

İSPANYA SAĞLIK SİSTEMİ VE COVID-19

Aslı DAVAS*

Öz: Evrensel kapsayıcılığı, finansmanı genel vergilerden karşılanan ve kişi başına düşen GSMH düşük olmasına rağmen güçlü birinci basamak sağlık hizmetleri nedeniyle sağlık göstergeleri en iyi olan ülkelerden biri olan İspanya'da salgın, insan eliyle oluşturulmuş bir afet olarak yaşanmıştır. Yaşlı nüfus oranının yüksek olmasının yanında, hükümetin salgına erken yanıt verememesi, özerk bölgeler ve merkezi hükümet ilişkilerindeki siyasi sorunların neden olduğu koordinasyonsuzluk sorunu derinleştirmiştir. Hastane ve YB yataklarında özel sektör payının yüksekliği, erken kamulaştırmaya rağmen ölümlerin artışında önemli bir rol oynamıştır. Birinci basamak ve halk sağlığı hizmetlerine son 10 yılda yeterli yatırım yapılmaması, bölgeler arasında kurum ve donanım açısından eşitsizlikler, salgının en yoğun yaşandığı Katolonya, Madrid gibi Özerk Bölgelerde hizmetin özel sektörden ve kamu özel ortaklıkları konsorsiyumlarından alınması, salgın hastalıklarla ilgili kurumsal hazırlığın olmaması gibi birçok neden birinci basamağın salgında etkili bir rol almasının önüne geçmiştir.

Anahtar sözcükler: İspanya, COVID-19, pandemi

Spain Health System and Covid-19

Abstract: In Spain, one of the countries with quite satisfactory health indicators thanks to universal coverage financed over general taxation and strong primary healthcare services despite relatively low per capita GNP, the pandemic was experienced as a man-made disaster. Besides the relatively high share of elderly population, the problem was further exacerbated by the failure of the government in giving timely response and poor coordination caused by political problems in relations between autonomous regions and the central government. The high share of the private sector in hospital and intensive care beds played an important role in increasing cases of death. Primary healthcare could not have its effective role in countering the pandemic because of several reasons including the absence of any investment in public health services within the last 10 years, inter-regional disparities in terms of institutions and endowment, receipt of primary healthcare and public health services from the private sector and consortiums of public-private partnership in autonomous regions like Catalonia and Madrid where the pandemic was particularly threatful, and poor institutional preparedness in responding to outbreaks of this kind.

Key words: Spain, COVID-19, pandemic

İspanya, COVID 19 salgınına yanıt açısından en ilginç örneklerden biridir. İspanya sağlık sistemi evrensel, kapsayıcılığı yüksek ve genel vergilerden finanse edilen bir sağlık sistemidir. Coğrafi temelli sevk zinciriyle çalışan birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarısıyla tanınan bu ülkede salgının şiddeti beklenmeyecek boyuttadır. Bu derlemede, İspanya'nın salgını kontrol etmede yaşadığı sorunlara neden olabilecek demografik etmenlerin yanında, sağlık sisteminin desantralize yapısının ve sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin etkisi değerlendirilmeye çalışılacaktır. İlk önce sağlık sistemi tanıtılacak daha sonra salgın tecrübesi aktarılacaktır (OECD, 2019; Bernal-Delgado E ve ark., 2018).

1.İspanya ve Siyasal Yapısı

Batı Avrupa'nın en büyük üçüncü ülkesi olan İspanya'nın nüfusu 47 milyondur. 1995-2005 arasında nüfusu, büyük bir göç dalgasıyla %12 artmış ama 2009'da başlayan ekonomik kriz sonrası başlayan tersine göç ile 2011'de nüfus artış hızında azalma

gözlenmiştir. Nüfus yoğunluğu 94/km²'dir ve nüfusun yüzde 80'i kentlerde yaşamaktadır. Medyan yaş 44,9'dur (Blanco-Moreno, 2013; HIT, 2018). 2019'da nüfusun %19.65'i 65 yaş ve üzerindedir (OECD, 2019;).

Kişi başına düşen GSMH, 2019 yılında 26.426 Avro'dur. Kişi başına düşen GSMH, 2009-2015 arası %20 azalmış, 2018 yılına kadar görece iyileşmeler sağlanmış (yıllık %6-7) ama 2019 yılında yeniden %2,4 azalmıştır. İspanya 2008 ekonomik krizinden en olumsuz etkilenen ülkelerden biridir (INE, 2019). Yeni bir ekonomik krizle yüzleşirken salgınla karşılaşmıştır.

Federe bir devlet yapısı vardır; 17 özerk bölgeye (ÖB) ve 2 özerk ile (ciudades autónomas) ayrılmıştır ve toplamda elli il bulunmaktadır. Yedi özerk bölgenin her biri (Asturias, Balear Adaları, Cantabria, La Rioja, Madrid, Murcia, ve Navarra) aynı zamanda bir ildir. Bazı iller tarihi nedenlerden dolayı comarcas denilen ilçelere ayrılmıştır. En küçük yönetim birimi ise belediyelerdir (municipio).

**Doç.Dr., Türkiye İnsan Hakları Vakfı. (ORCID No: 0000-0003-0957-4927)

Geliş Tarihi / Received : 15.04.2021

Kabul Tarihi / Accepted : 18.07.2021

Tüm ülkede resmi dil İspanyolca olmasına rağmen, Katalonya, Balear adaları ve Valensiya'da Katalanca; Galiçya'da Galiçyaca, Bask ve Navarra'nın bazı bölgelerinde Baskça; Val d'ran bölgesinde ise Arenese de resmi dil olarak kabul edilmiştir. Nüfusun %18'inin iki resmi dili bulunmaktadır.

Özerk bölgeler arasında hem ekonomik hem de sosyal anlamda tarihsel derinliği olan birçok farklılık ve eşitsizlik bulunmaktadır. En yoksul bölge olan Andalucia'da kişi başı GSMH 19 211, Madrid'te ise 35 913 Avro'dur (INE, 2019). En zengin, en yoğun nüfuslu ve en yoğun sanayileşmiş üç bölge - Madrid, Katalonya ve Bask Ülkesi - birlikte nüfusun yüzde 9,3'ünü oluşturmaktadır. Madrid, 2000-2016 yılları arasında ülkedeki GSMH'nin dörtte birine tek başına sahiptir (ESPN, 2018). OECD ülkeleri arasında İspanya, genç işsizliğinde bölgesel eşitsizliklerin en fazla olduğu dördüncü ülkedir ki bu oran Bask'ta %29 iken en yoksul bölgelerden olan Andalucia'da %49'dur. Ülkede gelir dağılımını düzenlemeye yönelik bir asırlık çabalara rağmen ciddi siyasi ayrışmalar mevcuttur, zengin bölgeler özellikle Katalonya daha fazla bağımsızlık talebinde bulunmaktadır (OECD, 2018; Lopez-Valcarcel, 2017).

2017 yılında İspanya'nın Katalonya bölgesinde ortaya çıkan bağımsızlık referandumunu tartışması ve Bask Ülkesi'nde ayrılıkçı ETA'nın tamamen silah bırakması bölgeler ve merkezi hükümet arasındaki gerilimi gösteren örneklerdendir (Konuralp, 2019).

İspanya'da son dört senede son iki tanesi 2019'ta olmak üzere dört erken seçim yapılmıştır. 2019 Kasım ayında, son yapılan seçimde 350 milletvekilliğinin 155'ini (120'si PSOE ve 35'i Unidas Podemos) sosyalist partiler almış, küçük partilerden de destek alarak koalisyon hükümetini ancak Ocak 2020'de kurabilmişler ve bir ay sonrada pandemi krizini göğüslemişlerdir.

