ise özgürlükçü bir avukat olan bir Şili yurttaşıydı. 1920'li yıllarda tıp eğitimi alan Allende, üniversitedeki tıp öğrencileri birliğinin liderlerindendi. Tıp fakültesi içinde bir grup öğrenci ile birlikte felsefi ve politik içerikli incelemeleri okuyup, tartışmalara katılması onun sonraki dönemdeki görüşlerinin biçimlenmesine katkıda bulundu. Fazla parası olmayan bir öğrenci olarak yoksul semtlerde yaşadı ve Şili halkının evsizlik, sağlık hizmetlerine ulaşamama, eğitimsizlik ve doyumsuzluk sorunlarına tanık oldu. Kendisinin yoksulluk trajedisiyle doğrudan yüz yüze gelmiş olması, düşüncelerinin olgunlaşmasında önemli bir rol oynamıştı. (2)

Allende, 20. yüzyılda sosyal tıpla ilgili çalışmalar yürüten ve Latin Amerika ölçeğinde sosyal tıp ekolünün şekillenmesine önemli katkılarda bulunan bir eylemci olarak bilinmektedir. 1930'lu yıllarda sosyal tıpla ilgili makalelerin yayınlandığı *Journal of Social Medicine* Dergisi'ni kurdu ve sonradan oluşturulacak Şili Sağlık Sistemini betimleyen *The Structure of National Health* adlı kitabın yazarları arasında yer aldı. (2)

Allende'nin 1930'lu yıllarda yaptığı çalışmalarda yoksulluğu, toplumun sağlık durumunu etkileyen bir faktör olarak ele aldığı görülmektedir. Şili'nin Medikal ve Sosyal Gerçekliği (Medical and Social Reality in Chile) adlı yapıtında yoksul ve varlıklı mahallelerdeki çocukların boy ve kilo ortalamaları arasında fark olduğunu dile getiren Allende, yoksulluğun çocukların olağan gelişimini olumsuz etkileyen yönlerine dikkat çekti. Gelir düzeyinin yaşam koşulları üzerindeki etkisinin karmaşık olması ile birlikte ölümlülük hızına etkisinin açık bir şekilde gözlemlendiğini belirten Allende, yetersiz ve dengesiz beslenme nedeniyle enfeksiyon hastalıklarının, gribal enfeksiyon sonrası gelişen sağlık sorunlarının ve özellikle işçi sınıfını etkileyen Tüberküloz hastalığına yakalanma sıklığının artmakta olduğunu belirtti.(3)

Yaşam koşullarının sağlık üzerindeki etkisini tifüs ve uyuz gibi hastalıklar üzerinden örnekleyen Allende, Tifüs'ün bulaşmasında pirelerin aracılık etmesinden yola çıkarak, bu hastalığın yaygın görülmesinin yetersiz yaşam koşulları ile ilgisine dikkat çekti. Benzer şekilde uyuz hastalığının da temiz elbise ve gece kıyafetlerine sahip olmayan kesimlerde yaygın görüldüğünü ve kişisel hijyen eksikliğinin de eklendiği durumunda hastalıkla mücadele etmenin olanaksızlaştığını dile getirdi. (3)

Allende, önemli sağlık göstergelerinden biri olan bebek ölüm hızının sosyal açıdan organize olma sorunları bulunan toplumlarda yüksek olduğunu belirtmiştir. Bebek ölümlerinin önemli bir nedeninin evlilik dışı çocuk sahibi olmanın yaygınlığı olduğunu belirten Allende (1938 yılında Şili'de tüm canlı doğumların %28'i evlilik dışıydı), baba varlığının ekonomik desteğinden mahrum büyüyen çocukların çeşitli fiziksel yoksunluklarla karşı karşıya bulduklarını dile getirdi. 20.Yüzyılın başlarında Şili'de bebek ölümlerindeki artışın ise fiziksel yaşam koşullarında kötüleşmenin yanı sıra kadınların giderek daha yüksek oranda zor koşullardaki endüstriyel iş yaşamına dahil olması ve gebelikleri sırasında yeterli sağlık bakım hizmetine ulaşamaması ile açıkladı.

