

DOSYA/ÇEVİRİ

VENEZUELLA'DAN RAPOR BARRIO ADENTRO VE VENEZUELLA'DA SAĞLIKTAKİ EŞİTSİZLİKLERİN AZALIŞI: İLK YILLARIN BİR DEĞERLENDİRMESİ *

Çeviren: Melike YAVUZ**

Venezüella'dan Rapor

Barrio Adentro ve Venezüella'da Sağlıktaki Eşitsizliklerin Azalışı: İlk Yılların Bir Değerlendirmesi

Bu makale Venezüella'nın Bolivarcı sağlık sistemi olan Barrio Adentro'nun (Varoşların İçinde) özelliklerini ve başarılarını güncel olarak sunmaktadır. Barrio Adentro varlığının ilk beş yılı boyunca tüm Venezüella'da, yaklaşık 17 milyon yoksul ve orta sınıf vatandaşa ulaşarak sağlık hizmetlerine ulaşımı ve hizmetlerden yararlanımı artırmıştır. Bu durum yaklaşık iki yılda kazanılmıştır ve mükemmel bir "Güney-Güney" işbirliği ile sağlık hizmetlerinde katılımcı demokrasinin bir örneğini sunmaktadır. Çoğunlukla Kübalı hekimler sağlık hizmeti sunmakla birlikte Comites de Salud (Sağlık Komiteleri) ve son dönemlerde de Consejos Comunales (Halk Meclisleri) ile birlikte toplum katılımı sağlanmıştır. Barrio Adentro'nun 2004 ve 2005 yıllarına ait birkaç epidemiyolojik ölçütünün

değerlendirilmesi, bu sağlık hizmeti programının, özellikle de onun birinci basamak hizmet bölümü olan Barrio Adentro l'in olumlu etkisini ortaya çıkarmaktadır. Barrio Adentro'nun, özellikle de onun birinci basamak sağlık hizmetlerinin, sürdürülmesi ve geliştirilmesi için sürekli politik yorumlara ve gerçekçi değerlendirmelere ihtiyaç vardır.

1990'lar boyunca, Küba hariç çoğu Latin Amerika ülkesi sağlık sistemlerinde reformlara girişti. Genel olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda özel sektör katılımını artıracak, devletin kamusal sağlık hizmetlerindeki yönetici rolünü zarara uğratabilecek değişimlerin desteklenmesi gibi neoliberal bir takvimi takip eden diğer ülkelere benzer bir model izlediler. Reformun farklı biçimlerine rağmen hepsi, sağlığın bir tüketim aracı olduğu bakışını ve sağlık hizmetlerinin devlet tarafından garanti edilen bir hak olduğu anlayışından vazgeçilmesini güçlendirmiştir. Uygulanan değişikliklerin çoğu, dış borçların ödenmesini garantiye almak amacıyla uluslararası finans kuruluşları tarafından tavsiye edilen neoliberal paradigmaya uygun biçimde yapısal uyum olarak adlandırılan politikalara tekabül etmektedir. Uygulamalardan birkaç yıl sonra, sağlık hizmetlerine ulaşım ve hizmetin kapsamını geliştirmedeki beceriksizlikleri göz önünde tutulursa, neoliberal

*Francisco Armada, Carles Muntaner, Haejoo Chung, Leslie Williams-Brennan, Joan Beneach, *International Journal of Health Services*, 2009, Vol 39, No 1

**Arş. Gör. Dr., Kocaeli Üniv. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

sağlık politikalarının olumsuz etkileri aşıkardır. Bu olumsuz sonuçlar, neoliberalizmin halkın yaşam kalitesini geliştirmedeki başarısızlığına denk düşmektedir. Böylece Latin Amerika, dünyada sosyal sınıflar arasındaki eşitsizliklerin en yüksek olduğu bölge olmaya devam etmektedir.

Bu kalıcı eşitsizlikler, Latin Amerika'da çeşitli politik tepkileri harekete geçirmiştir. Venezüella sağlık sistemindeki değişiklikler, bu değişim doğrultusunun neoliberal modellere alternatif olarak, sağlık alanında uygulanan en erken örneklerinden birisidir. 1999'dan bu yana, neoliberal politikaların bir dekatlık uygulamasının ardından, sağlık sisteminde, örgütlü toplumların geniş katılımı ve uluslararası (Güney-Güney) işbirliği bağlamında sağlığı, devlet tarafından asli bir hak olarak garanti altına almayı hedefleyen bir düzenleme başlatılmıştır.

Bu makale, Venezüella'da 2003'den bu yana Misión Barrio Adentro olarak adlandırılan birinci basamak sağlık hizmetleri reform programını anlatmaktadır. İlk olarak, Venezüella'da sağlık politikalarındaki değişim başladığı zaman var olan neoliberal model analiz edilmiştir, sonra halkın neoliberalizme karşı direncinin kilit rolü vurgulanarak Barrio Adentro'nun kendi tarihsel, politik ve sosyal bağlamındaki görünümü anlatılmıştır. Programın işleyişi ve güçlendirilmesinin açıklanması, sağlık üzerine etkilerinin ilk göstergelerinin analizi ve sürdürülebilirliğin garanti edilmesindeki ana zorlukların tartışılması ile devam edilmiştir. Son olarak, Barrio Adentro'nun sadece bölgedeki diğer ülkelere sağlık hizmetleri reformu için bir model sağlamadığı aynı zamanda en güçlü ekonomileri olanlar dahil dünyanın diğer ülkelerine önemli dersler verdiği belirtilmiştir.

Bu çalışma yürütülürken, hastalar, Venezüella Sağlık Bakanlığı'nda çalışan memurlar, sağlık çalışanları ve sağlık komitelerinin üyeleri de dahil hem Venezüella hem de Küba sağlık sistemlerinin gelişiminde yer almış çok çeşitli politik aktörlerle görüşülmüştür. Aynı zamanda Venezüella basını, Ulusal Yönetim tarafından çıkarılmış yasalar, Sağlık Bakanlığı'nın gri literatürü (resmi kaynaklar) ve resmi epidemiyolojik kayıtlar da gözden geçirildi. Bu

makalenin yazarlarından biri, Barrio Adentro'nun uygulanmasında bizzat yer almıştır.

Farklı Latin Amerika ülkelerindeki politik, ekonomik ve kültürel bağlam, şüphesiz onların sosyal politikalarındaki son dönem gelişmeleri etkilemiştir. Bu, II. Dünya Savaşı'nın bitiminden 1980'lerin başlarına kadar ki süreçte sağlık hizmeti dahil sosyal güvenlik sistemlerinin gelişiminin neden kentsel sanayi çalışanlarının mücadelesi ve aşamalı örgütlenmesi ile ilişkili olduğunu açıklayabilir. Bu, aynı zamanda, Bretton Woods Anlaşmasının bozulmasıyla oluşan krizden, çok uluslu finans örgütleri (başta Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve İnter-Amerikan Gelişim Bankası) tarafından dayatılan yapısal uyum politikalarının talimatlarına kadar küresel kapitalizmin çeşitli krizlerinin kıtadaki sosyal politikalar üzerindeki etkisini anlamaya yardımcı olmaktadır.

Yapısal uyum programları hiçbir bilimsel desteğe sahip olmamalarına rağmen 1990'lar boyunca, bölgede, sağlık sistemlerinde yürütülen değişimlerin kararlaştırılmasında asli unsur olmuştur. Yapısal uyum programlarını destekleyen finans kurumları, ekonomik ve sosyal refahın sağlanması için en iyi mekanizma olarak devletin sosyal koruma garantörlüğünün serbest piyasa ile ikame edilmesinde fark edilen başarısızlığı düzeltmeye girişmiştir. 1980'ler boyunca devletin sağlık harcamalarındaki azalmalar ve sağlık hizmetlerindeki sonraki bozulma köklü olmuştur. Bu kapsamda, 1993'de Dünya Bankası, Dünya Gelişim Raporu: Sağlığa Yatırım'ı yayınlamıştır. Bu raporun içeriğinde orta ve düşük gelirli ülkelerde sağlığın geliştirilmesi için iki ana strateji tanımlanmıştır: a) maliyetleri düşürmek ve yoksullukla mücadele etmek için sağlığa devlet yatırımlarını sınırlamak b) sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunda, özel sektörün artmış işbirliğini hızlandırarak, rekabeti ve çeşitliliği desteklemek. Söz konusu rapor, Banka'nın bölgedeki ülkelerin kamu politikalarının oluşturulmasındaki büyük politik ve finansal etkileri ile onun sağlık reformlarını doğrudan finanse etme rolü göz önünde tutulursa, bir akademik çalışmadan çok daha fazlasını oluşturmaktadır.

Reformlar, sağlık hizmetlerinin yönetimi ve finansmanı ile diğer sosyal koruma alanları (özellikle emekli aylıkları ve mesleki riskler) konusunda bizleri bir dizi mekanizma ile tanıştırmıştır. Ayrıca, desantralizasyon, ulusal hükümetleri zayıflatıcı ve özelleştirmeleri hızlandırıcı bir mekanizma olarak desteklenmiştir. Sağlık kaynaklarını yönetmek için çok sayıda özel işletme ortaya çıkmıştır ve sağlık hizmetlerinin özel sunumuna katılımında büyük bir artış olmuştur. Bu neoliberal sağlık reformlarının negatif etkileri daha önce çok kez yayınlanmıştır. Bu reformlardan yararlananlar ise yalnızca, sağlık hizmetleri ve diğer sosyal güvenlik alanlarının yönetimi ve sunumunda yer alan yerel seçkinlerle ittifak içinde olan Avrupa ve Kuzey Amerika kökenli ulus ötesi şirketlerdir.

