

**DERLEME****BOLİVARCI VENEZÜELLA CUMHURİYETİ'NDE  
KAMUCU SAĞLIK HİZMETLERİ**

Özlem ÖZKAN\*, Aslıhan ÇATIKER\*\*

Son 25-30 yıldır kapitalizmin küreselleşmesi nedeniyle merkez ve perifer kapitalist ülkelerde emeğe, emeğin öznesi işçilere ve emekçilere yönelik yoğun ekonomik, politik ve ideolojik saldırılar durmaksızın devam etmektedir. Bu saldırılara 50 yıldan daha uzun bir süredir sosyalizm ile yanıt veren Küba, emekten yana işçi ve emekçi dostlarının umudu olmayı sürdürmektedir. Umudun olmaması olan bir başka ülke ise Hugo Frias Chavez hükümetinin Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'dir. Bu makalede doksanlı yılların sonundan itibaren dünyadaki piyasacı eğilimlerden farklı olarak, toplumsal yaşantının pek çok alanının da olduğu gibi, sağlık alanında da kamusal uygulamaların büyük bir hızla yürütüldüğü Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'ndeki durum ortaya konmaya çalışılacaktır.

**I. 1989-1998 Yılları Arasında Venezüella'daki Durum**

Dünyanın üçüncü büyük petrol üreticisi olan Venezüella, 1989 yılında IMF ve Dünya Bankası'nın yapısal uyum programlarıyla neoliberalizmi kabul ederek, ABD'nin ucuz petrol kaynağı haline gelmiş ve hızlı özelleştirmelerle borç batağı içine saplanmıştır. Bu politikalar sonucunda Venezüella'da 1998 yılına kadar eşitsizlikler derinleşmiş, işçi ve emekçiler daha da yoksullaşmıştır. Yoksulluk 1980-1990 yılları arasında %150 artmıştır (Schuyler, G.M.;2002, Mert, A.;2005, 169-171). Yine bu dönemde ekilebilir toprakların %77'si ülke nüfusunun en zengin %3'ünün elindedir ve nüfusun %70'i de yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır (Eymen, M.;2005). Piyasacı tarım politikalarıyla birlikte köylülerin %90'ı işsiz kalmıştır. İnfomal sektörde çalışanların oranı 1999 yılında %53'e kadar yükselmiştir (Harnecker, M.;2004). 1990 yılında

temel gıdalara ulaşan nüfus sadece %1'dir ve okul çağındaki üç çocuktan biri açlık sorunu ile karşı karşıya kalmıştır (Schuyler, G.M.;2002). Yoksullaşan işçi ve emekçiler, özelleştirmeci sağlık politikaları sonucu en temel sağlık hizmeti hakkında yararlanamaz olmuş; özel sağlık kurumlarındaki hekimler, parası olmayan hastalara hizmet vermeyi reddetmek zorunda kalmıştır. İşçi ve emekçilerin mevcut sağlık hizmetinden yararlanabilmesi için ya cepten para ödemesi ya da az sayıdaki kamu hastanelerinde günlerce kuyrukta beklemesi bir zorunluluk olmuştur (Jardim, C.;2004). Bu nedenle nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan on milyon işçi ve emekçi sağlık hizmetine ulaşamadığından, önlenemez hastalıkların ve bu hastalıklara bağlı ölümlerin görülme sıklığı artmıştır (Jardim, C.;2004, Schuyler, G.M.;2000). Örneğin, 1990 yılında yoksul olmayanlarda tüberküloz görülme sıklığı sadece on binde üç iken, yoksullarda bu hastalığın görülme sıklığının, yoksul olmayanlara göre yaklaşık dokuz kat daha fazla olduğu saptanmıştır (WHO.;2004, PAHO.; 2001). 1987-1996 döneminde en yoksul gruptaki beş yaş altı çocukların düşük kilolu olma oranı %13.1'den %30.3'e yükselmiştir. 1995-1998 yılları arasında bebeklerin %32'si kızamık, %66'sı DBT aşısı olamamıştır. 1990-1996 yılları arasında nüfusun %42'si sanitasyon koşullarına sahip değildir (Trujillo, A J.;2004). Böyle sorunlarla karşı karşıya kalan işçi ve emekçilerin yaşam beklentisi 58 yıl iken, azınlığı oluşturan sermaye sınıfının yaşam beklentisi 78.1 yıldır. Sağlık harcamalarının kamu harcamaları içindeki payı 1993 yılında %2.1'den, 1996 yılında %1.9'a düşmüştür (Schuyler, GM.; 2002). İlaçların %93'ünün özel sektörden satın alınması nedeniyle, toplumun büyük bir çoğunluğunun temel ilaçlara dahi ulaşması mümkün olamamıştır (Schuyler, GM.;2002). Bolivarcı devrimciler burjuvaziye karşı sınıfsal ve Latin Amerika'ya özgü toplumsal harekete dayalı mücadeleler içinde bulunduysa da, bu mücadele, hükümetin faşizan uygulamalarıyla bastırılmıştır. Örneğin, 1982 yılında

\*Dr. Hem., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

\*\* Ar. Gör., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Uzmanlığı Öğrencisi

Chavez'in önderliğinde kurulan Devrimci Bolivar Hareketi'nin 1992 yılındaki darbe girişimi başarısızlıkla sonuçlanarak, 120 devrimci ölmüş ve Chavez de tutuklanmıştır (Mert, A.;2005,172).