2.İspanya Sağlık Sistemi (OECD, 2019; Belal-Delado ve ark.,2018)

2.1.Finansman ve örgütlenme

Ulusal Sağlık Sistemi (SNS), 1986'da çıkarılan bir yasayla kurulmuş ve sigortaya dayalı sistemden genel vergilerle finanse edilen, evrensel kapsayıcılığı olan bir modele geçilmiştir. 2000'li yıllara gelindiğinde tüm nüfus genel vergilerle karşılanan ücretsiz sağlık hizmetinden yararlanmaya başladığı gibi yasal statülerinden bağımsız olarak göçmenler de SNS kapsamına alınmıştır. Ne yazık ki bu durum 2012'ye kadar devam etmiş İspanya'nın evrensel, genel vergilerle finanse edilen, merkezi olmayan ulusal sağlık sistemi (SNS), mali güçlükler gerekçe gösterilerek sigorta mantığının yeniden uygulama-

ya konulmasıyla derin bir dönüşüme uğramıştır. Vatandaşlara hizmet veren değil 'sigortalı' ve 'yararlanıcı' lara hizmet kavramları yeniden konuşulmaya başlamış, sağlık hizmetlerine erişimin evrensel karakteri önemli ölçüde değişmiştir (ESPN,2018). Sağlık hizmet sunumunda teminat paketi yeniden gündeme gelmiştir. 17 özerk bölgede geçerli temel, tamamlayıcı ve yardımcı olmak üzere üç alt kategorisi olan ortak teminat paketi ile özerk bölgelerin içeriğine kendilerinin karar verdiği tamamlayıcı paket uygulamaları yürürlüğe girmiştir.

Sağlık hizmetleri üç yapı tarafından sunulmaktadır. Ulusal Sağlık Sistemi (Sistema Nacional de Salud, SNS); memurlar, silahlı kuvvetler ve yargı çalışanları (MUFACE, MUGEJU ve ISFAS) için Yatırım Fonları (Kamu harcamalarının %3,4'ü, 2,2 milyon üyesi); iş kazaları ve meslek hastalıklarını desteklemek amacıyla «Sosyal Güvenlik ile Karşılıklı İşbirliği Yapmak» olarak adlandırılan tamamen işveren ödemelerine dayalı ortaklık.

2018 yılında kişi başı sağlık harcaması 2.736 dolardır ve GSMH'nin %8,9'unu sağlık harcamaları oluşturmaktadır (DB istatistikleri, 2020). Sağlık harcamalarının %71'i kamudandır ve AB ortalamasının altında bir düzeydedir. Kamu fonlarının büyük çoğunluğu genel vergilerden karşılanmaktadır ve özerk bölge yönetimleri halk sağlığı harcamalarının %92,2'sini, tüm sağlık harcamalarının %64'ünü yönetmektedir. Cepten ödemeler başta ilaçlar olmak üzere sürekli artmaktadır. Vatandaşların cepten ödeme oranları gelirlerine göre değişmekte, daha düşük gelirlilerden daha düşük oranda cepten ödeme talep edilmektedir. Sağlık harcamalarında katkısı %4.3 olmakla birlikte, beş İspanyoldan birinin farklı kapsamlarda da olsa özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Özel sağlık sigortaları gelir vergisinden düşme vb. mekanizmalarla kamu tarafından desteklenmektedir (HIT, 2018).

2015 yılında kamu sağlık harcamasının %54,5'i yataklı tedavi hizmetlerine, %15,4'ü poliklinik hizmetlerine ve %14,1'i ilaçlara ayrılmıştır. Yataklı tedavi ve halk sağlığı hizmetleri (sırasıyla %92,4 ve %96,1) temel olarak kamu fonlarından karşılanmakla birlikte, diğer hizmetlerde cepten harcama oranları daha yüksektir. Ayakta tedavi hizmetlerinin %42,6'sı, ilaç harcamalarının %40,7'si ve uzun süreli bakımın sadece %21,7'si kamu fonlarından karşılanmaktadır. Ancak, protez cihaz bedellerinin %94,8'i cepten harcamalarla karşılanmaktadır (HIT,2018).

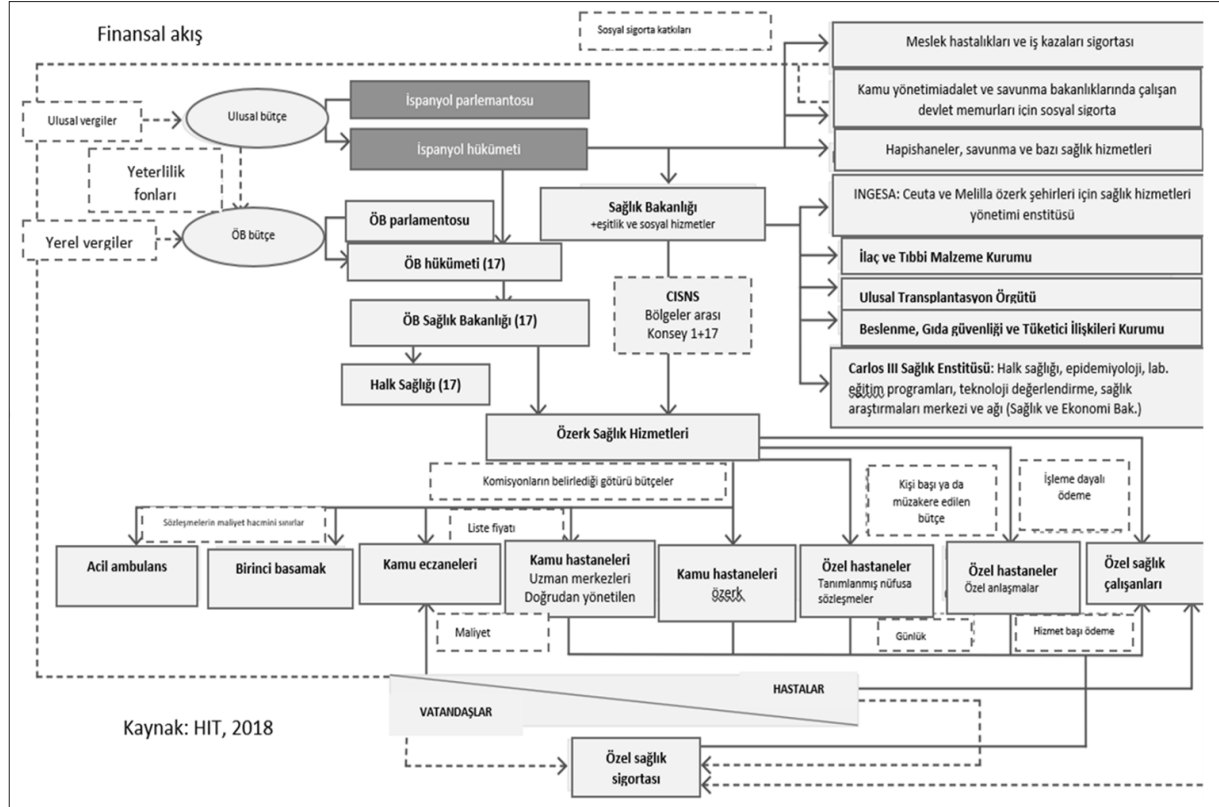
Birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik kamu harcamaları (ilaç harcamaları dahil) 2002'de %38'den 2014'te %31'e düşerken, ikinci basamak sağlık

hizmetlerine yönelik kamu harcamaları 2002'de %53.3'ten 2015'te %62.4'e yükselmiştir. Kamu Sağlık Hizmetleri Harcama İstatistiklerine göre, 2009 ile 2015 yılları arasında halk sağlığı harcamalarında %12,2'lik bir azalma olmuştur. Personel harcamaları, maaşlar ve işgücündeki düşüğe paralel olarak aynı yıllar arasında %8,0 azalmıştır (HIT, 2018).