Allende madde bağımlılığı sorununun da sosyal nedenleri ve çözüm önerileri konusunda çalışmalar yürütmüştü. Madde bağımlılığının zayıf kişilik yapısı, sorumluluk duygusu eksikliği ve fiziksel ya da ruhsal sorunlarla başa çıkmakta zorlanma sonrasında geliştiğini belirtti. Bunların da erken çocukluk ve eğitim dönemi deneyimleri, duygusal ve moral çökkünlük ile ekonomik ve sosyal zorluklarla ilişkili olduğunu belirtti. Kokain, morfin, eroin gibi uyuşturucu maddelerin pahalı olmaları nedeniyle ancak burjuvazinin aristokrat kesimi tarafından temin edilebildiğini belirten Allende, bu kesimde görülen isteksizlik, yaşam korkusu ve sorumluluk eksikliği gibi kişilik özelliklerinin, bağımlılığı koşullayan psikolojik özellikler olabildiğini dile getirdi.(3)

Önemli sağlık sorunlarından alkol bağımlılığından etkilenen nüfusun büyüklüğü ile bu sağlık sorunlarının sosyal ve kültürel nedenleri üzerinde de duran Allende, sorunun nedenlerinin fiziksel ve ruhsal yoksunluklara bağlamıştır. Gelir yetersizliği, yetersiz barınma koşulları, yetersiz beslenme ve giyim kuşam eksiklikleri gibi fiziksel yoksunlukların yanı sıra, eğlenme gereksiniminin karşılanamaması nedeniyle işçilerin meyhanede arkadaşlarıyla içki içmeyi bir kaçış yolu olarak kullandıklarını belirten Allende; bu şekildeki alkol tüketiminin, tükenmekte olan vücutlar için anestezi etkisi yaptığını dile getirdi. (3)

Allende tıp ve politika alanındaki ikili kariyerini yaşamı boyunca sürdürdü. Bu alanlardaki çeşitli dergilerin editörlüğünü yaptı. Politik aktivitelerinden ötürü tutucu hükümetler tarafından ülke içinde çeşitli yerlere sürgün edildi. 1933'te Sosyalist Parti kurucuları arasında yer aldı. "Çalışmalarım bana bu sorunların çözümü için sosyalizmin tek seçenek olduğunu ve Şili'nin kendi yolunu bulması gerektiğini düşündürmüştür" diyen Allende, 1930'lu yıllarda çeşitli sol partilerden oluşan Halk Öncüsü Koalisyonu'nun oluşturulmasına öncülük etti. 1937'de Sosyalist Parti temsilcisi olarak Şili Ulusal Kongresi'ne seçildi. (4)

1940 yılında 2 yıl kadar sürdüreceği sağlık bakanlığı görevine getirildi. Cerda hükümetinin sağlık bakanı olarak halk sağlığı, sosyal refah ve kadın hakları konularıyla ilgili düzenlemelerle ilgilendi. Çalışan kesimlerin kötü yaşam koşullarından kaynaklanan anne ve bebek ölümleri, tüberküloz, cinsel yolla ve diğer yollarla bulaşan hastalıklar, ruhsal sorunlar ve meslek

hastalıkları üzerine odaklandı. Düzenli beslenmenin geliştirilmesi, her aileye günde 1 litre süt sağlanması, risk grubundaki kişilere daha iyi sağlık bakımı sağlanması, sağlık sistemi içinde hasta görüşmeleri sayısının 2 katına çıkarılması ve hizmete ulaşmada zorluk çeken kesimlere yönelik sağlık eğitimlerinin yoğunlaştırılması konularında çalışmalar yürüttü. (4) Sağlık geliştirilmesi için tıbbi müdahalelerden çok; gelir dağılımı, ulusal konut edindirme programı ve endüstriyel reformlar gibi sosyal dönüşüm çalışmalarının önem taşıdığı görüşünü savundu.