## II. 1998 Sonrası Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'ndeki Durum

6 Aralık 1998 seçimlerinde Chavez'in Beşinci Cumhuriyet Hareket Partisi, Sosyalist Hareket, Venezüella Komünist Partisi ve diğer sol altı parti, seçmenin tüm oylarının %56'sını alarak, 2 Şubat 1999 yılında iktidara gelmiştir. Chavez hükümeti 2002 yılında yapılan erken seçimde de seçmenin yarıdan fazlasının oyu ile 2007 yılına kadar iktidarını garantilemiştir. Bu iktidarın işlerinden ilki, ülkenin adını Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti olarak değiştirmesi olmuştur. Ardından, Chavez hükümeti ABD'deki Bush yönetiminin Latin Amerika için uyguladığı dış politikaya karşı çıkmış, serbest ticaret antlaşmasını reddetmiş, IMF ile ilişkilerini askıya alıp, dış borçlarını ödemiş, Küba, Beliz, Haiti, El Salvador, vb. ülkelere ucuz petrol satmıştır. 1999 yılında günde 2.5 milyon varil petrol üreten kuruluş başta olmak üzere, sağlık, eğitim, sosyal güvenlik vb. sektörlerin özelleştirmeleri yasaklanıp, bu alanlardaki üretim kamu eliyle yürütülmeye başlanmıştır. Chavez, kamulaştırmada yakın hedefin medya sektörü olduğunu belirtmektedir. Bu gelişmelerin yanında, büyük ve küçük burjuvaziden vergi alınmaya başlanmış, 2001 yılında yoksul toprak işçileri için toprak yasası çıkarılmış, beşbin hektar üzerinde tarla ve alanlarda bireysel mülkiyet yasaklanmış, köylülere ücretsiz olarak toprak dağıtılmış, kooperatif ve küçük işletmelere ucuz krediler sağlanarak tarım desteklenmiştir<sup>1</sup>. (Mert, A.;2005, Eymen, M.;2005). Chavez, yoksulluk ile mücadeledeki temel hedefin günde bir dolardan daha az kazanan hiç kimsenin kalmaması olduğunu ifade etmektedir. Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nde özelleştirme karşıtı ve bu kamusal programlar sonucunda 1990-1999 yılları arasında günde bir dolardan az kazanan nüfus %23 iken, 2001 yılında bu oran %15'e, işsizlik hızı ise %18 iken 2001 yılında %13'e düşmüştür (UNICEF.; 2004; PAHO.; 2001). Nüfusun geliri en düşük %20'si ile, geliri en yüksek %20'si arasındaki fark %11.6'ya gerilemiştir (PAHO., 2001). Hükümetin öncelikli alanlarından birisi olan eğitim sektöründe de özelleştirme uygulamaları yasaklanmış, eğitim parasız olmuş, daha önceden eğitim bütçesi Katolik kilisesi tarafından yürütülürken, Chavez ile birlikte bu harcamalar genel bütçeden planlanmaya başlamıştır (Soral, H., 2002). Temel eğitimdeki çocuklara parasız sabah kahvaltısı ve öğle yemeği temin edilmektedir. Küba ile Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti her iki ülkenin en avantajlı olduğu konularda birbirini sosyal, ekonomik ve politik olarak desteklemesi amacıyla 2000 yılında imzaladığı antlaşmayı, 14 Aralık 2004 yılında yenilemiştir. Bu anlaşma gereği, Robinson misyonu çerçevesinde herhangi bir alanda orta eğitim sonrası eğitim ve bilimsel araştırma yapmaları için her yıl Venezüellalı 2000 genç burslu olarak Küba'ya gidebilmekte, Kübalı öğretmenler Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nde yürütülen eğitim seferberliğinde parasız hizmet sunmaktadır. Ayrıca her iki

ülke 2004 yılındaki antlaşmanın beşinci maddesi gereği, kendi deneyimlerinden yararlanarak, üçüncü ülkelerdeki eğitimsizlik sorunu için de dayanışma içinde olacaklarını beyan etmiştir (Mert, A.;2005,102). Eğitim alanındaki kamucu müdahalelerle 1980 yılında okur yazarlık oranı erkeklerde %86, kadınlarda %82 iken, bu oran; 2000 yılında erkeklerde %93'e, kadınlarda %92'ye yükseltilmiştir. Orta öğretime kayıt oranı, 1996 yılında erkeklerde %29, kadınlarda % 41 iken, 2000 yılında sırasıyla %54 ve % 65 olmuştur. Kısa sürede hem öğretmenlerin ücretleri hem de genel bütçeden eğitime ayrılan pay (2001 yılında %22) iki kat arttırılmıştır (Del Valle Marcano, V.C., Pereira, G.;2004, UNICEF.; 2004).