Başlangıcından itibaren SNS'nin örgütlenme yapısı ve finansmanı son derece desantralizedir. Vergilerin çoğu merkezi hükümet tarafından toplanmaktadır (özel bir vergi sisteminden yararlanan Bask Ülkesi ve Navarre hariç) ve daha sonra bölgelere transfer edilmektedir. Bu fonların nasıl kullanılacağına karar vermek tamamen bölgelerin yetkisindedir. Merkezden bölgelere kaynak aktarılırken nüfus dağılımı, yapısı vb. karmaşık bir formülle hesaplama yapılır. Kaynakların eğitim, sosyal hizmet, kültür vb. önceliklendirmesinde ise bölgeler tamamen bağımsızdır. Ekonomik kriz sonrasında bölgelerin vergi gelirlerinin düşmesi sağlık harcamalarını karşılayamaz hale gelmelerine neden olmuş ve bazı bölgeler Bakanlığa geri ödeme konusunda ciddi güçlükler yaşamış, Bakanlığın bu borçları silmesi de özerk bölge yönetimleri arasındaki gerginliği artırmıştır (HIT, 2018, ESPN, 2018).

17 özerk bölge (ÖB) ile Ceuta ve Melilla şehirleri SNS'ye bağlı olmakla beraber ÖB'lerin ve bağımsız şehirlerin her birinin farklı ve bağımsız bölgesel sağlık hizmet sistemleri ile sağlık bakanlıkları mevcuttur. ÖB Sağlık Bakanlarından ve merkezi hükümet (MH) Sağlık Bakanı'ndan oluşan Bölgelerarası Konsey (CISNS) de özerk sağlık hizmetleri (ÖSH) üzerinde düzenleyici bir role sahiptir. Şekil 1'de İspanyol Sağlık Sisteminin finansal akışı sunulmaktadır.

SNS'de satın alma işleminden sorumlu kamu kurumları ve ÖB'lerin sağlık bakanlıkları sağlık hizmetlerini, ÖSHK (Özerk Sağlık Hizmetleri Kurumu) olarak adlandırılan, tüm yatan ve ayakta tedavi sağlık merkezlerini yöneten ve aslında ÖB sağlık bakanlığına organik olarak bağlı olan idari yapıyla anlaşmalar yaparak satın alırlar. Sözleşmeler yıllık olarak yapılır. Birbirinden bağımsız olarak hem ÖB sağlık bakanlıklarının hem de ÖSHK'nun, özel sağlık hizmet sunucularıyla anlaşma yetkisi bulunmaktadır. Genel şema içinde ÖSHK, kamu ve özel hastanelerle, uzman hekimlerle, birinci basamak sağlık kurumlarıyla, halk sağlığı hizmetleriyle, uzun süreli bakım kurumlarıyla ve sağlığın geliştirilmesi faaliyetleriyle ilgili yıllık sözleşmeler yapar. Kamu hastaneleri hem doğrudan kamuya bağlı olanlar hem de kamu özel ortaklığı şeklinde iki tiptir ve ÖSHK ikisiyle de



Şekil 1. Özerk bölgeler, merkezi hükümet ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki finansal akış

sözleşme yapabilir. Özel hastanelerle anlaşmalar nüfus başına yıllık ödemeler şeklinde olabildiği gibi işleme dayalı ödeme, günlük ödeme gibi özel anlaşmalarla da yapılabilmektedir. Özel sağlık çalışanlarıyla doğrudan yapılmış sözleşmeler mevcuttur (Şekil 1).

İspanya'da bu tip hizmet satın alma dışında iki farklı model daha kullanılmaktadır. Birincisi Katalonya'da olduğu gibi ÖSH'nin, kamu hizmet sağlayıcıları ağına entegre edilmiş, kâr amacı gütmeyen özel hizmet sağlayıcılardan hizmet satın almasına dayanmaktadır. İkincisi de Valensiya Özerk Bölgesi'nde uygulanan ve nüfusun %18.7'sini kapsayan, kişi başına yıllık ödemeye dayalı olarak özel hizmet sağlayıcılarıyla oluşturulan kamu özel ortaklıklarından entegre sağlık hizmetleri satın alma modelidir. Bunların yanısıra, ÖB'ler bekleme listelerini azaltma amacıyla cerrahi işlemler, yüksek teknolojlili tanı testleri, tamamlayıcı uzun süreli bakım hizmetleri ve palyatif bakım için de özel sağlık kuruluşlarıyla işlem başına ödeme içeren sözleşmeler yapılabilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetleri için çok az istisna dışında, kamu hizmet sunucularıyla yıllık sözleşmeler yapılmaktadır. Birinci basamağa (BB) ödemeler kişi başına yıllık hesaplamalarla yapılırken, kamu eczaneleriyle liste fiyatına dayalı anlaşmalar yapılır. BB'de sözleşme hekim, hemşire ve teknisyenleri içeren bir ekleme yapılmaktadır. Her bir kişi için ödenecek yıllık miktar bağlı nüfusun yaş, hastalık yükü vb. kriterlerine göre değişmekte, uygulama özerk bölgeler arasında da farklılıklar içermektedir.

Bunun yanında Valensiya'da BB'de kamu özel ortaklığı olarak şekillenmiş BB sağlık kurumları bulunmakta, ÖSHK bunlarla anlaşma yapılabilmektedir. Katalonya'da da "sınırlı ortaklıklar" olarak adlandırılan coğrafi ve nüfusa dayalı olarak sağlık hizmetini sunan özel sağlık kurumlarından dışarıdan hizmet alma yolu kullanılmaktadır (HIT, 2018).

ÖB hükümetleri, sağlık hizmet sunumunda özel sektörün rol ve payının belirlenmesinden de sorumludur. Özelden hizmet satın alma giderek yaygınlaşmakta ve bölgeler arasında bu konuda da ciddi farklar bulunmaktadır: 2016'da Katalonya'da yaklaşık %25, Madrid %11 ve Aragon'da %4 gibi (ESPN, 2018).

Özel harcamaların büyük çoğunluğunu cipten ödemeler oluşturmakta ve sürekli artış göstermektedir. AB ortalamasının da üzerindedir (HIT, 2018). Kamu harcamalarının önemli bir kısmını da kamudan özele hizmet satın alma oluşturmakta, kamu-özel ortaklıklarının sayısı sürekli artmaktadır. Özel hastane sayısı özerk bölgelere göre farklılaşmakla birlikte, tüm hizmetin %30'unu (bölgeler arası fark %9-47) oluşturmaktadır (ESPN, 2018).

Hipertansiyon ile diyabet izlemleri, alkol ve sigara danışmanlıkları gibi kişilere yönelik halk sağlığı hizmetlerinin harcamaları, BB sağlık kurumlarıyla yapılan sözleşmeler içinde yer almaktadır. Aşılama kampanyaları veya tarama programları (meme, kolorektal veya rahim ağzı kanseri) gibi topluma yönelik hizmetler, tahsis edilmiş bütçelerle finanse edilmektedir. Tarama sonucunda gereken cerrahi veya tıbbi tedaviler ile kontrollerin ödemeleri; BB, uzman tedavisi ya da hastanede yapılmasına bağlı olarak ilgili ödeme mekanizmalarının bir parçası olarak yeniden finanse edilir. ÖB sağlık bakanlıkları, uyuşturucu kullanımı, okullarda sağlık eğitimi, ruh sağlığında ikincil koruma, mesleki riskler, azınlıklarda sağlığın geliştirilmesi üzerine halk sağlığı programlarının uygulanabilmesi için belediyelere ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlara (vakıflar, dernekler veya hayır kurumları) hibe vermektedir.