Her ne kadar farklı yaklaşımlar izlenmiş olsa da sağlıkta neoliberal reformlar Latin Amerika ülkelerinin büyük çoğunluğunda uygulanmıştır. Aşağıda detaylı olarak anlatıldığı gibi Venezüella istisna değildir.

Venezüella'da Yapısal Uyum ve Sağlıkta Neoliberalizasyon

Venezüella Latin Amerika'daki neoliberal harekete nispeten geç katılmıştır. Bazı yazarlar bunu ülkede baskın olan petrol ekonomisinin gücüne bağlamaktadır. Ne olursa olsun, petrol dışında (veya onun sayesinde), Venezüella 1970'lerin sonundan 1980'lerin ortalarına kadar derinleşen bir dış borç modeli izlemiştir. Petrol kaynaklı kazançların adil dağılımını teşvik etmeyi amaçlayan politikaların başarısızlığı, ulusal borcun artışı ve 1980'ler boyunca petrol gelirlerindeki düşüş, 1989'un sonunda nüfusun %54'ünü ciddi düzeyde yoksulluğa düşüren sosyoekonomik krize katkıda bulunmuştur. Aynı yıl, sosyal demokrat Carlos Andres Perez, ilk başkanlığı döneminde yaptığı "1960'larda yaşanan ekonomik yükselişe dönüş" kampanyasını takiben ikinci kez başkan seçilmiştir.

Perez, baskın olan neoliberal ideolojinin emirlerini takip ederek ve artan yoksullukla mücadele gerekçesini kullanarak bölgede, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu tarafından tavsiye edilen

önerilerle mutabık bir planın icrasına girişmiştir. El Paquetta olarak adlandırılan plan, kamusal harcamalarda ciddi bir daralma, kamu kurumlarının özelleştirilmesi, yabancı iştirakçilerin petrol işletme olanaklarının artışı, ticaretin liberalizasyonu ve bir yoksulluk azaltma programını içermektedir. Bu reformların uygulanmasının başlangıcındaki coşku hızlıca söndü ve politika halkın yoğun muhalefeti ile karşılaştı. Bunun akabinde Perez, 1993'deki bir yolsuzluk davası ile birlikte gücünü yitirdi. Sağlık açısından bu dönemde, ulusal hükümetten bazı bölgesel hükümlere geçişin kontrolü ile birlikte kamusal hizmetlerin geniş bir bölümünün desantralizasyonu gerçekleşti. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumu ile kamusal fonların var olan bölünmüşlüğüne daha da artırdı ve sağlıkta bozulmayı ağırlaştırdı.

Yaklaşık bir yıl içinde bir geçiş hükümetinin sonlanmasından sonra, bir Hıristiyan demokrat olan Rafeal Caldera, neoliberal politikaları devam ettirmeme sözü vererek 1993 başkanlık seçimlerini kazandı. Ancak pratikte Venezüella Ajandası olarak adlandırılan, neoliberal reçete izlenerek bunun tersi gerçekleşmiştir. Venezüella hükümeti sağlık reformları için amaçları sağlık sektöründe finansmanın, tercihen özel sektöre daha fazla rol vererek, yeniden düzenlenmesini kolaylaştırmak olan, biri Dünya Bankası'ndan, diğeri İnter-Amerikan Gelişim Bankası'ndan olmak üzere iki önemli kredi almıştır.

Sağlık hizmetlerinin çokça talep edilen desantralizasyonu, 1990'ların başlarındaki katı mali önlemlerle de birleşince, yetersiz donanımlı sağlık kurumlarını yönetme sorumluluğunu bölgesel hükümetlere bırakmıştır. Bu durum, dolaylı olarak birçok hizmetin, temelde "maliyet kurtarma", başka bir ifadeyle verilen hizmetler için kullanıcı ödentisi olarak bilinen bir dizi mekanizmayla özelleştirilmesine yardımcı olmuştur. Aslında Venezüella'da 1997 yılındaki sağlık harcamalarının %73'ü özel idi. Kamu sağlık hizmetlerinin yozlaşması, söz konusu başkanlık döneminin sonuna doğru, sağlık sisteminde radikal bir reform tasarlamak için reddedilemez bir gerekçe olarak ileri sürülmüştür.

Karlı hizmetlerin farklı sunucuları arasındaki kapitalist rekabeti destekleyerek sağlık hizmetlerine özel yatırımları özendirilen plan, hizmet sunumu ve finansmanını birbirinden ayıran ve bireysel sağlık hizmeti ile topluma dayalı sağlık hizmeti sunumunu ayrı olarak ele alan Şili ve Kolombiya modellerinden örnek alınmıştır. Bu plan daha sonra emeklilik reformunu da içeren bir yasaya dönüştürülmüştür.

Bu durum nüfusunun üçte ikisi yoksulluk içinde yaşayan ülkede petrol fiyatlarındaki dramatik düşüş ile birlikte ikiye katlanmıştır ve böylece Hugo Chavez Aralık 1998'de Venezüella başkanı olarak seçilmiştir. Bu zafer, bazı yazarlar tarafından, yozlaşmış Venezüella hükümetlerine ve büyüyen neoliberal politik sürece karşı, iki dekat boyunca artan halk hareketinin politik sonucu olarak yorumlanmıştır. Yeni seçilen hükümet, başkanın seçim kampanyası boyunca altını çizdiği antineoliberal devrimci politikaları uygulamaya başlamıştır.

Barrio Adentro'nun Erken Dönemleri

Chavez, kamu politikalarında, sağlıkta yeni bir sistemin yaratılmasının hazırlık adımlarını oluşturan büyük değişikliklere girişmiştir. İlk işi sağlık sistemini sağlık hizmetlerinin özel yönetimi ve sunumuna dönüştürmeyi düzenleyen Caldera Yasalarının askıya alınması olmuştur. Yeni hükümetin bu hareketi Venezüella Sosyal Güvenlik Enstitüsü'nün özelleştirilmesi sürecini bozmuştur. Yeni hükümet ikinci olarak, sağlık hizmetlerinin önündeki engelleri kaldırmak için aşağıdakileri zorunlu kılan çeşitli stratejiler uygulamıştır:

a) kamusal kurumların acil servislerinde hastaların ödeme yapmasının hemen askıya alınması hükmü,

b) yaş gruplarına, işlemlere ve hizmet sunucularına uygun birinci basamak hizmetlerin örgütlenmesini hastaların ihtiyaçları etrafında yönlendirilen yeni bir Entegre Sağlık Sistemi Modeli'nin uygulanması,

c) birinci basamak sağlık merkezlerinin, donanım ve alt yapı gelişmelerini içeren özel bir plan doğrultusunda, daha iyi donatılması.

Yeni hükümetin bir sonraki işi, sağlıkta ağırlığı tedavi edici hizmetlerden sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesine kaydıran koruyucu bir yaklaşımın güçlendirilmesi olmuştur. Bu ilk aşama 1998-2000 dönemine tekabül etmektedir ve sağlıkta Bolivarcı Anayasa'ya yerleştirilen önemli politik tanımlamaları içermektedir.

Sağlık politikalarının tanımlanması açısından en dikkate değer dönem, sağlık politikalarını düzenleyen çeşitli anayasal ilkelerin oluşturulmasıyla en yüksek noktasına ulaşan anayasal süreçtir. Bir önceki anayasaya göre en önemli değişiklik, sağlığın temel bir hak olduğunun ve devletin bunu garantilemekle görevli olduğunun kabul edilmesi olmuştur.

Anayasa'da üç madde ülkenin sağlık sektörünün başlıca tanımlarını içerir. Madde 83 sağlığı yaşama hakkı ile bağlantılı anayasal bir hak olarak tanımlar. Madde 84, ücretsiz hizmet sunan, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesini önceleyen, entegre ve evrensel bir kamusal sağlık sisteminin yaratılması ve yönetilmesini, devletin bir görevi olarak karara bağlar. Ayrıca bu madde kamusal hizmetlerin özelleştirilmesini yasaklar. Son olarak, finansmanın kamusal karakteri, mali kaynakları ve çalışanların sosyal güvenlik primlerini açıkça belirten Madde 85'de tanıtlır.

Sağlık Bakanlığı daha sonra, eşitlik, evrensellik ve sosyal egemenlik vurgusuyla, anayasal hükümlerin pratik uygulamasının kavramsal çatısını detaylandıran ve cinsiyet, etnisite, sosyal sınıf ve toplum katılımı sorunlarının üstesinden gelen Sosyal Stratejik Plan'ı yayınlamıştır. Bu anlayışı izleyen sağlıkta farklı yasal düzenleme projeleri, sistemin ilkelerinin ve örgütlenmesinin altını çizmeye çalışmıştır. Buna rağmen 2006'nın sonunda, 1999 Anayasa'sının hükümlerini karşılayan yasal düzenleme halen ortada yoktur.

Anayasal hükümler, sağlığın bir hak olarak anlaşılmasını isteyen çeşitli alanlardan halkın politik taleplerini yansıtmaktadır. 1998 ile 2002 arasında atılan adımlar, neoliberal politikaların ilerlemesini

engellemek ve sağlığa ulaşımın önündeki engelleri yıkmak için düzenlenmişlerdi fakat halen halkın gelişmiş sağlık hizmetleri talebini karşılamaktan uzaktılar. Alternatiflerin araştırılmasının sürdürülmesi gerekiyordu. Yanıtlar iki olay sayesinde hızlandırılmıştır. Bunlardan birincisi olan ülkede okuryazarlığın artırılması ihtiyacı, daha sonra "misión" olarak adlandırılan bir örgütsel stratejinin geliştirilmesini sağlamıştır. "Misión" acil sosyal ihtiyaçları hızlıca karşılamak, toplum katılımını artırmak, belli bürokratik engellerden kurtulmak ve sivil sosyal hareketlerin gelişiminde Silahlı Kuvvetlerin örgütsel ve lojistik kapasitelerini kullanmak için farklı sektörlerin ve kamusal kurumların çabalarına yoğunlaşmayı amaçlamıştır. İkinci olay ise Vargas eyaletinde yaşanan doğal bir afetten etkilenen nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için Küba Hükümeti'nin tıbbi ve paramedikal personel sağlaması olmuştur.