## III. Chavez Hükümeti Sonrası Sağlık Hizmetleri

Türkiye dahil, dünyanın merkez/perifer kapitalist ülkeleri 1970'li yıllarda yaşanan ekonomik krizden çıkış yollarından birisini; eğitim, sağlık, sosyal güvenlik hizmetlerinin piyasaya devredilmesinde görerek, pek çok yasal, ideolojik düzenlemeler içerisine girmiş ve girmeye devam etmektedir. Oysa bu süreci neoliberal politikalarla tamamlayan pek çok ülkede sonuç; yoksulluk, eşitsizlik, işsizlik, erken ölümler, önlenemez hastalıkların görülme sıklığında artma ve sağlık, eğitim gibi temel insanlık hakkı olarak kabul edilen hizmetlere ulaşamamak olmuştur. Venezüellalılar, bu olumsuz tabloyu 1998 yılında Chavez'in Bolivarcı devrimi ile tersine çevirmeye adım atmıştır. 1999 yılında halkın %71.8'i tarafından onaylanan yeni Anayasa'da 83., 84., 85. ve 86. maddeler, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasının önünü açmıştır. Öncelikle bu maddelere karar verilirken, toplum katılımını yaşama geçirmek için siyasi aktörler, sağlık meslek mensupları, toplum bilimciler, sağlıkçı bolivarcı devrimciler ve toplum temsilcileri oluşturulmuştur. Bu grup, Anayasa maddelerini belirlerken tartışmalarda izlenecek yolun; sağlığın tanımı, sağlık sisteminin tipi, sağlık sistemi finansmanı ile, devletin bu konudaki rolü olması gerektiği kararına varmıştır. Söz konusu tartışmalar, "sağlık sosyal bir hak mıdır?" yoksa "piyasa içinde bir mal mıdır?" sorularına yanıt aramak ile başlamıştır. Yanıtların verilmesinde başka ülke deneyimleri ve 1998 öncesi Venezüella'nın sağlık tablosu kullanılmıştır. Tartışmalar sonunda, sağlıklı olma durumunun yaşamın ekonomik, politik, sosyal, kültürel vb. diğer alanlarındaki ilerleme ile doğrudan ilgili olduğu saptaması yapılmıştır. Ayrıca, sağlığın sosyal bir hak olması gerektiği, sağlık hakkının yerine getirilmesinde devletin temel sorumluluğu olduğu ve bunun için ulusal ve kamu finansmanlı sağlık sisteminin kurulması gerektiği kararına varılarak, ilgili Anayasa maddeleri oluşturulmuştur<sup>2</sup>. Bu Anayasa'nın sağlık hizmetleri açısından en önemli yönlerinden birisi, neoliberal politikalarının öngördüğü sağlık hizmeti anlayışı dışında olması, tedaviden çok sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelmesi, sağlık ve ilaç hizmetlerinde özelleştirmenin yasaklanmasıdır (Feo, O., Siqueira, C. E.;2004, Esperanza, B.;2002). Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'ndeki mevcut Anayasa'ya dayalı sağlık hizmetlerinin özellikleri şu şekildedir: 1) sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin yasaklanması ve ulusal

kamu finansmanlı sağlık sisteminin zorunlu görülmesi 2) tüm kamusal sağlık kurumlarının sosyal güvenlik kapsamına alınması 3) tüm kamu sağlık hizmetlerinin Sağlık ve Sosyal Gelişme Bakanlığı yönetiminde ve denetiminde olması 4) birinci basamak sağlık hizmetlerinin öncelenmesi 5) sağlık hizmetlerinde sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinin birinci öncelikli olması 6) sağlık hizmetlerinin, sağlık emek gücünün planlama ve uygulamalarının toplumun gereksinimlerine göre yapılması 7) jenerik ilaç uygulamasına geçilmesi 8) yoksullara, işsizlere, işçi ve emekçilere parasız sağlık hizmeti sunulması 9) katılımcı olması. Bu ilke ile, sağlık hizmetlerini alan kişilerin sadece bu hizmeti alan değil, aynı zamanda planlayan, talep eden ve denetleyen kişiler olması da hedeflenmiştir 10) birinci basamak sağlık hizmetlerinin toplumun ayağına götürülmesi 11) askeri hastanelerin topluma açılması 12) sağlık sisteminin ulaşılabilir, geniş kapsamlı, eşit, dayanışmacı ve sosyal entegrasyonlu olmasıdır (PAHO.; 2001, Jardim, C.;2004, Maybarduk, P.;2004, Harnecker, M.;2004, Maybarduk, P.;2004, Nieto, R.;2004). Chavez, yeni oluşturulan sağlık hizmetlerinin özelliğini şu cümle ile özetlemiştir: "Sağlık hizmetleri artık tıbbi bir yardım değil, sosyal ve katılımcı bir tıptır" (Jardim, C.;2004).

Bu ilkelerin uygulanmasında Küba'nın çok önemli katılım ve katkıları olmuştur. Küba Başkanı Castro, Chavez'in iktidara gelmesiyle birlikte (1998) sağlık hizmetinin yürütülmesi ve yeniden planlanabilmesi için 250 Kübalı hekim, hemşire ve sağlık teknisyenini Venezüella'ya göndermiştir (Harnecker, M. ;2004). Bu ekipten Dr. Ramos, Bolivarcı devrim öncesindeki Venezüella'nın sağlık hizmetlerini şu şekilde tanımlamıştır: "...Venezüella'da sağlık teknolojisi çok gelişmiş olduğu halde, nüfusun önemli bir bölümü bu teknolojiye ulaşamamıştır. Oysa sosyalist Küba'da Venezüella'ya göre daha az gelişmiş sağlık teknolojisi olmasına rağmen, herkes için bu teknoloji ulaşılabilir...". Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti sosyalist Küba dayanışması ile sağlık hizmetlerinde önceliği, birinci basamak sağlık hizmetlerine tanımıştır. Bu dayanışma ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeniden kurulabilmesi için 2002 yılında planlanan ve 2003 yılından itibaren uygulanmaya başlayan Barrio Adentro ya da Inside the Barrio (semte içi, komşuluk içi) programına geçilmiştir (Ceaser, M.;2004, Nieto, R.;2004). Barrio, Bolivarcı devrim öncesinde Venezüella'nın kırsal ve kentsel bölgelerinde coğrafik olarak ulaşılması oldukça zor olan, iktisadi olarak yoksullaşan işçilerin emekçilerin, işsizlerin sosyal yaşamını sürdürdüğü ve çalıştığı bölgelere verilen isimdir. Bir başka ifadeyle Barrio bölgeleri 1998 yılı öncesinde kamuda sınırlı sayıda bulunan sağlık çalışanının sağlık hizmeti sunmak için gitmeyi tercih etse bile, hükümetin onların güvenliğini sağlayacağını belirttiği, hatta görmezden geldiği yerleşim yerleri olarak da tanımlanmaktadır (Jardim, C.;2004, Nieto, R.;2004). Chavez'in önceliğinin yoksullar olması, yoksulların daha çok bu bölgelerde yaşaması, bulaşıcı hastalıkların sıklıkla yoksullarda görülmesi hem programın isminde (Barrio Adentro ya da Inside the Barrio) hem de programın