Sözleşmeler ve ödeme planlarının karmaşık yapısı, BB sağlık hizmetleri veya mevcut halk sağlığı hizmetleriyle ikinci ve üçüncü basamağın koordinasyonunu güçleştirmektedir.

Merkez ve özerk bölgeler arasında idari yetkiler açısından da sınırlar mevcuttur. Merkezi hükümet, sağlık hizmetleri ve farmasötik ürünlerle ilgili temel mevzuattan sorumluyken, 17 özerk sağlık yönetimi (Comunidades Autonomas), SNS'nin yasayla belirlenmiş yükümlü olduğu hizmetlerin yerelde uygulanmasından sorumludur ve kendi ÖSH'lerini yapılandırma açısından da çok büyük bir özerkliğe sahiptir. Yerel Sağlık Alanları, özerk bölge düzeyinde sunulan sağlık hizmetlerinin üniter yönetiminden sorumludur ve demografi, coğrafya, iklim, sosyoekonomi, istihdam, epidemiyoloji ve kültürel faktörler dikkate alınarak tanımlanır. İşletilebilirliği ve verimliliği artırmak için, «yerel sağlık alanları», «temel sağlık alanları» adı verilen daha küçük birimlere bölünmüştür. Ulusal Sağlık Sisteminin Bölgeler Arası Kurulu (CISNS), merkezi ve özerk bölge sağlık yönetimleri arasında koordinasyon, işbirliği ve irtibattan sorumludur. Kurulun başkanlığını Ulusal Sağlık Bakanlığı üstlenir ve üyeler Bölge Bakanlarıdır. Tüm özerk sağlık hizmetleri tarafından sağlanması gereken ulusal hizmet kapsamını onaylar. BB, özel bakım, ek bakım ve ilaç gibi bölümlere ayrılmıştır.

2.2.Sağlık emek gücü

İspanya'da yüzbin nüfus başına 380 hekim ve 534 hemşire düşmektedir. Uzman hekim ise yüzbinde 189'dur. AB'de yüzbin nüfusa düşen ortalama hemşire sayısı 864'tür. Hemşirelerin doktorlara oranını da OECD ülkelerinin ortalama oranının oldukça altındadır (1.4'e karşı 2.5) ve ciddi bir hemşire açığı

Tablo 1. Sağlık hizmeti sunucularının yetki düzeyleri

	Yasal düzenlemeler	Planlama	Ruhsatlandırma ve akreditasyon	Ücretlendirme	Kalite denetimi	Satın alma ve finansman
Halk sağlığı	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB
BBSH ve diş sağlığı	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB
Hastane ve ayaktan uzmanlık hizmetleri	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB
İlaçlar (hastane dışı)	ÖB	ÖB+MH	MH	MH	ÖB	ÖB
Uzun süreli bakım	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB	ÖB
Sağlık çalışanlarının üniversite eğitimi	MH	ÖB+ MH	MH	ÖB	ÖB	ÖB

Kaynak: HIT,2018 ÖB=Özerk bölge MH=Merkezi hükümet

bulunmaktadır (**HIT, 2018**). Yaşlı bakımında daimi çalışan orantısı 100 65 yaş üstü kişi başına 4,2dir (AB ortalaması 6,1)

Kriz sonrası bütçe ve personel azaltma politikaları, hekim ve hemşire gelirlerini ciddi biçimde düşürmüş, yurtdışında iş arayan doktor ve hemşirelerin artmasına ve diğer ülkelerden, özellikle Latin Amerika'dan İspanya'ya gelen doktorların azalmasına neden olmuştur (**HIT, 2018**).

SNS'deki tüm sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu memur ve maaşlı çalışanlardır. Çalışanların ücretleri Türkiye'de olduğu gibi "temel" ve "ek" maaşlardan oluşmaktadır. Ek maaş, aylık olarak verilen hizmete ve performansa göre değişmektedir. Hekimlerin gelirleri farklı kombinasyonlarla belirlenmektedir. BB'de çalışan GP'ler sabit maaş, performans ve nüfus başına ödeme (maaşın %10-15'i); hastanelerde çalışan hekimler sabit maaş, performans ve hizmet başına alınan kısmi ödemeler; ayaktan tedavi hizmeti veren uzman hekimler sabit maaş ve performans ödemeleri almaktadır. Özerk bölgelerde hekim ve hemşirelerin maaşları arasında ÖSH'nin anlaşmalarına bağlı olarak 1,85 kata varan farklar ortaya çıkmaktadır (**HIT, 2018**). Son yıllarda özellikle hemşirelerde olmak üzere yarı zamanlı sözleşmelerle çalışma artmaktadır. Hekimler birden fazla kurumda hizmet verebilmektedir.

2.3.Hastane hizmetleri

SNS'deki ikinci basamak sağlık hizmetleri, hastanın durumuna ve özel ihtiyaçlarına bağlı olarak ayakta uzman tedavileri, yatan hasta hizmetleri, günlük yatış veya acil hizmetler olarak sınıflandırılabilir.

İspanya'da bir milyon kişi başına hastane sayısı 2000 yılında 19,2 iken 2015'te 16,5'e düşmüştür ve OECD ortalamasının 29,4 olduğu düşünüldüğünde, oldukça düşüktür. İspanya'daki 765 hastanenin

yaklaşık % 45'i kamu sektörüne aittir (**MSSSI, 2015d**). Özel ağ hastaneleri yaygındır ve endüstriyel yoğunlaşmaya doğru açık bir eğilim vardır.

Hastane yatak sayısı da 2000-2015 arasında yüzde binde 368'den 297'e düşmüştür (**Eurostat, 2021**). Tıbbi, cerrahi ve psikiyatri yataklarında düşmeye karşın 2005-2015 yılları arasında yaşlı bakımına ayrılan yatak sayısı yüzde binde 150'den 763'e çıkmıştır. Bu süre boyunca kurumsal yaşlı bakımına ayrılan kamu harcaması %3,5, evde bakım harcaması da %5,4 artmıştır.

Yatarak tedavi ve ayakta uzmanlık hizmetlerinin kullanımı, 2015 yılında 1.000 kişi başına 114,5'tir ve ÖB arasında binde 91,6 ile 153,8 arasında değişmektedir. ÖB'ler arasında bu anlamda da ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır. İspanya'da 1.000 kişi başına 109,1 cerrahi müdahale (68,4 ile 139,5) ve 2.086,3/1.000 kişi (1.582-2.762) ayaktan uzmanlık hizmeti verilmektedir.

İkinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda özel kurumların payı yüksektir. 2015'te ÖB'ler arasında değişmekle birlikte, yatışların %30'u (%9 - %47), cerrahi müdahalelerin %29'u (%15 -%49) ve uzman muayenelerinin %17'si (%2 - %21) özel sağlık kurumlarında gerçekleştirilmektedir.

Hastane yatışları 2003'ten bu yana artmaktadır. Tıbbi başvurular %4 artarken, cerrahi müdahaleler ise %8 artmıştır. Tonsillektomi 4,8 kat, malign olmayan tümörlerde histerektomi 3,2 kat, benign prostatektomi oranları 6,7 kat artmıştır. Sezaryan 2,5 kat, kalça ve diz artroplastisi de 3,9 kat artmıştır. Avrupa'da en fazla anjioplasti yapılan ülke İspanya'dır ama bölgeler arasında dört kat farklılık bulunmaktadır. Gerek olmadan uygulanabilen bu tür cerrahilerin artışı, özelden hizmet satın almanın artışı, sistemdeki bütçe kısıtlamaları, hekimlerin performans

başına ödemesine bağlı gelişmiş olabileceği sistem değerlendirmeleri yapılırken tartışılan başlıklardan- dır. Kırsal alanlarda cerrahi işlem ve yüksek teknoloji kullanımı istatistiki olarak anlamlı bir biçimde düşüktür (HIT,2018).