Karakas'ta nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşma ihtiyacı, 2002 yılı boyunca, örgütlü halk gruplarının talepleri doğrultusunda fazlasıyla aşikar hale gelmiş ve Libertador Belediyesi'nin şehir konseyi tarafından yürütülen sosyal çalışmalarla da desteklenmiştir. Bu ihtiyaçları karşılamak için şehir konseyi, kamu hizmetlerinin hiç verilmediği belirli metropol bölgelerinde (marjinal mahalleler) Casas por la Salud y la Vida aracılığıyla temel sağlık hizmeti sağlayacak bir plan tasarlamıştır ve 2003 yılının Ocak ayında, hekimleri bu yeni programa davet etmiştir. Bu davete hekimlerin yanıtı çok az olmuştur ve kişisel güvenlik konusundaki endişe ve tıbbi uygulamalar için alt yapının olmayışı gerekçe olarak gösterilmiştir. Karakas Belediye Başkanı Freddy Bernal, Vargas tradejisi sonrası Küba Hükümeti tarafından sağlanan insani desteğe dayanarak başkan Chavez'in de desteğiyle, Küba Hükümeti ile pilot bir proje üzerinde anlaşmıştır. Nisan 2003'de dahili genel tıp (aile hekimliğinin bir formu) alanında uzman 58 Kübalı hekim birinci basamak sağlık hizmeti sunmak üzere Karakas'ın birkaç varoş mahallesine (barrio) yerleştirilmiştir. Aynı barrio'da yaşayan çeşitli sağlık ekibi personeli ile Defensor de Salud (Sağlık Muhafızı) olarak adlandırılan, o toplumun içinden seçilen ve Sağlık Bakanlığı tarafından eğitilen bir

asistan da hekimlere temel destek sorumluluğunu üstlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin bu yolla sunulması başlangıçta, başta kentsel bölge komiteleri olmak üzere toplumun örgütlü gruplarının büyük oranda katılımı ile desteklenmiştir. Başlangıçta hekimler, o toplumdaki gönüllülerin konutlarında barındırılmıştır. Hekimlerin toplum içindeki yaşamaları sayesinde birinci basamak hastalarını gündüz veya gece herhangi bir zamanda görebilme olanakları ve toplum örgütleri ile yakın ilişki kurabilmeleri, programın yüksek düzeyde kabul görmesinin anahtarı olmuştur.

Eylül 2003'de pilot programın değerlendirilmesi ve bir başarı addedilmesinden sonra Başkan Chavez, programın adını Mision Barrio Adentro olarak koymuş ve bunu ulusal bir plana dönüştürmüştür. Bu plan, kamusal bir sağlık sistemi doğrultusunda sağlığın sosyal bir hak olarak anayasal gereksinimlerini karşılamayı amaçlayan bir inisiyatif olarak tanımlanmıştır. Plan ayrıca, eşitlik, evrensellik, ulaşılabilirlik, birlik, çok sektörlü yönetim, kültürel hassasiyet ve sosyal katılım ve adalet ilkeleri ile desteklenmiştir. Toplum katılımı planının yapılması ve geliştirilmesinde temel bir ilke olarak kabul edilmiştir.

Programın gelişimini hızlandırmak için Aralık 2003'de (Ocak 2004'de resmi olarak başlamıştır) multisektörel bir başkanlar komitesi, Misión Barrio Adentro kurulmuştur. Oro Negro Sivil Birliği tarafından yönetilen bu komite Sağlık, Çalışma, Enerji, Savunma Bakanlıkları ve Petroleos de Venezuela, S.A. ve Frente Francisco de Miranda'nın (sosyal haklar savunma örgütü) başkanları ile Karakas'ın iki belediyesi olan Sucre ve Libertador'un belediye başkanlarının katılımıyla Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Programı'nın uygulanması ve koordinasyonundan sorumluydu.

Barrio Adentro'nun ulusal düzeye genişletilmesine 2004 yılında başlanmıştır. İlk aşamada coğrafik kapsam Karakas sınırları içinde genişletilmiş, daha sonra ülkenin kalan kısmına yayılmıştır. Bu başlangıç aşaması boyunca bütün çaba, tıbbi merkezlerin inşası ve hekimlere konut sağlanması, her bir merkezin bölgesinde nüfus sayımı yapılması

doğrultusunda toplum katılımının yeniden organize edilmesine odaklanmıştır. Yeni inşa edilen sağlık merkezlerinin sayısı 2003'ün sonlarında 13'den 2007'nin ortalarında 2708'e çıkmıştır. İşbirliğine katılan doktorların sayısı başlangıçtaki 54 kişiden, 1998'de 1.628 ve 2007'nin ortalarında 19.271'e çıkmıştır. Sağlık komiteleri sayısı da 2003'de 2124'den 2006'da 8951'e çıkmıştır. Bu başlangıç uygulaması ve deneme aşaması, Küba Sağlık Sistemi'nin olumlu görünümünden fazlasıyla etkilenen özgün bir sağlık hizmeti modelinin ilerleyen gelişimine imkan sağlamıştır (Şekil 1, 2 ve 3'e bakınız).

Barrio Adentro'nun birinci basamak düzeyindeki sağlık hizmeti modeli aşağıdaki özelliklere sahiptir:

1. Birikim havzaları: Bireysel klinik kayıtlar ile aile tıbbi kayıtlarının tutulduğu her toplum sağlığı merkezi 250-400 arası aileyi kapsar.

2. Dahili hizmet modeli: Genellikle tıbbi

konsültasyonlar ve tedavi hizmetleri sabahları gerçekleştirirken öğleden sonraları ev ziyaretlerine ayrılır.

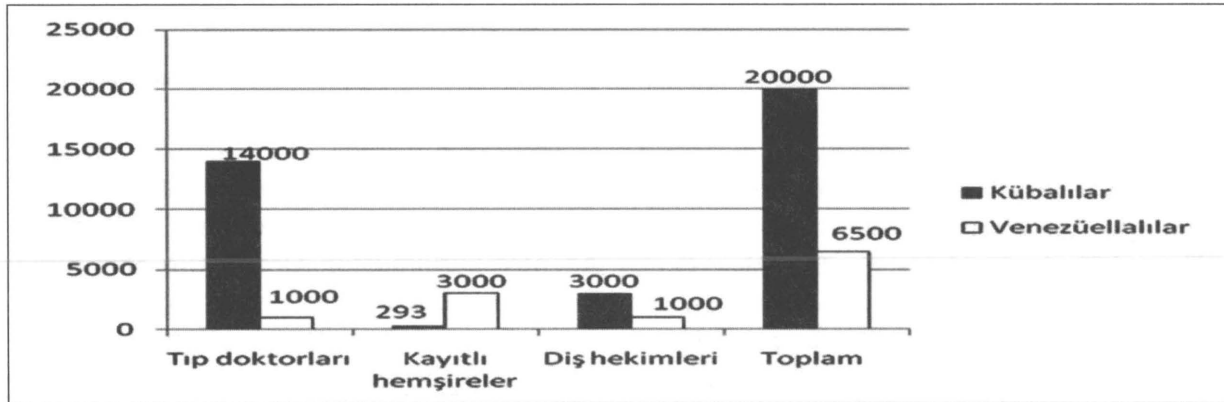
3. Başlanan her faaliyette sağlığın geliştirilmesi paradigması: Bu faaliyetler, yukarıda bahsedilenler dışında okul ve işyeri ziyaretlerini kapsar.

4. Katılımcı model: Tüm faaliyetlerin tasarlanması ve gerçekleştirilmesi mahalle sakinlerinin birinci basamak hizmetlerin yönetimi ve sunumuna katılımları eşliğinde toplum tarafından alınan kararlarla kontrol edilir.

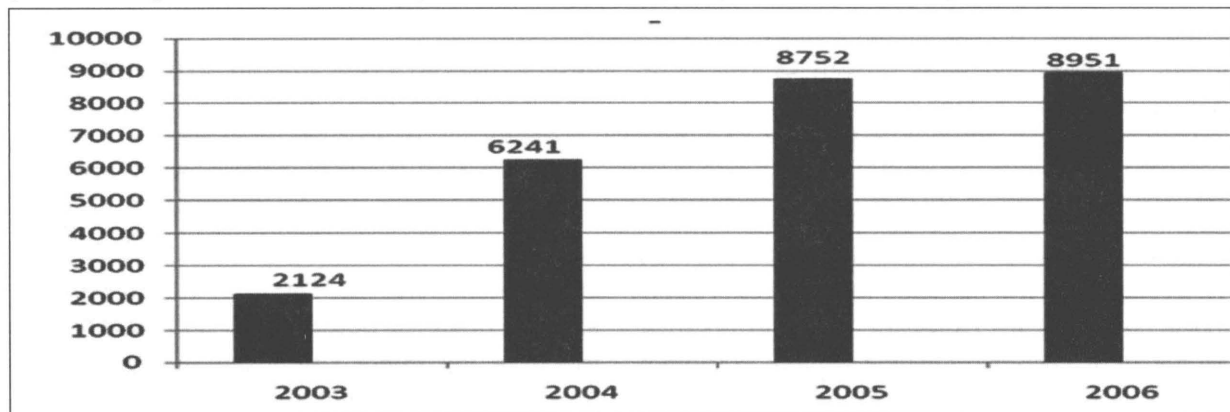
5. Eğitim: Her toplum sağlığı merkezinin hem diplomalı hem de diplomasızlar için, toplum sağlığı destekçileri ve sağlık teknisyenlerinin eğitim ihtiyacını karşılayan bir eğitim fonksiyonu vardır.