yürütüleceği bölgelerde belirleyici olmuştur. İlk uygulama 2003 yılında, Başkent Caracas'ın Libertador belediyesinde başlamıştır. Caracas belediye başkanı Bernal, program konusunda halka şu şekilde seslenmiştir: "Sağlık hizmetlerinde Barrio Adentro programı toplumun gereksinimlerine göre olduğundan, politik, kültürel ve sosyal açıdan katılımcılığı sağladığından Bolivarcı devrimin temel yapıtaşdır" (Nieto, R.;2004). Bu program ile, 2003 Nisan ayında Kübalı bin hekim, dış hekimi ve hemşire parasız sağlık hizmeti sunmak için Venezüella'ya gitmiştir. 2003 yılının sonunda Venezüella'daki Kübalı hekim sayısı dörtbine, 2004 yılında sağlık emekçi sayısı ise ikibine yükselmiştir. Kübalı emekçiler programda sadece sağlık hizmeti değil, aynı zamanda eğitim, spor, sosyal, kültürel faaliyetler ve sosyal alt yapı çalışmalarını da sürdürmeye devam etmektedir.

Venezüella'daki Barrio Adentro ya da Inside the Barrio sağlık hizmeti programı üç bölümden oluşmaktadır. İlk ve öncelikli bölümü, birinci basamak sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, Kübalı sağlık emekçileri tarafından öncelikle Barrio bölgelerindeki semtlerde oluşturulan yerel sağlık komitelerine (Comites de Salud) bağlı kliniklerde yerine getirilmektedir. Bu kliniklerde, en sık görülen sağlık sorunlarına yönelik sağlık eğitimi, danışmanlık, kişisel hijyen, gebe, anne, bebek ve çocuk izlemleri, aşılama, erken tanı, aile planlaması, temiz kullanma ve içme suyunun hazırlanması ve ayaktan tedavi edici sağlık hizmetleri yürütülmektedir (Maybarduk, P. ;2004, Jardim, C.;2004, Wagner, S.;2003). Barrio bölgesinde yaşayanlarla yapılan görüşmelerde hemen hemen hepsinin ortak görüşü, programın ne kadar yararlı olduğu, daha önceden hiç bir sağlık hizmeti alamazlarken, artık Kübalı sağlık emekçilerinin hizmet sunmak için ayaklarına kadar geldiği, hatta onlara çok yakın bölgelerde yaşadığı ve bu sağlık emekçilerinin kendilerini dinleyip, insanca davrandıklarıdır (Maybarduk, P. ;2004, Jardim, C.;2004). Sağlık emekçileri sağlık hizmetini toplumun ayağına kadar götürebilmek için günde 20-40 ev ziyareti yaptıktan, 2004 yılına gelindiğinde Barrio bölgesinde yaşayanlara yönelik yapılan ev ziyareti sayısı yaklaşık olarak seksen milyona ulaşmıştır. Bu ziyaretlerin yanı sıra, sağlık emekçileri birinci basamak sağlık kurumları olan kliniklerin yakınında ve toplum ile iç içe yaşamaktadır (Maybarduk, P. ;2004). Bu program kapsamında yürütülen sağlık hizmeti ile kısa sürede yirmidört milyon nüfusa sahip ülkede, 17 milyon kişinin birinci basamak sağlık hizmeti gereksinimi parasız olarak karşılanmıştır. Programın Venezüella'daki ulusal koordinatörü Juana Contreras, birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemine değinerek, sağlık sorunlarının %85'inin Barrio kliniklerinde çözülebildiğini belirtmiştir (Nieto, R.;2004). Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti bu hizmetlerin sunumunda temel unsur olan Kübalı sağlık emekçilerine gıda ve ulaşım harcamaları için ayda sadece 250 dolar ücret ödemektedir (Wagner, S.;2003).

Programın ikinci bölümü toplum sağlık programı, üçüncü bölümü ise hastane hizmetleridir. Hastane hizmetleri ile ilgili programın 2006 yılında hızlanacağı