2.4.Tıbbi donanım

2017'de hazırlanan bir rapora göre, İspanya'da tıbbi donanımların yaşı optimum kriterlerin üzerindedir. 2010'da bütçe kısıtlamalarına rağmen, pozitron emisyon tomografisi ile gama kameraları, anjiyografi, mamografi, BT ve MR sayıları artmıştır. AB ortalamasından MR sayısı daha düşük, BT sayısı biraz üzerindedir.

2.5.Uzun süreli bakım

Uzun süreli bakım, kurumsal ya da evde bakım hizmetleri olarak sunulabilmektedir. Geriatri hastaneleri olduğu gibi bazı hastanelerde belli sayıda yatağın bu hizmetler için ayrılması yoluyla hizmet verilmektedir. SNS'nin tüm yataklarının %9'u olan 10.899 uzun süreli bakım yatağı bulunmaktadır. Özel kurumlarda da 3.102 yatak bu hizmete ayrılmıştır. Uzun süreli hastane yatakları, kronik veya kanserli hastalarda palyatif bakım ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Uzun süreli bakımda çalışanların çoğu kısmı süreli sözleşmelerle çalışmaktadır.

2.6.Birinci basamak

İspanya sağlık sisteminde finansal olarak olmasa da örgütsel olarak BB sağlık hizmetleri merkezi konumdadır ve sağlık sistemine giriş noktasıdır. İki farklı tipte sunulmaktadır. Aile hekimleri, kadrolu hemşireler ve yardımcı personelden oluşan ekiplerle hizmet sunulan sağlık merkezleri ve uzmanların destek verdiği izole bölgelerde hizmet sunan yerel sağlık ofisleri. Merkezlerde, pratisyen hekimler, pediatristler (1.000 çocuğa bir), hemşireler çalışmaktadır. Sekizden fazla aile hekiminin çalıştığı büyük kliniklerde ayrıca geriatrist, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diş hekimi, eczacı ve biyokimya uzmanı bulunabilmektedir (HIT, 2018).

Ülke genelinde, 2016 yılında, 3.048 ASM ve 10.111 yerel sağlık birimi bulunmaktadır. Kurumlar, yerleşim yerlerine 15 dakikalık mesafede olacak şekilde planlanmıştır. BB'de hekim sayısı yüzbinde 76, hemşire ise 65'tir. İspanya'da hekim başına düşen kişi sayısı 1.700- 2.200 arasında değişmekte, hekimler günde yaklaşık 30-40 poliklinik hastasına bakmaktadır. 2016 yılında BB hekimlerine kayıtlı nüfus başına 5,2, hemşirelere 2,9 ve pediatristlere de kayıtlı çocuk başına 5,0 başvuru olmuştur. BB sağlık hizmetlerinde belli kriterlere göre pediatristler ve uzman pediatri hemşireleri, fizyoterapistler, diş

hekimleri, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları çalışmaktadır. BB'de hastalar; hem sağlık merkezlerinde randevu alarak hem de yürüme mesafesinde olduğu durumda evlerinde, acil durumlarda ise doğrudan başvurarak sağlık hizmeti alabilmektedir (HIT, 2018).

Hekimlerin bir kısmı saat 08.00-15.00 arası çalışırken, bir kısmı da 15.00-21.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Haftanın altı günü toplam 35 saat çalışmaktadır. Hastaların randevu alması zorunludur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için sevk zorunludur.

Birinci basamak sağlık hizmetleriyle ilgili 1980-2000 arasında hizmetin sürekliliği ve entegrasyonunu hedefleyen birçok reform yapılmış olan ülkede, BB hekimleri kapı tutuculuk rolünü üstlenmiş ve özellikle kronik hastaların izleminde önemli adımlar atılmıştır. Bu hekimler, BB kurumlarına başvuran bir hastanın tanı ve tedavilerini yapmakta, gerekli durumlarda uzmana sevk etmekte, uzmanlık hizmetleriyle ilgili BB hekimine geri bildirimde bulunmakta ve izlem yine BB'de devam etmektedir. BB ekibine uzman hemşirelerin dahil edilmesi daha fazla izlem gerektiren hastaların takibini kolaylaştırmıştır. Yine BB hekiminin talebi üzerine sosyal ve ekonomik durumu kötü olan hastalara sosyal hizmet çalışanlarınca destek sağlanmaktadır. Evde bakım ve sosyal bakım dahil olmak üzere, birçok hizmet bu uzmanların koordinasyonu ile çoklu kronik hastalığı olan birçok hastaya sunulmaktadır. Bölgeler arasında BBSH kurumu, hekim ve hemşire sayısı açısından ciddi eşitsizlikler bulunmaktadır.

BBSH üç farklı modelle sunulmaktadır: belli bir coğrafya ve nüfusa hizmet veren uzmanlık hizmetlerinden bağımsız ama sevke dayalı model; sürekliliğin bir yönetici tarafından sağlandığı birinci ve ikinci basamağın birçok düzeyde entegrasyonunun sağlandığı model ve üçüncüsü birinci basamak sağlık hizmetlerinin kamu konsorsiyumu, kamu özel ortaklıkları veya "kâr amaçlı sınırlı ortaklıklar" gibi farklı mekanizmalar yoluyla dışarıdan satın alındığı model.

Bask Bölgesinde hem hastaneler hem de BB için Entegre Sağlık Örgütleri adı verilen idari alanlar geliştirilmiştir (Osakidetza, 2009). Endülüs'te, 14 sağlık yönetimi bölgesi (tüm bölgeyi kapsamayan) hem BB hem de hastane bakım hizmetlerini birlikte yönetmektedir (Endülüs Sağlık Hizmeti, 2017). Katalonya'da, sağlık hizmetleri entegrasyon alanları, belirli bir bölgedeki tüm nüfusa kapsamlı bakım sağlamayı amaçlamaktadır. Yeni modeller ya özelden hizmet satın alma ya da kamu özel ortaklıkları şeklinde yapılmaktadır.

Kadın, bebek, çocuk ve yaşlı izlemleri ÖB tarafından belirlenen kriterlere göre yapılmaktadır. Türkiye'deki izlem programlarıyla neredeyse aynıdır. Bunun yanında alkol ve sigara bağımlılığı, kadına yönelik şiddet, çocuk istismarı, HIV-AIDS hastaların izlemi, küçük cerrahi müdahaleler sınırlı da olsa hizmet sunulmaya çalışılan alanlardır. Fizyoterapist istihdam edilen merkezlerde rehabilitasyon hizmeti veya diş hekimi bulunan merkezlerde temel diş bakımı gibi başka hizmetler de sunulmaktadır. Bazı ÖB'de ruh sağlığı sorunlarının (bağımlılık davranışı, iştahsızlık, depresif bozukluklar gibi) erken teşhisi ve tedavisi ve ölümcül hastaların takibi gibi hizmet sürekliliğini ve seviyeler arasındaki koordinasyonu artırma çabaları bulunmaktadır (HIT, 2018).

BBSH'ye erişim genel olarak iyi olsa da başvuruların sadece %36'sı aynı gün içinde hizmet almakta bu da acil servislere başvuruyu arttırmakta, AB ortalamasının üzerine çıkarmaktadır. Bekleme sürelerinin özellikle tahliller söz konusu olduğunda çok artması, nüfusun %31'inin seçim şansı olsa özel kurumları tercih edeceğini belirtmesine neden olmaktadır.