Çalışan kesimlerin sağlık sorunlarının ele alınmasında Engelsin “İngiltere’de Emekçi Sınıfın Durumu” adlı çalışmasında kullanılan yöntemin benzerini kullandı. “Kötü beslenen, paçavralar giyinen ve merhametsiz sömürü koşulları altında çalışan kişilere sağlık ve bilgi ulaştırmak olanaksızdır” diyen Allende, sağlık sorunlarının çözümü için sosyal dönüşümün zorunluluğu konusunu vurguladı. 1950’li yıllarda Amerika kıtasında evrensel sağlık bakımını ilk kez güvence altına alan Şili Ulusal Sağlık Sistemi’nin kurulmasını öngören yasama çalışmalarını yürüttü.

Allende, sosyal tıp alanındaki görüşlerini idealist bir doktor ve politik bir lider birikimi ile oluşturabilmişti. Yaşamı boyunca Şilililerin sosyal sorun olarak adlandırdıkları hastalıkların sosyal nedenleri ile ilgilendi. Bu sorunlarla ilgilenmesi, onun tıp eğitimi sırasında sosyalist politika ile tanışmasıyla biçimlenmişti ve ilk kabinesinin politikalarında olgunlaşan politik yaklaşımı üzerine de yönlendirici etkide bulundu. Bu kapsamda Latin Amerika Sosyal Tıbbının gelişimini derinden etkileyen ve Şili’de 1970’lerde Ulusal Sağlık Sisteminin kurulmasına öncülük eden sağlığın toplumcu yorumunu geliştirdi (5).

Politikacı doktor görünümüyle politikada, var olan toplumsal patolojinin tedavi edilmesini amaç edindi. 1952, 1958, 1964 ve 1970 yıllarında Şili Başkanı aday olarak seçimlere katılan Allende, 1970 yılında Halk Öncüsü Koalisyonu’nun aday olarak %36,3 oyla Şili başkanlığına seçildi. Başkanlığının ilk yılında işyerlerinin yönetiminde işçi katılımını sağlanması, tarım reformunun hızlandırılması, reel gelirin artırılması ve dağılımının yeniden düzenlenmesi, enflasyon ve işsizliğin azaltılması, barınma sorununun çözülmesi ve sosyal güvenlik sisteminin yaygınlaşması konularında çalışmalar yürüttü (2).

Şili Başkanı olarak yabancı şirketlerin ülkedeki etkinliğinin azaltılması çağrısı yaptı. Yoksulların ekonomik ve sosyal koşullarında köklü değişikliklerin sağlanmasına yönelik çalışmalar yürüttü(2). Tıbbi üretimin kamu denetimi altına alınması, ulusal jenerik ilaç formüllerinin geliştirilmesi ve ilaç endüstrisinin ulusallaştırılmasını hedefleyen çalışmalar yaptı. Şili’nin doğal kaynakları üzerindeki uluslararası sermayenin kontrolünü azaltmayı ve ülkenin önemli endüstrisi olan bakır endüstrisinin ulusallaştırılmasını sağlamaya yönelik adımlar attı. (6)

Allende 1973 yılının Eylül ayında ABD tarafından desteklenen kanlı darbe girişimiyle iktidardan indirildi. Gelişimine önemli katkıda bulunduğu Latin Amerika Sosyal Tıp (LASM) yaklaşımı ise çeşitli Latin Amerika ülkelerinde günümüzde de varlığını sürdüren sosyal tıp uygulamalarına kaynaklık etmektedir.