belirtilmektedir. Küba, programın tüm bölümlerine aktif olarak katılacağını ve toplam kırkbin Kübalı sağlık emekçisinin (yaklaşık dokuzbini sağlık teknoloji uzmanı) programda çalışabileceğini açıklamıştır. Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nde birinci basamak sağlık birimleri dışında, 600 entegre teşhis ve tanı merkezi, 600 rehabilitasyon ve psikoterapi merkezi ve 35 ileri teknoloji merkezindeki tüm sağlık (ilaç, diş, ameliyat vb.) hizmetleri de parasız sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır. Barrio Adentro ya da Inside the Barrio programının bir diğer boyutu, Küba ile Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nin 2004 yılında imzaladığı antlaşma gereği 11. ve 12. maddelerde belirtilmiştir. Bu antlaşmaya göre, Kübalı sağlık emekçileri Venezüellalı tıp öğrencilerine topluma dayalı tıp eğitimi verecek, bin kişi Küba'da tıp eğitimi alabilecek, Venezüella'da Ribas misyonu kapsamındaki okullardan mezun olan onbin kişi, Kübalı bir ailenin yanında kalarak üniversite eğitimini tamamlayabilecektir. Bunun dışında, gerekli olduğu durumlarda hastalar Küba'da tedavi olabilecek ve ilaç gereksinimi Küba'dan parasız olarak karşılanacaktır (Mert, A.;2005:104-105, Feo, O., Siqueira, C. E.;2004, Wagner S,2003). 2004 yılına kadar 15400 kişi ameliyat için Küba'ya gitmiştir (Wagner S, 2003).

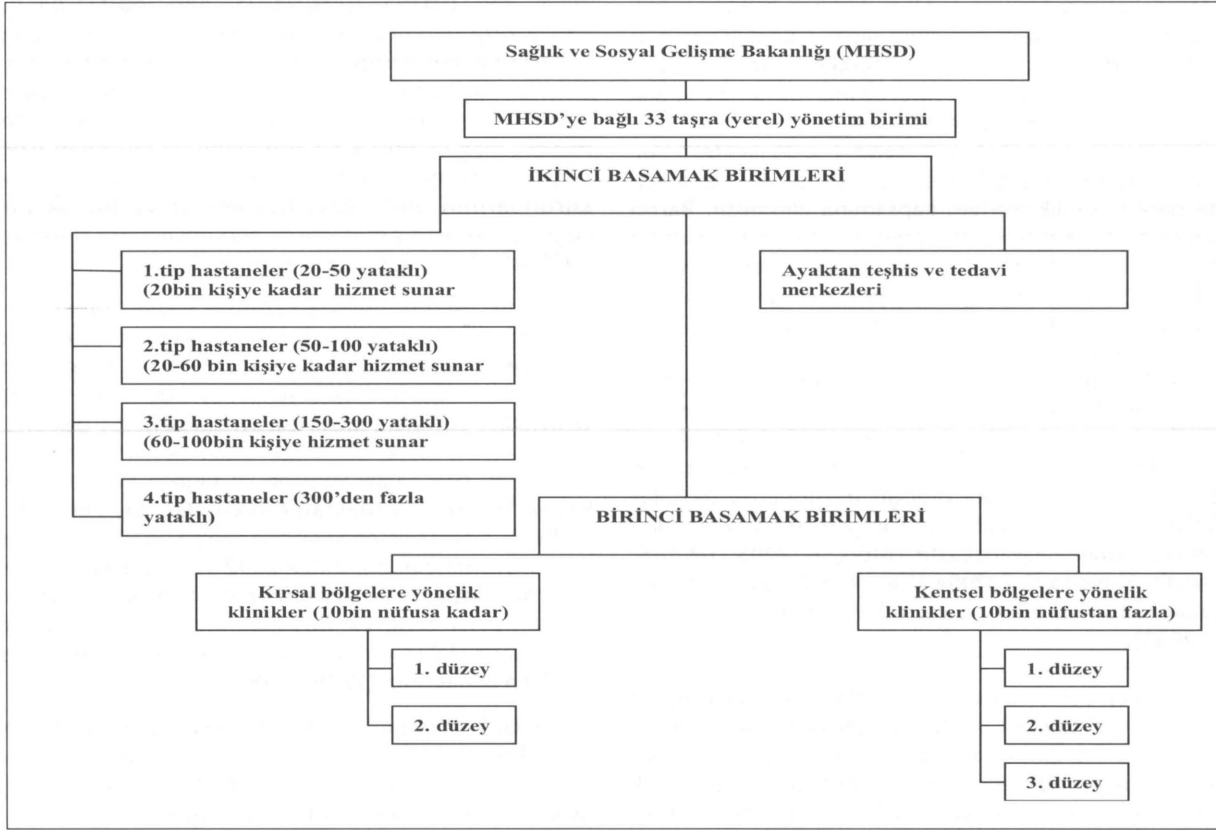
Aşağıda genel hatları ile şematize edilmeye çalışılan Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti Ulusal Sağlık Sistemini sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini entegre olarak yürütebilmek için organize edilmiştir. Sağlık örgütlenmesinin merkezinde, sistemin yönetiminden sorumlu Sağlık ve Sosyal Gelişme Bakanlığı (MHSD) bulunmaktadır. Bakanlık 33 taşra(yerel) yönetim biriminden oluşmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri; onbin kişiden daha az nüfusu olan kırsal ve onbin kişiden daha fazla nüfusu olan kentsel yerleşim yeri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerini yerine getiren klinikler, sundukları hizmetin kapsamına göre, kırsal bölgede iki, kentsel bölgede ise üç düzeyden oluşmaktadır. Bugün birinci basamak sağlık hizmeti sunan 4804 klinik bulunmaktadır ve bu kurumların %96'sı kamuya aittir (%4'ü Chavez öncesi mevcut olan özel kliniklerdir). Genel sağlık bütçesinden bu basamak için ayrılan pay %20'dir. Ayaktan teşhis, yataklı tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yerine getirildiği ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimler ise, ayaktan teşhis ve tedavi merkezleri ile, dört tip hastaneden meydana gelmektedir. I.tip hastaneler yirmibin nüfusa kadar hizmet sunan; cerrahi, dahiliye, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum bölümleri bulunan 20-50 yataklıdır. II.tip hastaneler, yirmibin-altmışbin nüfusa hizmet sunan, 50-150 yataklıdır. III.tip hastaneler, altmışbin-yüzbin nüfusa hizmet sunan 150-300 yataklıdır. IV.tip hastaneler ise yüzbin kişiden daha fazla nüfusa hizmet sunan 300'den fazla yatağa olan üniversite hastaneleridir ve mezuniyet sonrası eğitimden sorumludurlar (Şekil). 1999 yılından itibaren kamusal alandaki yapısal değişimlere bağlı olarak, toplumun %70'i kamu hastanelerini (toplam 611 hastanenin %48.4'ü kamuya ait ) kullanmaktadır. Birinci basamaktan bir üst sağlık kurumuna başvuran hastalara