Birinci basamakta hemşire hekim oranı 0,84'dür ve bu durum izlemlerin sayı ve niteliğinde sorunlara neden olabilmektedir. Diğer bir sorun da yeni mezun hekimler uzmanlık alanı olarak BBSH'yi tercih etmemeleridir.

Sürveyans hizmetlerinden sorumlu Halk Sağlığı Kurumu'na bulaşıcı hastalıkların bildirimini temel olarak BBSH'den sağlanır. Grip salgılarının takibi, olumsuz sağlık koşullarının erken tespiti gibi hizmetlerde ortaya çıkan sorunlar için e-sağlık uygulamaları, birinci basamakta yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır.

Halk sağlığı uygulamalarında Bölgeler Arası Kurul, çalışma grupları aracılığıyla planlama yapmaktadır. Çalışma grupları: a-çevre sağlığı, b-epidemiolojik sürveyans, c-işçi sağlığı, d- sağlığı geliştirme ve e-aşı şeklindedir. Halk sağlığı hizmetleri-SESPAS çoğunlukla özerk bölgelere bağlı ve onlar tarafından finanse edilmektedir. Bu nedenle birçok eyalet en temel hizmetlerde dahi kendi özel programlarını uygulamaktadır. Aşılama takviminde dahi bölge-rarası farklılıklar ancak, 2014 yılında son bulmuş, tek bir aşı takvimi uygulamaya konmuştur. Sürveyans için ulusal kriterler 2012 yılında standardize edilmiştir. Carlos III Enstitüsü; Sağlık Bilim ve Ekonomi Bakanlıkları'na bağlı olarak hizmet veren yarı özerk bir kamu halk sağlığı araştırma kurumudur. Ulusal Epidemiyoloji Enstitüsü buraya bağlıdır. Biyomedikal araştırmaların da yürütüldüğü enstitüde, SNS'ye teknik ve bilimsel destek sağlama, temelde sağlık

çalışanlarını hedefleyen halk sağlığı, sağlık hizmetlerinde yönetim ve bilimsel hizmetlerde yönetim konularında eğitim programları da verilmektedir (HIT, 2018,).

Coğrafi ve nüfus temelli bir BBSH örgütlenmesinin ticarileşme, özelleştirme politikalarına, ekonomik krize rağmen ne kadar önemli olduğunun görüldüğü ülkelerden biri İspanya'dır. İspanya'da meme kanseri, servikal smear tarama, bağışıklama oranları da AB'nin üzerinde, kronik hastalıklara bağlı pre-matüre ölümler de daha düşüktür. Beklenen yaşam süresi en iyi ülkelerden biridir, sağlık göstergeleri nüfusun yaş yapısıyla birlikte değerlendirildiğinde olumlu düzeydedir. Eşitsizliklerin azaltılmasıyla ilgili çabalara karşın, ekonomik kriz, sağlık hizmetlerinde giderek yaygınlaşan kamu özel ortaklıkları ve artan özel sektör payı bunu güçleştirmektedir.

2.7. Bölgeler arası eşitsizlikler ve desantralizasyon

Dolaylı vergilendirmeyi arttıran mali düzenlemeler, işsizlik ve hane gelirlerinin düşmesiyle birlikte ülkenin yoksulluk düzeyini arttırmıştır. 2005 ile 2015 yılları arasında neredeyse 5 puanlık bir artışla, nüfusun %28,6'sı yoksulluk sınırı ve altında yaşamaya başlamıştır. Gelir grupları arasında eşitsizliği gösteren Gini katsayısı 2005'ten bu yana 2,4 puanı artmıştır (HIT, 2018).

ÖB'lerde GSMH'nin çok farklılaşması, sağlık hizmetlerinde yerel vergilerin payı ve örgütlenmedeki farklılıklar sağlık açısından birçok eşitsizliğe neden olmaktadır. Özerk bölgeler arasında bin kişiye düşen birinci basamak sağlık merkez sayıları arasında 3,3 kat, bin kişiye düşen hastane yatak sayısı açısından 1,42 kat, yüzbin kişiye düşen yaşlı bakım yatakları açısından 4 kat fark bulunmaktadır. Bölgeler arasında birinci basamakta çalışan hekimlerde yüz binde 63-110, hemşirelerde 50-88, uzman hekimlerde 125-233 ve hastane hemşirelerinde 231-437 gibi farklar bulunmaktadır.

İspanyol SNS'nin desantralize yapısı, farklı bölgeler arasında sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin ortaya çıkmasını arttırmış, bu durum krizle daha da derinleşmiştir. Hasta bekleme listelerindeki bölgeler arasındaki farklılıklar bu eşitsizliğin önemli göstergelerinden biridir. Örneğin, Haziran 2017'de Madrid'de acil olmayan cerrahi müdahaleler için ortalama bekleme süresi 46 gün iken Kanarya Adaları'ndaki hastalar 169 gündür (ESPN, 2018).

2014 yılında hiç mamografi yaptırmayan kadın sayısı, eğitim düzeyi en düşük olanlarda %7,2 iken en yüksek olanlarda %3,2'dir. Benzer şekilde, servikal

kanser taramalarında eğitim düzeyi en düşük grupta hiç smear yapılmamış kadın oranı %20'dir ve eğitim grupları arasında 2 kat fark bulunmaktadır.

Ekonomik kriz, ÖB'de vergi gelirlerindeki düşüş ve yukarıda bahsedilen eşitsizliklerle mücadele amacıyla, 2010 ve 2012'de yapılan yasal düzenlemelerle küçüğe giren merkezileşme yolunda adımlar atılmasına neden oldu. Bu yasal düzenlemeler ÖB'lerin satın alma ve tedarik harcamaları hakkındaki kararlarının Maliye Bakanlığı'nın fiili kontrolüne girmesini ve tamamlayıcı hizmet paketlerine ilişkin kararlarının merkezileşmesini sağladı.

3.COVID-19 Pandemisi ve İspanya

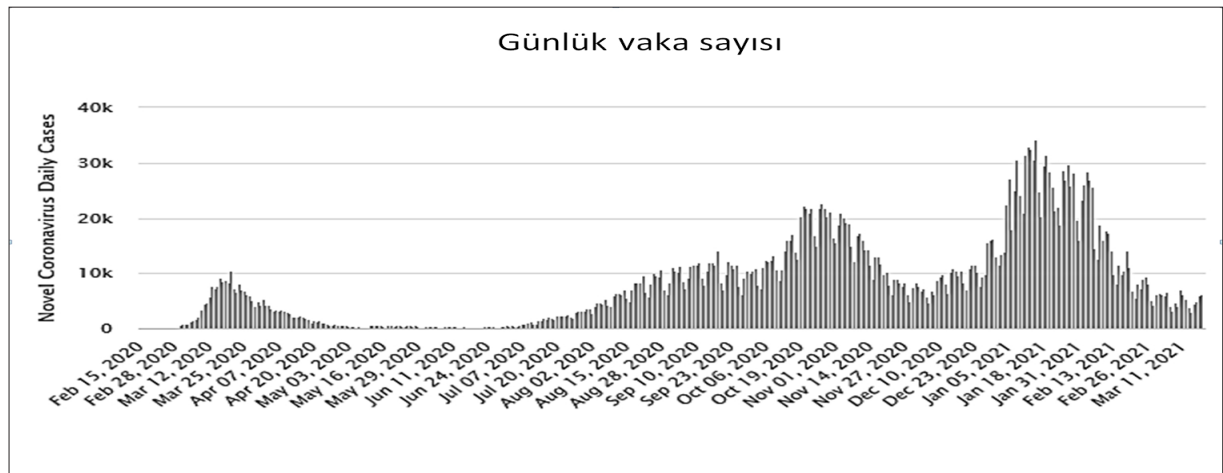
İspanya'da doğrulanmış ilk COVID-19 vakası, 31 Ocak 2020'de İspanyol Kanarya Adaları'nda bir Alman turistte saptanmıştır. Bu tekil vakadan sonra ülkede 24 Şubat'a kadar vaka bildirimi olmamıştır.