6. Sektörler arası model: Hizmet modeli, diğer sosyal müdahalelerle sağlık faaliyetlerinin

Şekil 1. Küba ve Venezüella sağlık personelinin sayısı, 2 Mayıs 2005



Şekil 2. Sağlık komitelerinin sayısı (Comités de Salud) Nisan 2003-Mayıs 2006



e) kolektif sağlık politikalarının güçlendirilmesi

f) kurumsal adaptasyon.

Birinci Basamak Hizmetlerin Güçlendirilmesi

Barrio Adentro I olarak bilinen birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesini sağlamak için uygun altyapı ve malzemeyle birlikte tüm birinci basamak sağlık merkezlerini temin etmek için bir plan başlatılmıştır. Bu plan, 6000'den fazla merkezin kurulmasını, yeni binaların tesis edilmesini ve mevcut merkezlere de yeniden şekil verilmesini amaçlamıştır. İşin büyüklüğü göz önünde tutulursa, yeni inşaatların sorumluluğu hem ulusal hem de yerel ölçekte (bölgesel ve yerel konseyler) 40 farklı örgüte dağıtılmıştır. Mayıs 2008'de planlanan 6574 toplum sağlığı merkezinin yaklaşık 3320'si inşa edilmişti. Şekil 4,5 ve 6 Barrio Adentro I'deki bazı gelişmeleri göstermektedir.

İkinci Basamak Hizmetlerin Başlatılması

Barrio Adentro tarafından verilen sağlık hizmetleri, sağlığın geliştirilmesi ile vakaların büyük bir çoğunluğunda tedavi edici hizmetleri içeren eylemleri güvenceye almıştır. Ancak birçok hasta paraklinik tanı testlerine ve daha kompleks prosedürlere ihtiyaç duymuştur. Böylece, Barrio Adentro II olarak adlandırılan bir program doğrultusunda ikinci basamak sağlık hizmetlerinin başlatılması planlanmıştır. Tüm ülkede 600 adet ikinci basamak kurumun açılması planlanmıştır. Bu kurumlar Centros de Diagnostico Integral (CDI) olarak adlandırılmıştır. Mayıs 2008'de toplam 417 CDI'nın yapımına başlanmıştır. Bu merkezlerin her biri şu hizmetleri sağlamaktadır: 24 saatlik acil servis hizmeti, paraklinik laboratuvar testleri (hepatoloji, feçes, idrar), ultrason, endoskopi, X-ray, elektrokardiyografi ve oftalmoloji. Her bir merkez ortalama üç yoğun bakım yatağına sahiptir ve dört merkeze acil cerrahi operasyonlar için bir operasyon mekanı düşmektedir. Bu hizmetlerin etkisinin kesin bir değerlendirmesi olmamasına karşın 2007'nin sonunda CDI'lerde gerçekleştirilen faaliyetlerin

Tablo 1. Barrio Adentro I'in başlıca kazanımları, 2005

	Mevcut Sistem	Barrio Adentro Sistemi
Birinci basamaktaki hekim sayısı	1500	13000
Kapsam (kişi sayısı)	3.5 milyon	17 milyon
Birinci basamak sağlık merkezleri sayısı	4400 (1500'ü hekimli olan)	1050 (tamamı hekimli)
Birinci basamak dış hekimleri sayısı	800	4600
Birinci basamaktaki hemşire ve ebelerin sayısı	4400	8500
Göz doktorları sayısı	0	441
Geliştirme ve koruma aktiviteleri	Sağlık merkezine göre değişkenlik gösterir	Sağlık merkezi içinde ve dışında toplum içinde
İlaç dağıtımı	Tedarikle göre değişir	En yaygın görülen hastalıklar için 103 ilaç; Halk Eczaneleri

toplam sayısı bütün ülkede sağlık kapsamında bir artış olduğu izlenimini vermektedir (Tablo 2).

CDI erken bir ikinci-düzye hizmet girişimi olan Clinicas Populares programını bütünlülemektedir: elektif cerrahi müdahale, maternal ve pediatrik hizmet kapasitesi ile küçük hastaneler ve bir dizi tıbbi uzmanlık alanı (obstetrik, iç hastalıkları, travmatoloji, oftalmoloji, genel cerrahi) CDI'lerde yoktur. 2004 ile Mayıs 2007 arasında, tamamen Venezüellalı sağlık personelini istihdam eden bu çeşit 44 merkez açılmıştır.

Barrio Adentro II, sistemin sorunlarını çözecek kapasitede diğer hizmetleri de içermektedir: Yüksek Teknolojili Merkezler (Centros de Alta Tecnologia, CAT; Tablo 3'e bakınız). Bu merkezlerin 35'i ulusal düzeyde planlanmıştır. İlk merkez Şubat 2006'da bitirilmiş ve bundan iki yıl sonra 18 merkez daha kurulmuştur. CAT, manyetik rezonans görüntüleme, bilgisayarlı aksiyal tomografi, ultrason, mamografi, kemik dansitometri, video endoskopi, elektro kardiografi ve birçok başka testler uygulayarak, yalnızca tanı destek hizmetleri sağlamaktadır.

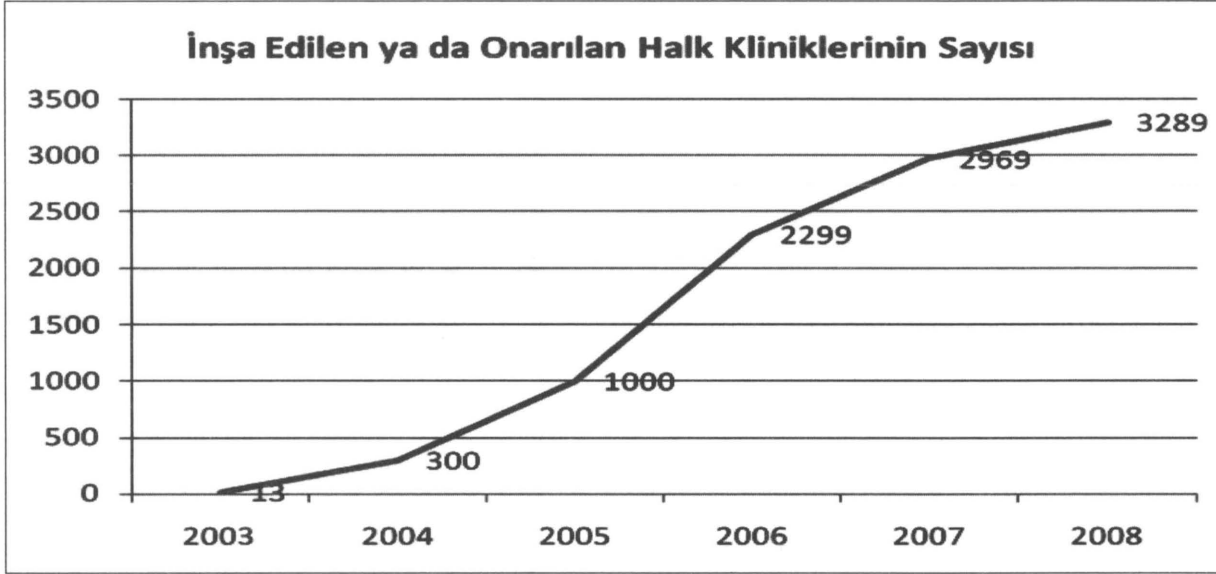
Son olarak Barrio Adentro II, CDI'lar ile eşleşmiş üçüncü tip bir yapıyı içerir: Bütün ülkede 600 tane Dahili Rehabilitasyon Odası (Sala de Rehabilitacion Integral, SRI; Tablo 4'e bakınız), planlanmıştır. Bu SRI'ler Barrio Adentro I'de görünür hale gelen bir eksikliği karşılamak için planlanmıştır: Sakatlara yönelik hizmetler. Bunlar, elektroterapi, ultrason, lazer tedavisi, hidroterapi, çocuklar ve yetişkinler için jimnastik, iş terapisi ve konuşma terapisi hizmetleri sunmaktadırlar. Aynı zamanda doğal ve geleneksel tıp danışmanlığı da yapmaktadırlar. İlk 30 merkez Temmuz 2005 itibariyle tamamlanmıştır ve Mayıs 2008 itibariyle 504 SRI faaliyet gösterebilecek duruma gelmiştir. 2004'de ise tüm ülkede, hem Kübalı hem de Venezüellalı sağlık personeli istihdam eden sadece 63 tane bu tip kamu hizmeti vardı. Şekil 7 üç kurumun 2005 ve 2008 yılları arasındaki kuruluş sürecini gösterir.