hastane tarafından öncelik tanınarak, sevk sistemi teşvik edilmektedir (PAHO.; 1999, PAHO.; 2001, PAHO.; 2002). Sağlık örgütlenmesinde ilaç-eczacılık hizmetleri için SUMED adı verilen kamucu eczane zinciri oluşturulmuştur. SUMED, ilaçları halka, %30-40 daha ucuza satmaktadır. Ulusal sağlık sistemi dışında Chavez hükümeti öncesinde mevcut olan ve büyük bir çoğunluğunu oluşturan özel sağlık kurumlarında bulunmaktadır. Özel sağlık kurumlarının 340'ı özel hastanedir ve büyük bir çoğunluğu büyük il merkezinde konumlanmıştır (PAHO.; 1999, Maybarduk, P. ;2004, Jardim, C.;2004).

Sağlık finansmanında kamusal sağlık finansman modeli benimsenmiştir. Sağlık kurumlarının harcamaları Venezüella Sosyal Güvenlik Kurumu(IVSS) tarafından karşılanmaktadır. Bu finansmanın kaynağı; ulusal, eyalet ve belediye bütçeleri, sağlık için ayrılan devlet ve belediye gelir vergileri, sosyal güvenliğin diğer alt sistemlerindeki transferler, özel sağlık vergileri ve sağlığa ayrılan diğer kaynaklardan oluşmaktadır (Feo, O., Siqueira, C. E.;2004). Genel bütçeden sağlığa ayrılan pay 2001 yılında %14.7'ye yükseltilmiş, bütçe 2002 yılında geçen yıllara göre dört kat artış göstermiştir. Buna karşılık, özel sağlık harcamaları giderek düşürülmüştür. Özel sağlık harcamaları 1997 yılında %49.9 iken, 2001 yılında ise %37.9'a gerilemiştir (PAHO.; 2002).

Yaklaşık altı yıl gibi kısa bir sürede sağlığa ayrılan payın artırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin öncelenmesi, sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinimlerine göre planlanması, basamaklı bir sağlık örgütlenmesinin kurulması, özetle kamucu sağlık hizmetleriyle bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı %15 oranında düşürülmüştür (Del Valle Marcano, V.C., Pereira, G.;2004). Tüberküloz prevalansı yüzbinde 40'a, tüberkülozdan ölüm oranı ise yüz binde 3'e gerilemiştir. Bu oran, Türkiye'de sırasıyla yüzbinde 573 ve yüzbinde 63, İngiltere'de ise yüzbinde 67 ve yüzbinde 4'tür (WHO.; 2004). 1996 yılında en yoksul gruptaki beş yaş altı çocuklarda düşük kilolu olma oranı %30.3 iken, 2000 yılında %24'e düşürülmüştür (Trujillo, A J.; 2004). Sağlıklı suya ulaşma 1994 yılında %79 iken, 2002 yılında %83'dür (UNICEF.; 2004). 1995-1998 yılları arasında bebeklerin %32'si kızamık, %66'sı DBT aşısı olamaz iken, bu oran 2002 yılında %20'ye kadar azaltılmıştır. Sağlık çalışanı yardımı ile yaptırılan doğum oranı 1997 yılında %69 iken, 2004 yılında %94'e yükselmiştir. Bu oran pek çok ülkeye göre yüksektir. Kaba ölüm hızı 1970-1990 yılları arasında yaklaşık %7 iken, 2002 yılında %5'e gerilemiştir (PAHO.; 2001). Bebek ölüm hızı 1997 yılında binde 24 iken, 2003 yılında binde 17'ye, çocuk ölüm hızı ise binde 25'den binde 22'ye düşürülmüştür. Bu oranlar Latin Amerika ülkeleri ortalamasından %50 daha düşüktür (UNICEF.; 2004). Chavez bebek ve çocuk ölümlerindeki düşüşü şu şekilde değerlendirmektedir: "...Sağlık sektöründe bebek ve çocuk ölüm oranlarını çok ciddi olarak düşürdük. Bazen rakamların dili çok soğuk olabildiğinden, bu düşüşü kimi insani ölçü ve kavramlarla da değerlendirmek gerekiyor. Bebek ölümlerindeki %30'luk bir iyileşme, aynı zamanda binlerce çocuğun hayatının korunduğu ve kurtarıldığı, sadece yoksul oldukları ya da yeterince sağlık hizmeti

Şekil: Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti Ulusal Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi



alamadıkları için ölen insanların yaşama hakkına kavuştukları anlamına da geliyor..." (Mert, A.;2005.:22).