19 Şubat'ta Milan'da oynanan İtalya Şampiyonlar Ligi'ni izlemeye giden 2.500 Valensiya taraftarının 40.000 Atalanta taraftarıyla izledikleri maçın önemli bir etken olduğu, İspanya'da ilk hastalananların Valensiya'da oynayan futbolcular, taraftarlar ve izleyen gazeteciler olduğu bildirilmektedir (Guardian, 2020).

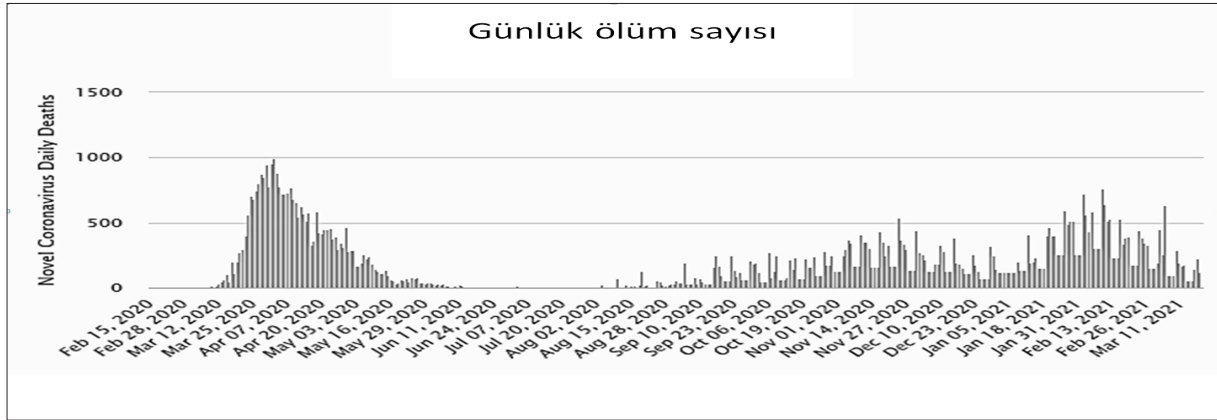
24 Şubat'tan sonra vaka sayısının katlanarak artmaya devam etmesine rağmen, ülkede hareket kısıtlılığıyla ilgili ciddi önlemler alınmamıştır. 8 Mart'ta, ülkenin kapatılmasından sadece bir hafta önce, Uluslararası Kadınlar Günü nedeniyle spor etkinlikleri, siyasi parti konferansları ve büyük gösteriler düzenlenmiştir. İspanya'nın Sağlık Acil Durumları ve Uyarıları Koordinasyon Merkezi (CCAES) Başkanı Fernando Simón, Haro'nun bazı kısımları karantina altına alınırken, insanların Uluslararası Kadınlar günü geçit törenlerine katılmanın yaratacağı risk konusunda kendi

kararlarını vermeleri gerektiğini söylemiştir. Madrid'te sağ siyasi partilerden VOX bir miting düzenlemiştir. Yürüyüşe katılan üç bakan, başbakanın eşi ile VOX başkanı ve genel sekreteri hastalanmıştır (Guardian, 2020). Üç gün sonra, yaklaşık 3.000 Atlético de Madrid taraftarı, Liverpool'daki başka bir Şampiyonlar Ligi maçı için birlikte uçmuştur. Önlem olarak Madrid'te okulların diğer bölgelerden erken kapatılması bu bölgeden ailelerin yanına karantina önlemi alınmadan dönen birçok öğrencinin hastalığı yaymasına olanak tanımıştır. Olağanüstü hal ilan edildikten sonra, tüm okullar ve üniversitelerde eğitim durdurulmuştur. Büyük çaplı etkinlikler ve gereksiz seyahatler yasaklanmış, çalışanlar tele-çalışmaya teşvik edilmiştir. Bu çabalara rağmen, teyit edilen COVID-19 vakalarının sayısındaki günlük artış oranı artmaya devam etmiştir. Böylece, 30 Mart'ta yeni hareket kısıtlaması ve fiziksel mesafe önlemleri uygulandı; zorunlu sektörler dışında işyerleri iki haftalık bir süre boyunca durdurulmuştur. Ayrıca, İspanya Hükümeti olağanüstü hali önce 11 Nisan'a kadar uzatmış ve ardından iki haftada bir 21 Haziran'a kadar yenilemiştir (Oliver, Roomp, ve Roomp, 2020). İspanya, salgının ikinci dalgasında da farklı düzeylerde sokağa çıkma yasaklarıyla salgını yönetmeye çalışmıştır. İspanya'da saptanan doğrulanmış günlük yeni olgu sayıları incelendiğinde; Mayıs-Haziran 2020 tarihlerinde salgının kontrol altına alındığı onun dışındaki azalma dönemlerinin benzer değerlendirilmenin/tanımlamanın yapılabileceği sayının oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. O nedenle, Temmuz 2020 ile birlikte İspanya'da salgının ikinci dalgasının başladığı ve halen devam etmekte olduğu izlenmektedir.

30 Mart 2020'ye kadar 85.199'un üzerinde doğrulanmış vaka, 7.424 ölüm sayısı ile İspanya, salgını ilk dalgada İtalya'dan sonra en ağır yaşayan ülke



Şekil 2. İspanya'da salgın boyunca günlük vaka sayıları



Şekil 3. İspanya'da salgın boyunca günlük ölüm sayıları

olmuştur. Arada alınan önlemlerle görece iyileşmeler olsa da bir yıl sonra 20 Mart 2021 itibarıyla İspanya'daki toplam vaka sayısı 3.212.332 ve yaşam kaybı ise 72.910'dur. İspanya, tüm dünyada salgını en ağır yaşayan sekizinci ülkedir. Tüm ölümlerin yarısı iki eyalette; Madrid ve Barcelona'da gerçekleşmiştir. Salgın sürecinde merkez ve özerk bölgeler arasında epidemiyolojik bilgi paylaşım sorunları yaşanmıştır. Mevcut bilgilerin her zaman şeffaf ve doğru olmadığı iddia edilmektedir (**Oliver, Roomp, ve Roomp, 2020; Worldometers, 2020**).

Şekil 2 ve 3'te görüldüğü gibi İspanya henüz salgının ikinci dalgasında görünmekte, bununla birlikte günlük yeni vaka sayıları düzenli olarak azalma eğilimi göstermektedir. 30 Mayıs'ta 239.202 olan toplam vaka sayısı, 12 Aralık'ta ikinci dalga ortasında 1,75 milyon, günümüzde de 3,21 milyon kişiye ulaşmıştır. Aşılamanın beklendiği kadar hızlı gitmemesi vaka sayılarının yeniden artışa geçebileceği konusunda endişeleri arttırmaktadır.

Salgın'ın ağır sonuçları olmuştur. Trias-Llimos ve Bilal, Madrid'te sadece ilk 11 haftada yaşanan ölümleri değerlendirdikleri çalışmalarında, 2009'a göre Madrid'de beklenen yaşam süresinin erkeklerde 1,9, kadınlarda da 1,6 yıl düştüğünü belirtmiştir. Bu sonucun 2020 yılı ölümlerinde, 11 hafta dışındaki kısmın bir önceki ölüm verileri alınarak hesaplandığı için çok iyimser bir tahmin olduğunu bildirmişlerdir (**Trias-Llimós , Bilal, 2020**). Ülkedeki gerçek vaka durumunu ve ilişkili risk etmenlerini belirlemek için periyodik olarak saha araştırmaları yapılmaktadır.