Toplum katılımı, Barrio Adentro II için inşa, teçhizat ve çeşitli tip kurumların açılması sürecinde

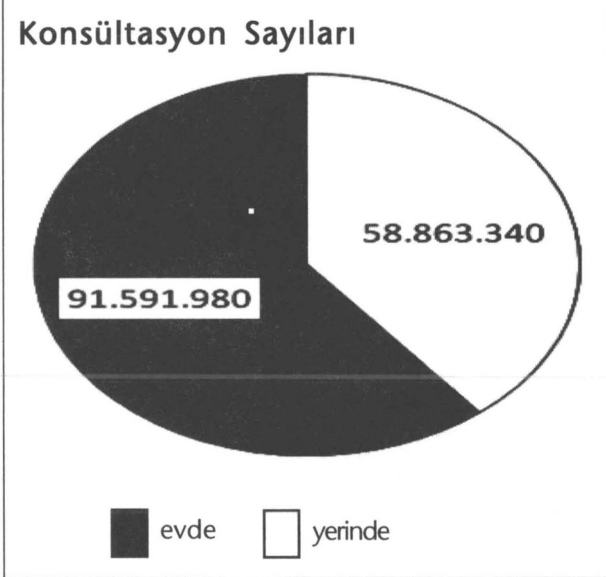
Tablo 2. Centros De Diagnostico Integral'lerde yapılan faaliyetler, 2004-2007

Faaliyet	2004	2005	2006	2007	Toplam
(2004-2007)					
Laboratuvar	204.784	3.397.227	16.425.430	67.665.974	87.703.415
Elektrokardiyografi	20.365	199.419	923.164	3.383.522	4.526.470
Ultrason	72.051	667.917	1.454.614	3.617.087	5.811.669
Endoskopi	2.190	49.897	160.717	450.350	663.154
X-ray	5.549	246.352	1.393.420	3.771.895	5.418.216
Ultra-mikro-analitik sistem	1.095	50.785	511.688	3.773.086	4.336.654
Acil cerrahi	0	952	4.871	5.769	11.592
Elektif cerrahi	0	0	5.057	29.037	34.094
Doğumlar	0	0	342	1.115	1.457
Sezeryan doğumlar	0	0	55	178	233
Harici konsültasyonlar	0	0	1.415.112	5.109.544	6.524.656
Oftalmoloji konsültasyonları	0	145.015	1.845.673	6.400.577	8.391.265

Şekil 4. Halk kliniklerinin inşası, Mayıs 2008 itibariyle



Şekil 5. Barrio Adentro Programı altında doktorların gerçekleştirdiği toplam ziyaret sayıları, 2004-2005



ayrıca önemliydi. Her CDI-SRI çifti 5 veya 20 birinci basamak sağlık merkezi arasında bir birikim havzasına sahiptir ve her biri bir sağlık komitesine sahiptir. Başlangıçta inşa altındaki kurumların yakınlarına yerleşmiş sağlık komiteleri ile sınırlı olsa da, diğerleri er geç aynı birikim havzasında birleştirilmiştir. Toplum katılımını hızlandırma amacı ile 2006 yılı boyunca her bir merkeze karşılık gelen sağlık komitelerinin, ulusal basın ve televizyonda yayınlanan, eş zamanlı yedi kongresi toplanmıştır. Bu kongrelerde inşaat ve donanım müteahhitleri,

Sağlık Bakanlığı ve Misión Medica Cubana temsilcileri ile buluşmuşlardır. Bu kongreler, bu yeni düzeydeki ağı faaliyetlerini açıklamayı ve toplumun üyelerini uygulama ile ilişkili çeşitli problemleri çözmek için devreye sokmayı amaçlamıştır.

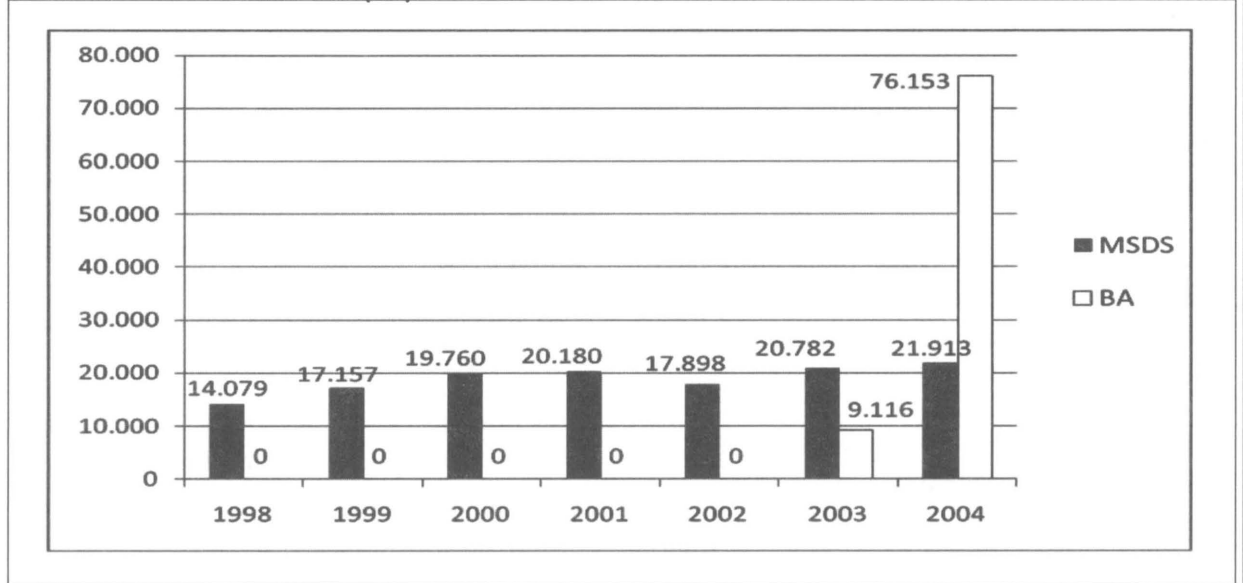
Hastane ve Uzmanlık Hizmet Programı

2006 yılında başlayıp, 2007 yılında yeniden düzenlenen Barrio Adentro III, Venezüella'nın mevcut durumdaki 300 kamu hastanesinde alt yapı, donanım ve personel adaptasyonunu içermektedir. Proje alt yapının geliştirilmesini planlamıştır. Donanımın geliştirilmesi ve personelin daha iyi eğitilmesi için 1.3 milyon bolivar (Venezüella para birimi) ayrılmıştır.

Üçüncü aşama, sağlık sistemi ağı kurulumunun özel bir bileşeni olarak kemoterapi ve radyoterapi sunumunu içermektedir. Ulusal plan, tüm ülkede 2006 yılının sonunda 9 tanesi kullanıma açılmış olan 18 adet özelleşmiş merkez açmayı hedeflemiştir (hedeflenen kapsam nüfusun %85'idir). Bu bileşen, ülkede kanserin hem erkeklerde hem de kadınlarda ikinci ölüm nedeni olması göz önünde tutulursa, önemli bir adımdır.

Barrio Adentro IV (Tablo 5) ise her biri ileri düzeyde özelleşmiş bir alanı olan bir düzine yeni

Şekil 6. Tıbbi Vizitler, 1998-2004, Sağlık ve Sosyal Gelişme Bakanlığı (MSDS) ve Misi3n Barrio Adentro (BA)



Tablo 3. Centros De Alta Tecnologia'da yapılan faaliyetler, 2006-2007

Aktiviteler	2006	2007	2006-2007 toplamı
Video Endoskopi	7.844	23.631	31.515
Mamografi	15.217	56.287	71.504
Manyetik Rezonans İnceleme	18.230	62.862	81.092
BT İnceleme	31.108	97.781	128.889
Kemik Yoğunluğu	28.841	97.551	123.392
3-D Ultrason	14.827	64.651	79.478
Elektrokardiyografi	12.409	97.093	109.502
X-Ray	21.154	99.924	121.078
Klinik Lab.	663.602	3.240.996	3.904.598

Tablo 4. Sala de Rehabilitacion Integral'de yapılan faaliyetler, 2005-2007

Faaliyetler	2005	2006	2007	2005-2007 toplamı
Başvurular	77.949	531.638	1.898.205	2.057.792
Rehab. Vizitleri	325.163	2.712.121	8.381.771	11.419.055
Tedaviler	940.236	13.309.202	69.273.668	83.523.106
Elektroterapi	160.839	1.633.273	10.381.212	12.175.324
Termoterapi	88.355	1.618.985	6.203.671	7.911.011
Jimnastik yapan erişkin hasta sayısı	392.506	6.508.614	31.264.204	38.165.324
Jimnastik yapan çocuk hasta sayısı	92.488	1.317.814	4.292.433	5.702.735
İlaç	80.337	449.857	2.477.480	3.007.674
Konuşma terapisi	35.153	479.854	6.194.502	6.709.509
İş terapisi	77.574	1.117.692	6.589.515	7.784.781
Podiatry	12.984	136.347	950.661	1.099.992
Hidroterapi	0	46.766	919.990	966.756

hastanenin inşasını içermektedir. Bu kuruluşların iki önemli amacı, ülkede genel hastane kapsamını genişletmek (özellikle kişi başı yatak orantısı düşük olan bölgelerde) ve stratejik önemi olan alanlarda ileri derecede özelleşme sağlamaktır. Bu program, programın yönetiminden sorumlu bir enstitünün kurulmasıyla birlikte Aralık 2006'da düzenlenmiştir.

Ağustos 2006'da açılmış olan Cardiologico Infantil Latin Americano Hastanesi "Dr. Gilberto Rodriguez Ochoa" (Tablo 6) bağımsız bir proje olarak başlatılmış olsa da Barrio Adentro'nun bu aşamasına karşılık

Barrio Adentro Programının Etkileri Üzerine Değerlendirmeler

Herhangi bir sağlık sisteminin yaşam kalitesi üzerine etkilerini kesin olarak belirlemek zor bir iştir. Bu çalışmada ise karmaşa daha büyüktür çünkü henüz inşa aşamasında olan ve sıkça yapılan modifikasyonların konusu olan bir sistemden bahsediyoruz. Ayrıca Barrio Adentro, halkın yaşam koşulları üzerine dikkate değer etkileri olan diğer

kamusal politikalarla etkileşim içinde olan bir bağlamda ortaya çıkmaktadır. Yine de, bu bölümde Barrio Adentro'nun etkilerine dair bazı ön veriler sunulacaktır.