### III. Kamucu Sağlık Hizmetlerine Sermaye Cephesinden Saldırı ve Yanıtlar

Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nde mevcut sermaye cephesi ve onun temsilcileri (medya, CTV sendikası vb.) Chavez hükümetine sürekli saldırı halindedir ve toplumda Chavez karşıtı bir kitle yaratmaya çalışmaktadır. Aynı sermaye cephesi, sağlık alanında yaklaşık ellibeşbin üyesi olan Venezüella Tıp Federasyonu (FMV)'nu da yanına alarak yaklaşık altı yıldır sağlık hizmetlerindeki bu gelişmeleri görmezden gelip, özelleştirme karşıtı, kamucu programın karşısında olduğunu belirtmektedir. Burjuvazi ve işbirlikçilerinin sağlık alanındaki saldırıları toplam altı başlık altında toplanmaktadır:

1) FMV, Venezüella yurttaşı dışındaki sağlık emekçilerinin ülkede çalışabilmesi için çalışma izninin olması gerektiğini, aksi takdirde çalışamayacaklarını ve bu nedenle Kübalı sağlık emekçilerinin çalışma izni olmadığı için ülkeyi terk etmeleri gerektiğini belirtmektedir. Chavez hükümeti bu uyarıyı hiç dikkate almadan, Küba ile dayanışma içinde olacaklarını ve Barrio Adentro programını da yürüteceklerini açıklasa da, FMV Kübalı sağlık emekçilerine özellikle hekimlere çalışma izni verilmemesi için mahkemeye başvurmuştur. İlgili dava halen devam etmektedir. 2) FMV, Kübalı hekimlerin

Venezüella'da çalışmasıyla birlikte, Venezüellalı hekimlerin mevcut işsizlik sorununu derinleştirdiğini, yaklaşık onbin hekimin daha işsiz kalacağını belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü en az 1200 kişiye bir hekim önerirken, Venezüella'da hekim sayısının fazla olması nedeniyle 500 kişiye bir hekim düşmektedir. Buna karşılık, Chavez öncesi dönemde kamu sağlık hizmetlerinin çökertilmesi, sağlıkta özelleştirmenin hızlanması nedeniyle az sayıda kamuda çalışan hekim de daha çok hastanede çalışmayı tercih ettiğinden, Barrio bölgelerinde yaşayanlar, işsizler, işçi ve emekçiler hiç sağlık hizmeti alamamakta, hekimleri dahi görememekteydiler. Ayrıca Chavez Barrio Adentro programı başladığında, ülkedeki tüm hekimlere bu programda yer alması için çağrıda bulunmuş; sadece 50 hekim bu çağrıya yanıt vermiş, 20 hekim de danışman olarak programda çalışmayı kabul etmiştir. Chavez hükümeti ve yanlıları bu az katılımın nedenini, sistemin katılımcı olmamasından değil, FMV'nin bu programa dahil olacak bir hekim için ayda 600 dolar ücret talep etmesine bağlamaktadır. FMV mevcut hükümeti taleplerinin karşılanmadığı durumda, hekimlerin Barrio Adentro programına katılmayacakları ile tehdit etmiştir. FMV'nin önerisini reddeden Chavez, diğer başka nedenlerden dolayı da programı parasız sağlık hizmeti sunan Kübalı sağlık emekçileri ile birlikte yürütmeye devam etmektedir. Venezüella, Kübalı sağlık emekçilerinin yürüttüğü sağlık hizmeti için sadece gıda ve ulaşım bedeli olarak aylık 250 dolar ödemektedir. Ayrıca, FMV ve Chavez hükümeti arasındaki bu gerilime rağmen, 2004 yılında

programa 800 Venezüellalı hekim katılmıştır. 3) FMV ve diğer destekçileri Kübalı hekimlerin hekim olmadığını, çoğunun Küba güvenlik kurulundan sızmış kişiler olduğunu, hekimlerin de yeterli donanımına sahip olmadığını, tıbbi hatalar yaptıklarını, tüm Kübalı sağlık emekçilerinin komünizmi yaygınlaştırmaktan başka bir işe yaramadığını belirtmektedir. Kaynaklar bu konuda bilimsel bir kanıtın olmadığını vurgulamaktadır. Bunun dışında yaklaşık altı yıldır Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'nde çalışan hekimlerin tıbbi olarak bir hata yaptıklarının saptanmadığı bildirilmektedir. Sadece özel televizyonların haberine göre, bir ailenin Kübalı bir hekimin yanlış ilaç verdiği için çocuğunun öldüğünü bildirdiği, fakat bunun da ispatlanmadığı ifade edilmektedir. 4) Özellikle ABD'li kimi sağlık yetkilileri, uygulanan programın ülkenin toplum gereksinimlerine göre uygun olmadığını, gereksinimin hastanecilik ve tedavi edici hizmetlerin teşvik edilmesi, özel sağlık kurumlarının desteklenmesi olduğunu bildirmektedir. 5) Gerek sağlık programlarında gerekse diğer programlarda hükümet politikalarının orta ve üst sınıfı kapsamaması ve hekimlerin katılımının yetersiz olması nedeniyle sistemin katılımcı olmadığı saldırısı yapılmaktadır. Daha önceden de belirtildiği gibi, Venezüellalı hekimlerin Barrio Adentro programına neden katılmadığı açıktır (bkz. III. bölümün ikinci maddesi) Hükümet politikalarının orta ve üst sınıf olarak tanımladığı burjuvazi ya da yandaşlarını kapsamaması da hükümetin anti kapitalist ve özelleştirme karşıtı olmasından kaynaklanmaktadır. 6) Kübalı sağlık emekçileri kastedilerek yabancı sağlık çalışanları tarafından sürdürülen bu programın başarılı olamayacağı iddiasıdır (Maybarduk, P.;2004, Jardim, C.;2004, Wagner, S.;2003, Nieto, R.;2004, Harnecker, M.;2004).