Kaynaklar:

1. **What is Social Medicine? Matthew R. Anderson, Lanny Smith, and Victor W. Sidel.** <http://www.monthlyreview.org/0105anderson.htm>
2. **Sara K.** (2003). Tedeschi, Theodore M. Brown, and Elizabeth Fee Voices From the Past American Journal of Public Health I December 2003. Vol 93, No. 12
3. **Salvador A.** (2005). Medical and Social Reality in Chile. International Journal of Epidemiology 2005;34:732–736
4. **Winn P.** (2005). Salvador Allende: His political life ... and afterlife Socialism and Democracy, Publication details, including instructions for authors and subscription information: Ulaşım tarihi 01.11.2007, <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t713727607>
5. **Porter D.** (2006). How Did Social Medicine Evolve, and Where Is It Heading? PLoS Medicine | Ulaşım tarihi: 01.11.2007, www.plosmedicine.org October 2006 | Volume 3 | Issue 10. 1667-1672.
6. **Holtz Timothy H.** (2005). Social Medicine – History and Contemporary Relevance Ulaşım tarihi: 01.11.2007, www.socialmedicine.org/presentations/Emory_SocialMedCourse1.ppt

KÜBA'DA SOSYAL TIP UYGULAMALARI

Arjantinli hekim olan Ernesto Che Guevara, 19. yüzyıldaki fikirdaşı Rudolf Virchow gibi politikayı tıbbın geliştirilmiş bir durumu olarak ele almıştır. Bu amaçla Fidel Castro'nun öncülüğünü yaptığı devrimci politik hareket içindeki yerini almak üzere Küba'ya giden Guevara, Latin Amerika sosyal tıp hareketinin politik mücadele içindeki önemli kişiliklerinden biriydi. Guevara'ya göre, devrimin görevi çocukların eğitim ve beslenmesini sağlamak, kitleleri eğitmek, ürünlerinin meyvalarını toplayamayan ve sömürülen topraksız çiftçilere toprağın yeniden dağıtılmasını sağlamaktır. Özetle Küba'da yapılması amaçlanmış olan sosyal tıp dönüşümünü gerçekleştirmektir.(1)

1959 yılında Küba devrimi gerçekleştikten sonra Fidel Castro, yeni hükümetin iki büyük önceliğinin eğitime evrensel ulaşım ile kapsamlı bir sağlık hizmeti sisteminin oluşturulması

olarak açıklamıştır. (2) Küba'da devrimden sonra, öncesinde özel sektörün elinde olan ilaç üretim ve dağıtımının ulusallaştırılması yoluna gidildi ve ülkede faaliyet gösteren ilaç şirketlerinin ulusallaştırılması 1965 yılına kadar tamamlandı. 1983 yılında çıkarılan bir yasayla topluma dayalı 1. basamak sağlık hizmeti modeli olarak aile hekimliği uygulaması başlatıldı. Bu kapsamda her komşuluk alanına, fabrikalara ve okullara aile hekimleri görevlendirildi.

Aile hekimlerinin görevlerini sağlık eğitimi, tanılal testler, doğum öncesi bakım, bağışıklama, beslenmenin izlenmesi, kanser taraması, tütün alışkanlığı ve stresle başa çıkma, sağlığın geliştirilmesi ve süreğen hastalıklarla mücadele konuları oluşturdu. Bir aile hekimi yaklaşık 700 kadar kişiden sorumlu tutuldu ve hekimlerin günlük mesaisinin belirli bir bölümünü ev ziyaretleri yaparak kullanması yaklaşımı benimsendi.