Ampirik veriler üç farklı perspektiften sunulmuştur. İlki, aşağıda sunulmuş olan dört alan üzerine halkın yüksek düzeyde memnuniyet duyduğunu gösteren görüşmelerdir. Bu dört alan:

a) hizmetin kalitesi ("sıcak" ve "insancıl" şeklinde tanımlanmıştır)

b) hizmete ulaşım: merkezler coğrafik olarak kullanıcılara yakındır, hizmet ücretsizdir ve ulaşılabilir saatleri uzundur

c) ilaçların ücretsiz tedarik edilmesi

d) hizmet almak için bekleme sürelerinin (hastanelerle karşılaştırıldığında) anlamlı olarak azalması. Hasta memnuniyetinin bir diğer göstergesi, Mision Barrio Adentro'nun kabul edilirlilik derecesini gösteren izlemler ile ortaya konmuştur ve %60'ı geçen bir memnuniyet düzeyi söz konusudur. Bir başka dolaylı gösterge, sağ kanat muhaliflerin saldırıları karşısında halk komitelerinin programı savunmak için gösterdiği politik eylemlerdir.

İkinci olarak, sağlık hizmetlerine ulaşımdaki artış, Barrio Adentro aracılığıyla yaşam kalitesi gelişimini gösteren açık bir göstergedir. Birinci basamak sağlık merkezlerinin sayısı 1998'den 2007'ye kadar üç kat artmıştır. Bu yeni merkezlerin coğrafik dağılımı sağlık hizmetlerinin önündeki coğrafik bariyerleri azaltmaya yardımcı olmuştur. Sağlık merkezleri sadece bölgeler arasında eşit dağılmamış aynı zamanda tercihen hizmetlerin düşük yoğunlukta oldukları bölgelerde (özellikle kentlerin perifer bölgeleri) inşa edilmiştir. Tıbbi başvurular açısından bakıldığında, 2004 ve 2005'de Barrio Adentro ağına (150 milyon) geleneksel ağıdakinden (58 milyon) üç kat daha fazla başvuru olmuştur.

Son olarak, 2004 ve 2005 yılları için, birkaç gösterge Barrio Adentro'nun hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkları olan hastaların tanı

Tablo 5. Barrio Adentro IV ağında planlanan hastaneler

Eyalet	Sağlık Merkezleri
Miranda	Pnömoloji Genel Hastanesi, Ulusal Onkoloji Merkezi, Nöroşirurji Genel Hastanesi
DDTO Capital	Yetişkin Kardiyoloji Hastanesi, Kan Ve Kord Bankası
Aragua	Ulusal Bağımlılık Tedavi Merkezi
Barinas	Toksikoloji Genel Hastanesi
Apure	Maternal Çocukluk Genel Hastanesi
Merida	Gastroenteroloji Genel Hastanesi
Cojedes	Ortopedi Genel Hastanesi
Carabobo	Oftalmoloji Genel Hastanesi
Guarico	Nefroloji Ve Üroloji Genel Hastanesi
Zulia	Kan Bankası

alması ve izlenmesi üzerine muhtemel etkilerini göstermektedir (Şekil 10 ve 11'e bakınız). İnfeksiyon hastalıkları açısından, vaka sayıları artarken (daha yüksek saptama hızını gösteren), ölümler azalmıştır (daha iyi izleme ve tedavi olanaklarını gösteren). Örneğin 2003 ile 2005 yılları arasında 1 yaş altı çocuklarda ishal vakaları 241.360'dan 435.396'ya (%80,4 artış) yükselirken, ölümler 1.148'den 574'e

(%50 azalma) düşmüştür. Aynı eğilim 1-4 yaş arası çocuklarda ishal ile ilişkili morbidite ve mortalite için de gözlenmiştir. Aynı şekilde pnömöni için de hem 1 yaş altı hem de 1-4 yaş grubunda benzer bir durum söz konusudur. Bu veriler, hizmete ulaşılabilirliğin artışının bugüne kadar karşılanmayan ihtiyaçların kapsanması ve önlenebilir ölümlerden kaçınılması anlamına geldiğini göstermektedir.

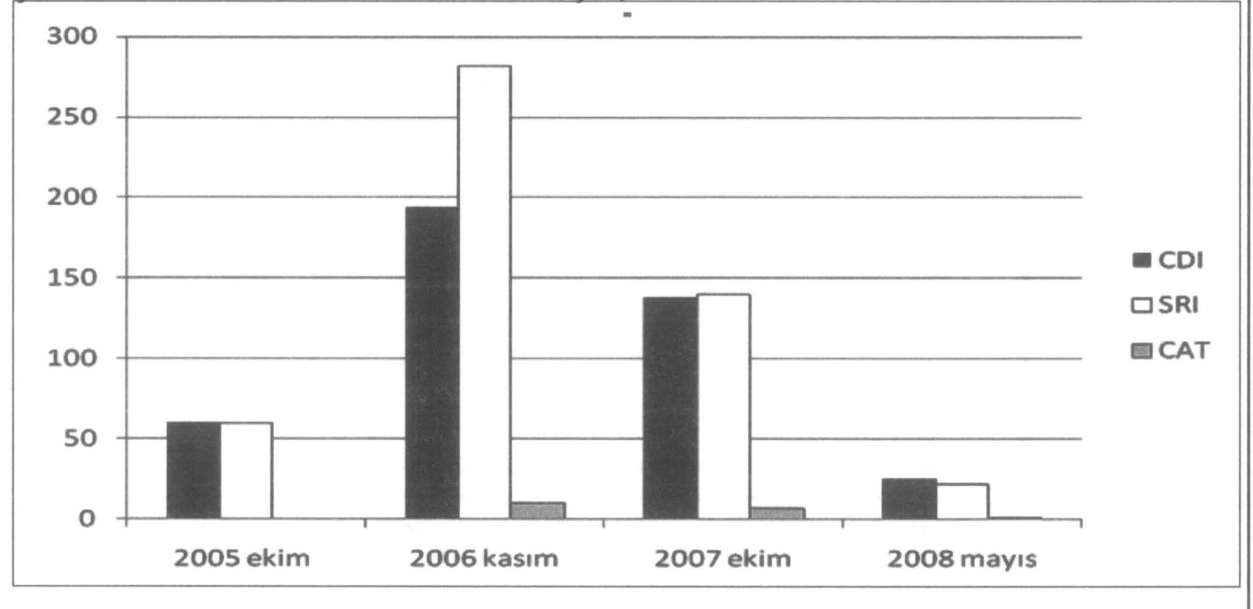
Tablo 6. Cardiologico Infantil Latin Americano Hastanesindeki sağlık hizmeti aktiviteleri, "Dr. Gilberto Rodriguez Ochoa"

Müdahaleler	20 Ağustos-21 Aralık 2006	1 Ocak- 23 Temmuz 2007	Toplam
Cerrahi	234	328	562
Hemodinamik	129	257	386
Toplam	363	585	948
Ölçütler			
Tanı amaçlı görüntüleme	2354	4974	7328
Ekokardiyogramlar	1065	1774	2839
Laboratuar tetkikleri	28839	50003	78842
Kan bankası bağışları	566	680	1246
Ölümler	15 (%4)	39 (%7)	54 (%69)

Tablo 7. Mision Sonrisa

Amaç	Tanım	Tanım
38 diş laboratuvarının açılışı: Mision Sonrisa	8 tahsis edilmiş laboratuvar	8 tahsis edilmiş laboratuvar
	30 laboratuvar planlandı: 7 eyaletin gereklilik envanteri	30 laboratuvar planlandı: 7 eyaletin gereklilik envanteri

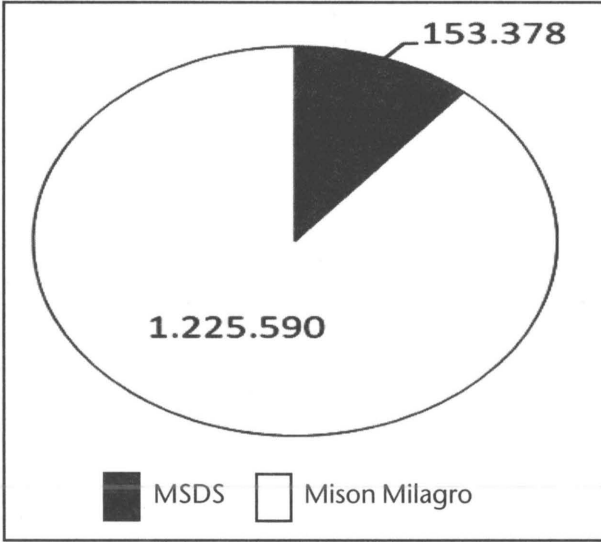
Şekil 7. Barrio Adentro II merkezlerinin inşası, 2005-2008



Tartışma ve Sonuç

Venezüella'nın, hızlıca ulaşılan bir evrensel kapsayıcılığı amaçlayan ve birinci basamak sağlık hizmetleri stratejisini temel alan, kamusal olarak finanse edilen yeni bir sağlık sistemi inşası deneyimi, sağlıklı evrensel bir hak olarak değerlendirmenin değerini teyit etmiştir ve Alma-Ata ve Ottawa deklarasyonlarındaki prensiplerin geçerliliğini doğrulamıştır. Barrio Adentro'nun hayata geçirilmesi, gerekli politikalar ve toplumsal örgütler olduğunda ve elbette güç ilişkilerinin ve egemen ideolojinin bu

Şekil 8. Sağlık ve Sosyal Gelişim Bakanlığı (MSDS) ve Misión Milagro'da kaydedilen konsültasyon sayılarının Karşılaştırılması, 2004.