Sonuç olarak, Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti'ndeki sağlık gibi toplumsal yaşamın pek çok alanındaki bu gelişmelerin toplumun büyük çoğunluğunu oluşturan işçi ve emekçilerin yararını öncelediği aşıkardır. Kamucu girişimler bu doğrultuda gittiği sürece ulusal ve uluslararası emekçi dayanışması açısından desteklenirken, toplumun gerçek anlamda sağlıklı olabilmesinin yolunun sınırsız bir toplumsal yaşantıdan geçtiği de dikkatten kaçmamalıdır.

#### DİPNOTLAR

<sup>1</sup>1970-1990 yılları arasında kent nüfusunun artış hızının yüksek oluşu (3.8); o dönemlerde ekilebilir toprakların %77'sine ülkenin en zengin %3'ünün, köylülerin en yoksul %50'sinin ise sadece %1'ine sahip olması, on binlerce hektar arazisi bulunan zengin kesimin bu toprakları işlememesi, tarım ürünlerinin %70'ini ithalatta karşılanması sonucu işsiz köylülerin topraklarını terk edip kentlere göç etmeleriyle ilgilidir. Kent nüfusunun artış oranı Chavez hükümetinin toprak reformuyla birlikte 2002 yılında 2.5'e kadar düşmüştür (PAHO, 2001).

<sup>2</sup>Bkz. Ali Murat Özdemir'in "Emeğin Anayasallaşması, Kolektif Haklar ve Sağlık Hakkı: Chavez Venezüella'sında Demokrasi Versus Kapitalizm" makalesi.

<sup>3</sup>PAHO 1999, PAHO 2001 ve PAHO 2002 kaynaklarından yararlanılarak geliştirilmiştir.

#### KAYNAKLAR

**Ceaser, M.** (2004), "Cuban doctors provide care in Venezuela's barrios", *Lancet*, 363 (Issue 9424):1874-1875. (online). <http://www.thelancet.com> Erişim tarihi: 07 Temmuz 2005.

**Del Valle Marcano, V.C., Pereira, G.** (2004), "Why doesn't president Hugo Chavez Frias just leave?" <http://www.vheadline.com> Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.

**Esperanza, B.** (2002), "Health reform and drug regulation in Venezuela", (online) <http://www.msds.gov.ve>. Erişim tarihi: 28 Haziran 2005.

**Eymen, M.** (2005), "Chavez ve Venezuela'da olup biten", Sorun polemik, Mayıs. 39-53.

**Feo, O., Siqueira, C.E.** (2004). "An alternative to the neoliberal model in health: The cases of Venezuela", *International Journal of Health Services*, 34(2): 365-375.

**Harnecker, M.** (2004), "After the referendum: Venezuela faces new challenges", (online). *Monthly Review*, November 10, 2004. <http://www.venezuelanalysis.com> Erişim tarihi: 22 Mayıs 2005.

**Jardim, C.** (2004), "Prevention and solidarity: Remedies for democratizing health in Venezuela", (online). *Alia2.net*. p. 35-40. <http://www.venezuelanalysis.com> Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.

**Maybarduk, P.** (2004), "A people health system in Venezuela. Venezuela works to bring to the healthcare the excluded", (online). *Multinational Monitor*, October 2004. <http://www.venezuelanalysis.com> Erişim tarihi: 17 Aralık 2004.

**Mert, A.** (2005), "Venezuela'da neler oluyor? Hugo Chavez ve Bolivarcı Devrim", *NK Yayınları*:24. ISSN:975-8271-74-1.

**Nieto, R.** (2004), "Inside the barrrio Venezuelan health care takes off", (online). <http://www.venezuelanalysis.com> Erişim tarihi: 5 Ağustos 2004.

**PAHO.** (2001), "Profile of the health service system of the Bolivarian Republic of Venezuela", 2nd Ed. (online) <http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileofvenezuela>. Erişim tarihi:4 Nisan 2004.

**PAHO** (1999), "Venezuela", (online). ", <http://www.paho.org/English/HIA1999venezuelapdf>. S:530-544. Erişim tarihi: 21 Haziran 2005.

**PAHO.** (2002), "Venezuela PAHO/WHO cooperation strategy 2002-2006", [http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp\\_862.htm](http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_862.htm) Erişim tarihi: 10 Haziran 2005.

**Soral, H.** (2002), "Chavez hareketi ve Venezuela", *Teorik-Aylık Bilim Dergisi*, Temmuz. S:33-42.

**Schuyler, G.M.** (2002 ), "Health and neoliberalism: Venezuela and Cuba", <http://www.ipsonet.org/papers/gws.pdf> Erişim tarihi: 16 Aralık 2004.

**Trujillo, A J.** (2004), "Petro-state constraints on health policy: guidelines for workable reform in Venezuela", *Health Policy*, 67:39-55 (online). <http://www.elsevier.com/locate/healthpol>. Erişim tarihi: Tarihi 1 Temmuz 2005.

**The World Health Report.** (2004), "The World health report2004 changing history", WHO, ISBN:92-4-156265 X.

**UNICEF.** (2004), "Dünya çocuklarının durumu", UNICEF, ISBN: 92-806-3794-4.

**Wagner, S.** (2003), "Chavez announces major new health care Project for Venezuela", (online). <http://www.venezuelanalysis.com/news>. Erişim tarihi: 13 Temmuz 2005.