Sağlık hizmetlerinin koordinasyonu amacıyla aile hekimleri ile hastaneler arasında etkin işleyen bir sevk zinciri oluşturuldu. Hastasını hastaneye sevk eden aile hekiminin onunla birlikte gidebilmesi sağlandı. Bu şekilde hastane uzmanlarıyla yapacağı temasların aile hekimine, hastasının yataklı bakımı konusunda sorumluluk vereceği, hastanın taburcu olduktan sonraki bakımının daha iyi yapılacağı ve uzun süreli hekim hasta ilişkisi açısından olumlu sonuçlar elde edileceği öngörülmekteydi. Bebekler, gebeler, yüksek riskli işçiler ve yaşlılar, aile hekimleri tarafından düzenli tıbbi muayeneden geçirilmeye başlandı. Hekimler ve sağlık çalışanları zamanlarının önemli kısmını su sanitasyonu, beslenme, gebelik bakımı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmetlere ayırmaya başladılar. Küba eski sağlık bakanı Dr. Josepha Fernandez'e göre 2000'lerin ilk on yılında halk sağlığı önceliklerinden birini, sağlık sistemini birinci basamak sağlık hizmetlerine yöneltmek ve bu doğrultuda toplum katılımını geliştirmek oluşturmaktaydı. (2) Buna göre Küba'daki aile hekimleri dar alanlı topluluklarda sosyal değişimi sağlayacak aktörler olarak düşünölmektedir. (3)

Küba sağlık sisteminin ayırıcı özelliklerini ülkenin öz kaynaklarına dayalı olması, sağlıkla ilgili karar mekanizmalarında toplum katılımının belirleyici olması, sağlık hizmetlerindeki merkezi rolün koruyucu hizmetlere verilmesi ve sağlığın tümüyle kamusal bir alan olarak tanımlanması oluşturmaktadır.(3) Vatandaşların temel sağlık hizmetlerine ulaşması garanti altındadır. Bu, danışman hekimlerin (aile hekimleri) yoğun çabalarıyla ile gerçekleştirilebilmektedir. Tüm Küba'da kasaba, şehir ve köylere dağılmış toplam yaklaşık 20.000 birinci basamak sağlık merkezi vardır ve bunlar çoğunlukla iki katlı binalardadır. Bu binaların üst katları doktorların oturma yeri (lojmanı) olup, alt kat ise klinik bölümlerden oluşmaktadır. Hekimlerin her biri yaklaşık 150 aileden sorumludur ve danışman hekimliği hizmetini 56.000 doktor yerine getirmektedir. Aile hekimleri çalıştıkları toplum içinde yetişen, komşularının yaşam koşullarını bilen ve bakımlarını yaptıkları ailelerle tanışık olan tıp uygulayıcıları özelliğindedir. (4)

Küba'da sağlık hizmetlerindeki karar mekanizmalarında çeşitli toplum katılımı mekanizmaları oluşturulmuştur. Semt birlikleri, kitle örgütleri ve seçilmiş yerel komiteler Sağlık Bakanlığı ile işbirliği yaparak polikliniklerin yönetimine ve sağlık hizmetlerinin denetlenmesine katılmaktadır. Yerel düzeyde toplumu temsil eden komitelerin, sağlık programlarının oluşturulması ve uygulanması aşamasında rol sahibi olması sağlanmıştır. Bu komiteler ayrıca sokak temizliği, bağışıklama kampanyaları, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, gönüllü kan bağışı, sağlık taramaları gibi etkinlikler için toplumu harekete geçirmekle de görevlidirler. (2) Ayrıca her yılın sonunda aile hekimleri ile toplumun resmi ve resmi olmayan temsilcilerinin bir araya gelmesiyle

yerel sağlık sorunlarının irdelendiği, önceliklerin belirlendiği ve çözüm stratejilerinin tartişıldığı toplantılar düzenlenmektedir. (2)

Küba'da 1. basamak hekimleri, topluluk içinde sabit ve güvenilir bir etkiye sahiptir. Hekimler, kolayca ulaşılabilen bir "komşu hekim", bir sağlık yöneticisi, acil durumlarda ilk başvurulan kişi ve aynı zamanda toplum yararına olan her tür sağlıkla ilgili aktivitelerin sorumluluğunu paylaşan kişi rollerine sahiptir. Haftanın belirli günleri yapılan ev ziyaretlerinin temel amaçlarından birisi, tıp eğitimi ve sağlıkla ilgili bilgilerin topluma ulaştırılmasıdır. Sağlık alanındaki kaynaklarının büyük bir kısmı birinci basamak sağlık hizmetlerinin yapılandırılmasına; altyapı, koruyucu tıp etkinlikleri, immünizasyon gibi koruyucu hizmetlere ve anne-bebek sağlığına ayrılmaktadır.(4)