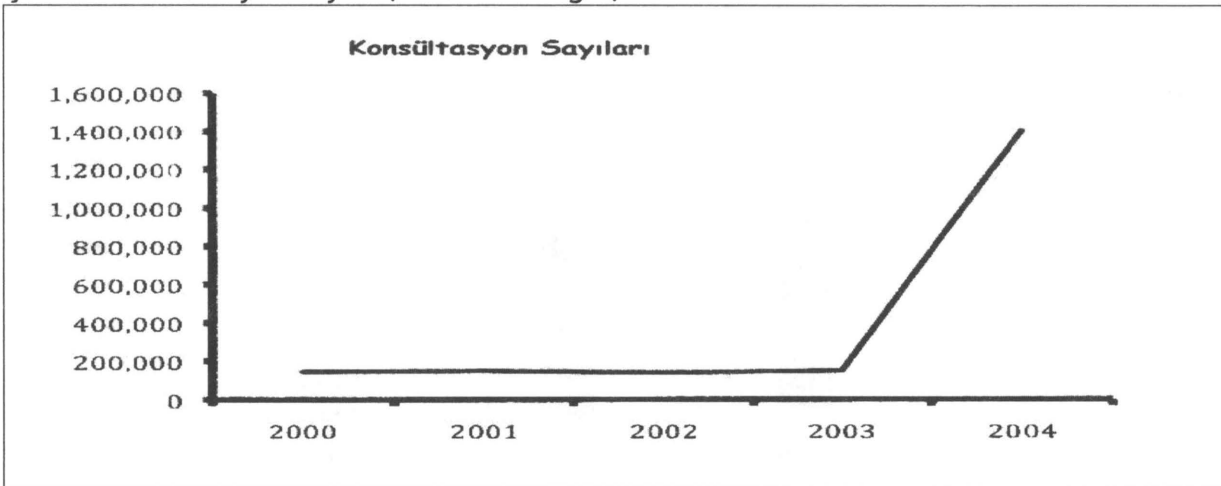


tip kamu politikalarını tercih ettiği bir bağlamda, bir halk sağlığı sistemi kurulmasının olabirliğinin sıkı bir kanıtını ortaya koymuştur.

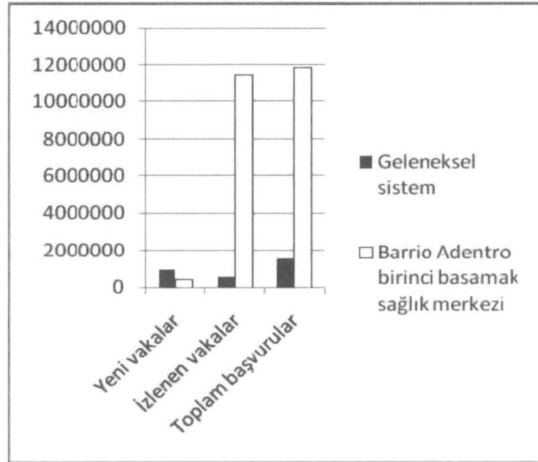
Barrio Adentro'nun gelişimi, neoliberal politikalara karşı olan, sağlık, eğitim ve çalışmanın temel bir hak olduğunu kabul eden ve gelir dağılımında eşitliği artırarak, yaşam koşullarında hızlı bir gelişme sağlamak için çabalayan politik bir bağlamda olmaktadır. Uluslararası düzeyde bu bağlam, kendisini Latin Amerika'ya entegrasyondan yana bildiren hükümet, çok kutuplu bir sistemin geliştirilmesi ile tüm ekonomi alanlarını özelleştiren serbest ticaret anlaşmalarına (ALCA, Amerikalıların Serbest Ticaret Alanı) karşı muhalefet ve birlik ve bütünlüğe dayanan anlaşmaların (ALBA, Amerikanın Bolivarcı Alternatifi) desteklenmesi ile karakterizedir.

Barrio Adentro deneyimleri, sadece merkez ülkeler değil aynı zamanda da perifer ve yarı-perifer ülkelerdeki birinci basamak sağlık hizmetlerinin gelişimi için yararlıdır. Barrio Adentro sosyal hakları vurgulayan politik süreçleri olan ve Bolivya, Ekvator ve Nikaragua vakalarında olduğu gibi halkın sağlık taleplerini gidermeye çalışan ülkeler için değerli bir deneyim oluşturmaktadır. Diğer taraftan, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamının başarılı ve hızlı artışı, Kanada gibi politik aktörlerin kamu sisteminden vazgeçilmesini ve kapıların özeline daha fazla katıldığı alternatiflere açılması gerektiğini iddia

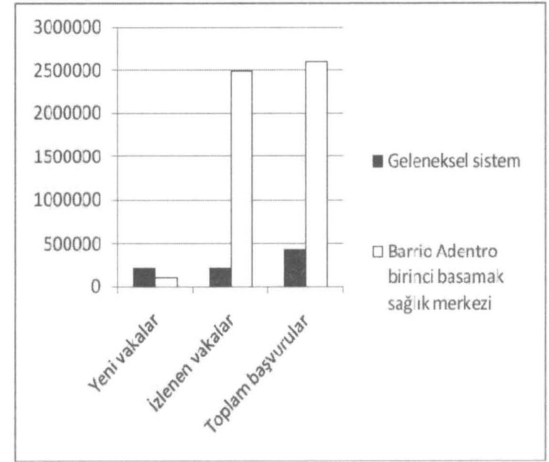
Şekil 9. Konsültasyon sayıları, Misión Milagro, 2000-2004



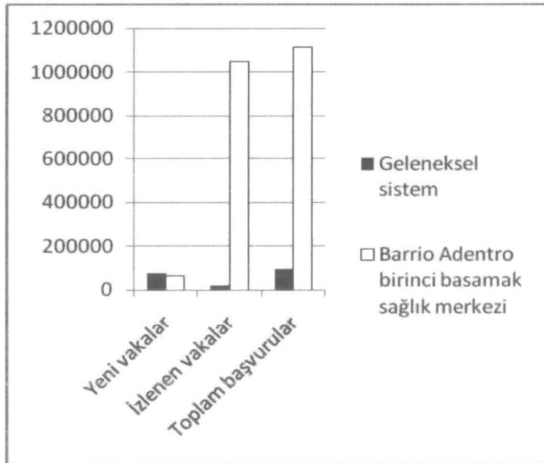
Şekil 10. Geleneksel sistem ile Barrio Adentro'nun yeni vaka ve izlemlerinin tespiti, 2004-2005