Özellikle 1990'lı yıllarda, ABD' nin Küba' ya karşı uyguladığı ve gıda, ilaç gibi ürünleri de kapsayan ambargo, sağlık alanında önemli sorunlara neden olmaktaydı. Amerikan firmalarının yabancı ortaklarının Küba'yla ticaret yapmasını yasaklayan ve Küba limanlarına yanaşan ticaret gemilerinin, Küba' dan ayrıldıktan sonra 6 ay Amerikan pazarına girişini önleyen (daha sonra 1992 Küba Demokrasi Akdi ile sertleştirilen) ambargo nedeniyle bazı besin maddelerine ve tıbbi ürünlere ulaşmada sıkıntılar yaşanmıştı. Dolayısıyla bu dönemde toplumu etkileyen bazı sağlık sorunlarıyla mücadelede çeşitli zorluklar ortaya çıktı. Ancak küçük bir ülke olmasına karşı Küba, yürüttüğü sosyal tıp projelerinin sonucunda ülke olanaklarını geliştirerek yurt dışından elde edemediği ürünlerini kendi üretir ve tıp teknolojisi alanında dünya ölçeğinde yenilikler yapan bir ülke olmayı başarmış durumdadır.

Küba'nın günümüzdeki sağlık göstergeleri, yüksek gelirli merkez kapitalist ülkelerin sağlık göstergeleriyle aynı düzeyde bulunmaktadır. 2001 yılı verilerine göre kişi başına düşen geliri 1.170 dolar olan Küba'da bebek ölüm hızı binde 6 iken; bu oran, kişi başına düşen geliri 30.600 dolar olan ABD'de binde 7 olarak bildirilmişti. (3)

Kaynakça:

1. **What is Social Medicine? Matthew R. Anderson, Lanny Smith, and Victor W. Sidel.** <http://www.monthlyreview.org/0105anderson.htm>
2. Erkoç M. Küba Sağlık Sistemi., Çiğdem Çağlayan. Toplum ve Hekim Dergisi, cilt:21, sayı:5-6, 2006
3. **Belek İ.** Küba'da Sağlık, Sosyalizmin Başarısı, Nazım Kültürevi Kitaplığı, 2002.
4. **Ramers C.** Küba'da Tıp: Yeni Bir Bakış Açışı. Tıp Dünyası Dergisi. <http://www.ttb.org.tr/TD/TD80/5.html>

Venezüella'da Topluma Dayalı Sağlık Hizmeti Modeli

BARRIO ADENTRO

Venezüella'daki kapsamlı sosyal dönüşüm projeleri, petrol endüstrisinin 1999'da ulusallaştırılması sonrasında elde edilen vergilerle finanse edilebilen sektörler üstü organizasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Bu projeler içinde yer alan hükümete bağlı her düzeydeki kurum, sosyal katılımın artması ile sağlık, eğitim, barınma, çalışma, beslenme gibi evrensel insan haklarının garanti altına alınmasını amaçlamaktadır.

2003 yılında başlatılan söz konusu sosyal dönüşüm projelerinden bir tanesini de Barrio Adentro adındaki mediko-sosyal içerikli toplum projesi oluşturmaktadır. Barrio Adentro projesinin önemli bir özelliğini nüfusun geneline kapsamlı temel sağlık bakımı hizmetlerinin sağlanması oluşturmaktadır. Diğer bir özelliğini ise karşılıklı bağımlılık, koordinasyon, katılımcı sorumluluk ve öncü rolündeki organize toplulukların aktif katılımı ile sosyal, ekonomik ve çevresel dönüşümün bütünüyle sağlanması oluşturmaktadır. (1) Barrio Adentro projesi sağlık politikaları, planları, projeleri ve programlarının oluşturulmasında bireylerin semt düzeyinde katılımı ile, hekim topluluklarının koordinasyonundan sorumlu olma ve komşu sağlık komiteleriyle işbirliğini sağlayan yönetimsel yaklaşımları içermektedir. (2)

Barrio Adentro projesi, toplumun doğal liderlerine sağlıkla ilgili düzenlemelerin içinde yer alarak süreci kontrol etme ve müdahale etme olanağını sağlamaktadır. Hugo Chavez hükümeti tarafından 2003 yılında başlatılan ve tıbbi yardımın toplumun doğrudan katılımı yoluyla toplumsallaşmasını amaçlayan Barrio Adentro projesi böylesi bir yaklaşımın sosyal politikalarla desteklenmesi olanağını sağlamaktadır. Söz konusu sürece ilişkin yaklaşım Hugo Chavez tarafından "Sağlık hizmetleri artık tıbbi bir yardım değil, sosyal ve katılımcı bir tıptır" sözleriyle tanımlanmıştır. Barrio Adentro, katılımcı demokrasi ile doğrudan yurttaş katılımını destekleyen politik düzeydeki daha kapsamlı sürecin bir parçası ve insancıl bir görev olarak ele alınmaktadır. Bu anlamda Venezüella'da sosyalizm temelinde daha eşitlikçi, ekonomik ve politik organizasyonların oluşturulması ile halk gücünün etkin hal getirilmesi çabaları ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir. (2)

Bu kapsamda sağlık hizmetleri denince akla sadece tedavi edici hizmetler gelmemekte, koruyucu ve sağlığı geliştirici hizmetlere de gereken önemin verilmesi söz konusu olmaktadır. 1999 yılında Küba'dan uzmanlar geldikten sonra sağlığın geliştirilmesi kavramı, 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 toplanan çeşitli çalıştaylarla bu alandaki çalışmalara ulusal ölçekte devam edildi. (2)

Benimsenen yeni sağlık modelinin temel amaçları arasında sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, organize toplulukların karar mekanizmasına katılımının sağlanması ve halk sağlığı alt yapısının güçlendirilmesi yer almaktaydı. Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları ise yaşam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi, eğitim ve kültürel olanaklar, fiziksel egzersiz, çevrenin korunması ve

dinlenme olanaklarının geliştirilmesini kapsamaktaydı. Sağlığın geliştirilmesi ve hastalıklardan korunma çalışmaları; günlük olarak verilmekte olan sağlık hizmetlerinden çocuk sağlığı, kadın sağlığı ve yaşlı sağlığı hizmetlerine entegre edildi. (1) Oluşturulan sağlık organizasyonu içinde 106 temel ilacın gereksinim duyulduğu durumlarda ücretsiz olarak temin edilmesi de sağlandı. Bu şekilde daha önce temel sağlık bakımı hizmetlerine düzenli bir şekilde ulaşamayan ve Venezüella toplumunun %70'ini oluşturan nüfusu da kapsayan temel sağlık organizasyonu oluşturulmuş oldu.(1)

Venezüella'da 2006 yılının ilk çeyreğinde Sağlık Bakanlığı kayıtlarında bulunan ve yerel otoritelerce sertifikalanmış 8951 seçilmiş sağlık komitesi oluşturulmuştu. 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 olarak uygulanması gerekenleri kararlaştırmaktır. Bu komiteler ayrıca kendi bölgelerinde bulunan dispanserler ve tanı merkezleri ile ilgili düzenlemeler yapmaktan da sorumlu tutulmuşlardır. 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 olabilen, projelerde yer alan ve kendi yaşamlarını sahiplenme yoluyla anlamlandıran yurttaşlar haline gelmektedirler. (2)