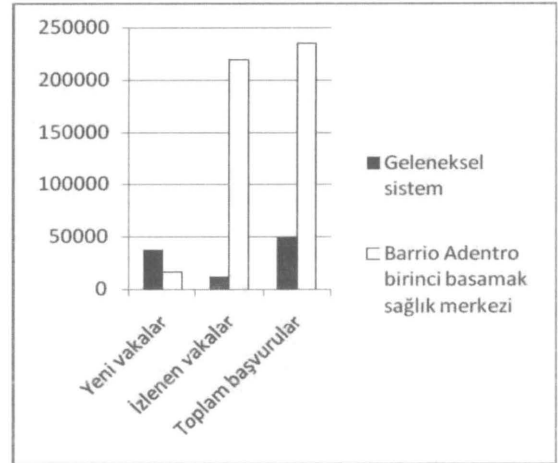
Arteriel Hipertansiyon



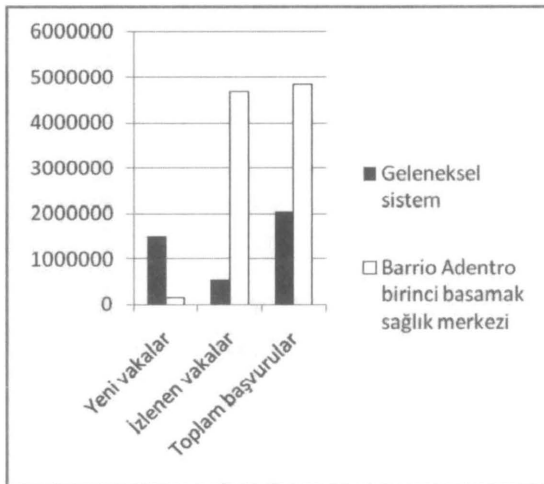
Diyabet



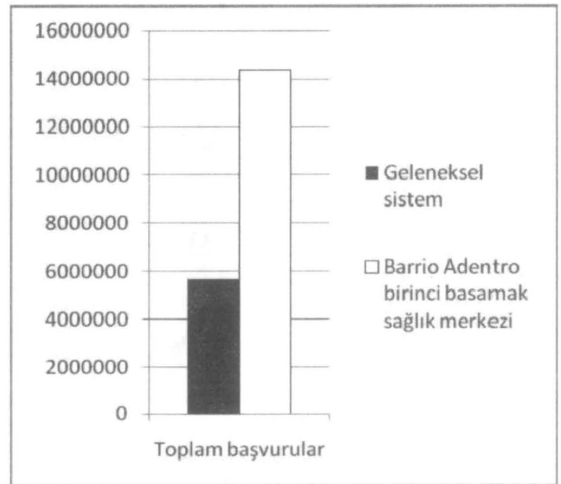
İskemik Kardiyopati



Serebrovasküler Hastalık

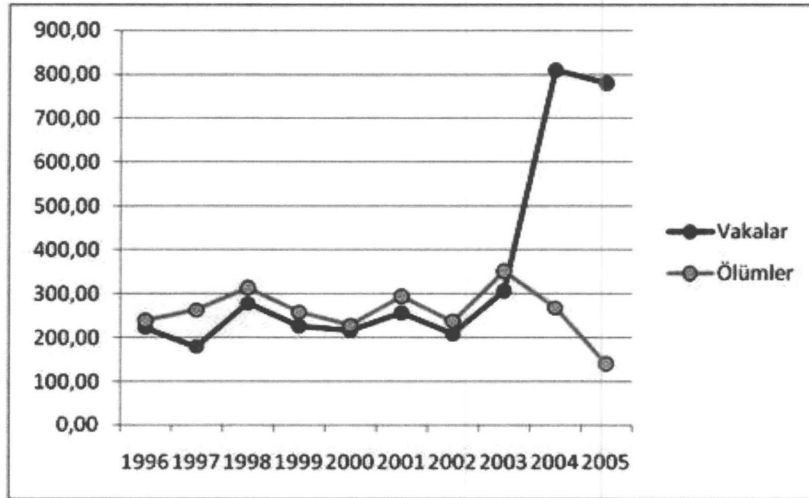


Bronşial Astım

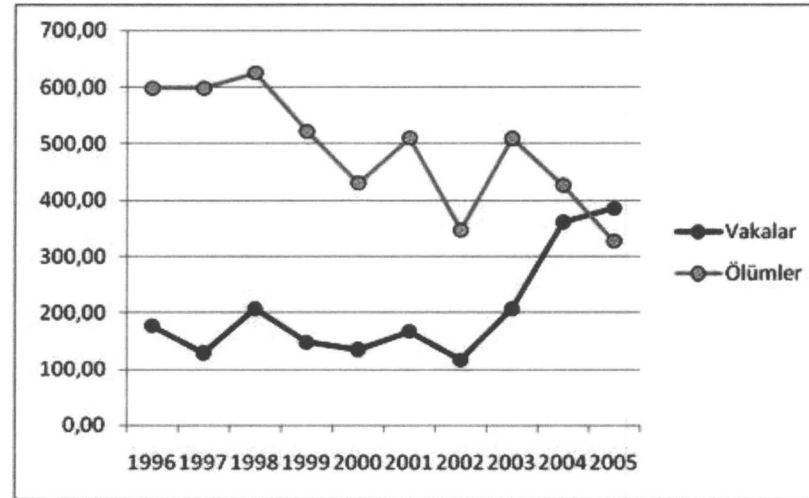


Diş Hekimliği

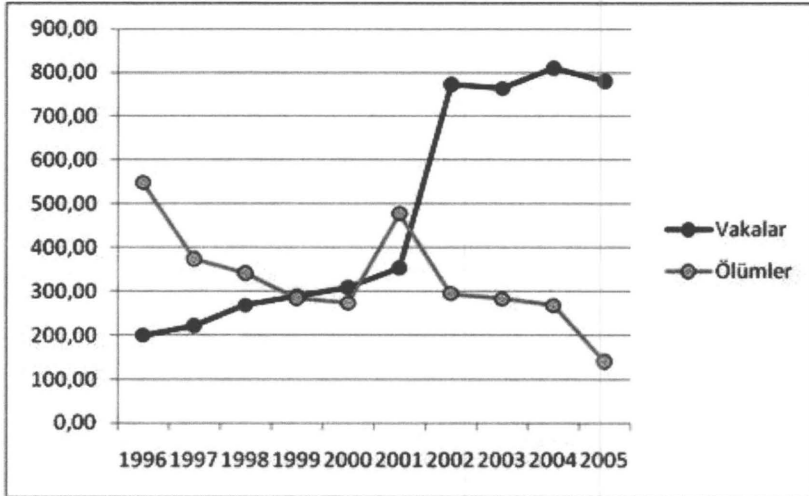
Şekil 11. Çeşitli pediatrik hastalıklar için vaka ve ölüm sayıları



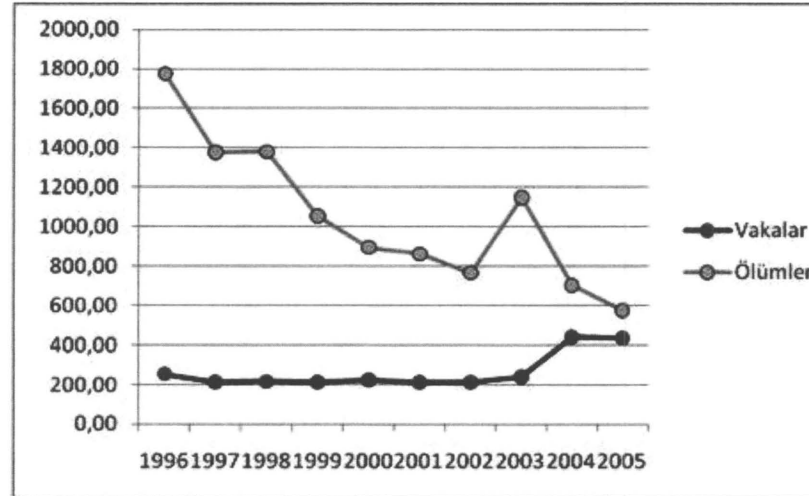
Pnömoni, 1-4 Yaş Çocuklar



Pnömoni, 1 Yaş Altı Çocuklar



İshal, 1-4 Yaş Çocuklar



İshal, 1 Yaş Altı Çocuklar

ettiği evrensel sisteme sahip ülkelerin veya Kolombiya ve Peru gibi daha fazla kapsayıcılık ve eşitlik sağlayan kamusal alternatifleri tercih ederek özel sektörün örgütlendiği modellerden vazgeçilmesi gerektiğini iddia eden ülkelerin ilgisini çekebilir. Barrio Adentro'da sağlık hizmetlerinin yönetimine toplum katılımını cesaretlendiren ve sağlayan ve sağlığın sosyal belirleyicilerine önem veren politik ve sosyal bağlam ve mekanizmalar, diğer ülkelerin marjinal topluluklarına yardım edebilecek önemli unsurlar olarak hizmet edebilir.

Barrio Adentro analizinden, perifer ülkeler (Güney-Güney) arasında farklı bir uluslararası işbirliği modeli ortaya çıkmıştır. Küba ile Venezüella arasındaki değişim dayanışması Barrio Adentro'nun uygulanabilirliğine dair çok önemli bir görünüm oluşturmuştur. Bu, birlik ve bütünlüçülüğün baskın olduğu, uluslararası bir Güney-Güney ilişkisi modelini temsil etmektedir. Küba ve Venezüella, her iki ülkenin halklarının yararına olan ve her bir ulusun gücünü tamamlayan bir dizi anlaşma imzalamıştır. Böylece, Küba bir yandan Venezüella'da emsali görülmemiş hızda gelişen bir sağlık sisteminin hızlandırılmasına katkıda bulunurken, diğer yandan enerji stabilitesini sağlayabilmiştir. İşbirliğinin bu formu, amaçları Venezüella Hükümeti tarafından ALBA'da özetlenen, uygulanması Arjantin ile benzer bir değişim ilişkisine izin veren bir modele tekabül etmektedir. Venezüella Arjantin'e enerji kaynakları sağlarken, Arjantin de Venezüella'ya sağlıkla ilişkili mal ve hizmet sunacaktır. Uluslararası değişimlerdeki bu paradigma değişiminin bir başka göstergesi, binlerce hastanın ücretsiz katarakt operasyonu olmak için Amerika'dan Venezüella ve Küba'ya gitmesine olanak sağlayan, Misión Milagro inisiyatifleridir. Bolivarcı Venezüella Cumhuriyeti Anayasasında kabul edilen ulusal bir halk sağlığı sistemi kurma süreci açık bir biçimde ilerlemektedir. Barrio Adentro, sağlık hizmetleri kapsamında ve sağlık hakkının evreselleştirilmesinde muazzam ilerlemeler sağlamıştır. Üçüncü ve

dördüncü basamak hizmetlere olan ihtiyaçları çözecek III. ve IV. aşamaların sonlanması ile kapsam daha da genişleyecektir. Fakat tamamlanmayı bekleyen çok sayıda iş vardır. Sırada bekleyen işlerin en önemlilerinden biri, halihazırda mevcut olan çoklu halk sağlığı sistemlerinin entegrasyonudur. Bazı kurumların geleneksel ağıdan Barrio Adentro'ya katılımı ve hekimler için tam zamanlı bir çalışma takvimi çıkarılması, bu doğrultuda atılan ilk adımlardır. Fakat Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan hizmetler halen parçalı yapıdadır: Yerel yönetimler, bölgesel konseyler, Venezüella Sosyal Güvenlik Enstitüsü, IPASME ve yüzlerce halk sağlığı hizmeti kuruluşu. Bu sistemlerin entegrasyonu sadece bir anayasa hükmü değildir, Barrio Adentro'nun sürekliliğinin garantisi için ihtiyaç duyulan asıl unsurlardan birisidir.

Agresif bir sigara karşıtı politikanın geliştirilmesi, bağışıklama programlarının desteklenmesi, rotavirüs aşılarının başlatılması ve dank ateşi ve malarya konularında sağlık eğitimlerinin desteklenmesi gibi koruyucu ve sağlığı geliştirici politikaların desteklenmesi, yaşam kalitesi üzerindeki pozitif etkilere katkıda bulunmuştur. Birinci basamak hizmetlerin gelişimine karşı politikanın ve medyanın dikkate değer ilgisiyle birlikte hem kolektif sağlık politikalarının entegrasyonu hem de şiddet veya trafik kazaları gibi ciddi halk sağlığı sorunlarının yönetimi ertelenmiştir.

Barrio Adentro birinci basamak sağlık hizmetleri başlangıcının önemi ve yeniliğine rağmen bu modele dair bilimsel literatür sınırlıdır ve yürütülmekte olan çok az araştırma vardır. Uygulama sürecinin, toplum katılımı ve maliyet-yarar oranları gibi birçok bölümünün araştırılması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşımın sınırlı olduğu, dünyanın diğer ülkelerinde benzer gelişmelerden öğrenilen dersleri uygulamak için bu tür bilgiye ihtiyaç vardır.