Venezüella'da temel sağlık hizmetlerini sunmak üzere sağlık dispanserleri ve konsültasyon birimleri oluşturulmuştur. 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 dispanserleri ve konsültasyon birimlerinin organizasyonu 4 temel ilkeye göre yapılmaktadır: (2)

1. Her sağlık biriminin 250-300 aileyi kapsadığı bölge tabanlı yapılanma
2. Yaşam boyunca hayat kalitesini ve sağlığın geliştirilmesini güvence altına alan kapsayıcı 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 kontrol organizasyonlarına temel oluşturan sağlık komiteleriyle düzenli toplantılar düzenlenmektedir. 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 sağlanmaktadır. Dispanser hekimleri kendilerine bağlı aileleri içinde yaşadığı çevre koşullarıyla birlikte değerlendirmek üzere belirli aralıklarla ev ziyaretleri yapmaktadırlar. Bu şekilde konsültasyonların yaklaşık %40'ı ev ziyaretleri şeklinde gerçekleşmektedir.

Barrio Adentro projesi kapsamında çalışan Venezüellalı ve Kübalı hekimler Küba ya da Venezüellaki 6 yıllık tıp fakülteleri mezunlardır. Küba'da yürütülen bütüncül genel tıp eğitimi katılımcı ve disiplinler arası yapıda olup; temel, klinik, sosyal, epidemiyoloji bilimleri 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.

Sağlık açısından riskli gruplardan olan gebe ve çocuklara yönelik sağlık hizmetlerinin toplumun geneline kesintisiz olarak ulaştırılması, toplum sağlığı açısından büyük önem verilen konular arasında bulunmaktadır. Barrio Adentro projesi kapsamında Venezüella toplumu için önem taşıyan süreğen 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 süreğen hastalıklarla mücadele çalışmalarının etkinliği artmıştır.

Venezüella'da çocuk ölümlerinin önemli nedenleri olan ishal ve zatüre, yıllar içinde daha sık tespit edilir hale gelmesine karşın, bu hastalıklara bağlı ölümler azalmaktadır. 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 edilmesi 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.(2) 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, 2007'de ise binde 13'e gerilemiş bulunmaktadır. (1)

Ancak bu iyileşmenin ardında sadece medikal içerikli çalışmaların yattığını düşünmek yanıltıcı olur. Sağlık göstergelerinin iyileşmesi üzerine sosyo-ekonomik koşullardaki düzelme, sağlık hizmetlerine 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 ulaşabile nüfus % 82'den % 93'e; sağlıklı kanalizasyon sistemine sahip olan nüfus ise % 64'den % 79'a yükseldi. 1998-2007 yılları arasında aşırı yoksul nüfusun oranı %20,6'dan 9,41'e geriledi. Okul öncesi eğitime katılım %44,7'den %60,0'a; ilk öğretim alanların oranı %89,7'den %99,5'e yükseldi. 1998-2007 yılları arasında ortalama enflasyon oranı %18,4 olarak gerçekleşerek, neoliberal ekonomi politikalarının uygulandığı önceki 3 hükümet dönemine göre (%22,7; %45,3; %59,4) daha düşük bir düzeye geriledi. (1)

Kaynakça:

1. Carlos H. Alvarado^a, María E. Martínez^b, Sarai Vivas-Martínez^c, Nuramy J. Gutiérrez^d, Wolfram Metzger Progressive Health Reforms In Latin America. Social Change and Health Policy in Venezuela Social Medicine (www.socialmedicine.info). Volume 3, Number 2, July 2008
2. **PAHO report.** Castro A., Gusmão R., Martínez M., Vivas S. Mission Barrio Adentro: The Right to Health and Social Inclusion In Venezuela. Pan American Health Organization. Caracas, Venezuela. July 2006.
3. **Muntaner C.**, Salazar R., Benach J., Armada F. Venezuela's Barrio Adentro: An Alternative To Neoliberalism In Health. International Journal Of Health Services, Volume 36, Number 4, Pages 803–811, 2006