Carlos III Sağlık Enstitüsü ve SB, ilki 13 Mayıs'ta, ikincisi 5 Haziran'da, üçüncüsü 6 Temmuz'da ve dördüncüsü Kasım ayında olmak üzere, dört tane seroprevalans çalışması yürütmüştür. ENE-COVID olarak adlandırılan bu çalışmaların ilkinde hızlı test-

lerle SARS-CoV-2'ye karşı IgG antikor değeri değerlendirilmiş, nüfusun %5'inin (%95 CI:%4,7-%5,4) hastalığı geçirdiği saptanmıştır. Bu çalışmada, bölgeler arası eşitsizliklerin çok yüksek olduğu, hastalığın %1,1 ile en düşük özerk Ceuta'da ve %11,3 ile en yüksek olarak Madrid'te geçirildiği ortaya konmuştur. İkinci araştırmada ulusal düzeydeki prevalans, %5,2 (%95 CI: %4,9-%5,5) iken Ceuta kentinde % 0,5 ve Soria'da %14,7 olarak belirlenmiştir. Üçüncü araştırmada, ülke genelinde prevalans ayniyken, eşitsizliklerin devam ettiği gösterilmiştir; Soria %14,4, Segovia %12,4, Cuenca %11,4, Madrid %11,7, Ceuta %0,7, Huelva %1,2, Balear Adaları %1,4 ve Lugo ile Tarragona %1,5. Seropozitif katılımcıların yaklaşık üçte birinin asemptomatik (% 32,7) (% 95 CI: %30,2-%35,4) olduğu, erkeklerde ve kadınlarda görülme sıklığının benzer düzeyde, 10 yaşın altındaki çocuklarda ise daha düşük seviyelerde olduğu saptanmıştır (**Pollan ve ark. 2020**). Kasım ayında, Carlos III dördüncü ENE-COVID seroprevalans çalışmasını başlatmış, daha önceki üç araştırmada yer alanların %54,7'sini kapsamıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde IgG pozitif olan, ancak önceki araştırmalarda negatif olan katılımcıların oranı %3,8'dir (% 95 GA: %3,5-%4,1) Herhangi bir semptom göstermeyen katılımcıların %3,3'ünde ve tüm nüfusun %9,9'unda IgG antikorları pozitif bulunmuştur. Bu çalışmada da Galiçya veya Kanarya Adaları'ndaki Coruña veya Lugo gibi bazı illerde %4 civarında, Madrid ve komşu bölgelerde ise %15'in üzerinde pozitiflik saptanmıştır. Hastalık, diğer çalışmalarla uyumlu olarak, erkek ve kadınlarda benzer düzeylerde saptanırken vakaların daha genç yaş gruplarında görülmeye başladığı ortaya konmuştur. Aktif çalışanlar arasında hastalığın en sık sağlık çalışanları (%16,8) ve kadın bakıcılarda (%16,3) olduğu görülmüştür ve yaygınlık 100.000'den fazla nüfusa sahip şehirlerde daha yüksektir (%11,6'ya kadar).

İspanya'da verilerin gerçeği yansıtması konusunda bölgeler arası iletişim sorunları nedeniyle sorunlar olduğu bildirilmektedir. Ulusal İstatistik Enstitüsü, Mart-Haziran 2020 döneminde 28.000'den fazla ölüm olduğunu yayımlarken, Carlos III Sağlık Enstitüsü, süreyans sistemi sonuçlarına göre koronavirüs nedeniyle 43.000 ölüm kaydı olduğunu duyurmuştur.

Imperial College London, seçilmiş bazı Avrupa ülkelerinde gerçek vaka sayısını belirlemeye yönelik bir araştırma yürütmüş, ENE-COVID araştırmalarına dayanarak İspanya'nın %5,5 hasta oranına göre oluşturduğu modelde 2.500.000 kişinin hastalandığını tahmin ettiği dönemde resmi bildirilen rakam ise 300 bin civarında kalmıştır (Flaxman, 2020; Molina, Otero-Iglesias ve Martínez, 2020).

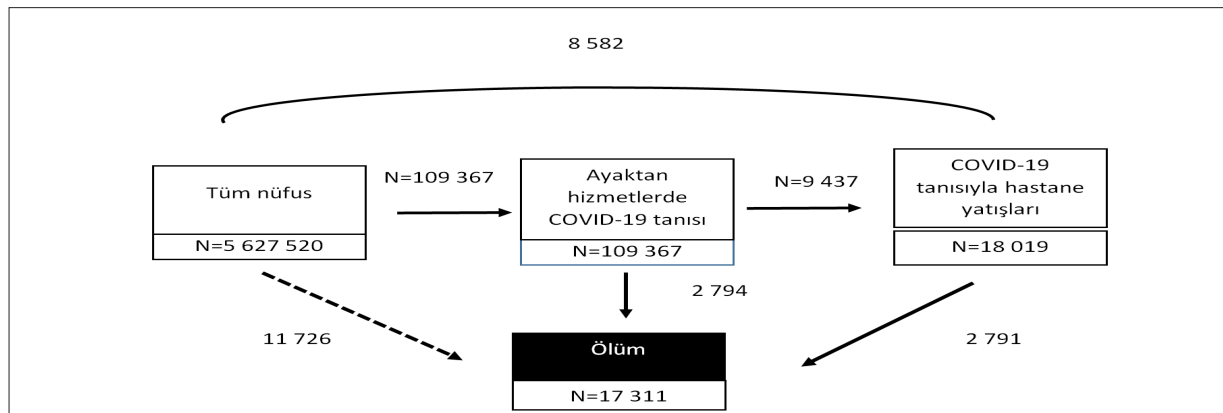
Salgın en şiddetli olarak yaşlı bakım evlerinde hissedilmiştir. Hükümet, sağlık ve bakım evlerindeki yetersiz çalışan sayısı ile durumu düzeltmeyeceğini anlamış, ordudan yardım istemiştir. İspanya Savunma Bakanı Margarita Robles bir televizyon kanalına, yaşlı bakımevlerinde bazı yaşlıların tamamen terk edilmiş, hatta bazen yataklarında ölü bulunduğunu ve hükümetin huzurevlerinde yaşanan bu istismara karşı sert önlemler alması gerektiği konusunda açıklama yapmıştır (BBC, 2020). Yaşlı nüfusun sağlık hizmetlerine erişmeden yaşamını kaybettiği iddiası, yapılan araştırmalarda da gösterilmektedir. Hastane ve yoğun bakım (YB) yatak sayılarındaki yetersizlik önlenebilir ölümlere neden olacak kadar büyüktür.

Katalonya sağlık kayıtlarına dayanarak, 1 Mart-6 Mayıs tarihleri arasında ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinde gerçekleşen ölümlerin değerlendirildiği bir araştırmada, 109.367 kişinin birinci basamakta

COVID-19 tanısı aldığı, bunların 2.794'ünün hastaneye gidemeden yaşamını kaybettiği gösterilmiştir. Hastaneye yatışların 9.437'sinin birinci basamaktan sevkle, 8.585'inin ise doğrudan yapıldığı; hastaneye yattıktan sonra 2.791 kişinin öldüğü bildirilmiştir. 11.726 kişinin herhangi bir sağlık kurumuna başvurmadan yaşamını kaybettiği tahmin edilmiştir. Bu grubun medyan yaşının 87 ve üzeri olduğu saptanmıştır (Şekil. 3). Söz konusu araştırmanın önemli bir bulgusu da kadınlarda hastaneye yatmadan yaşamını kaybetme oranının daha yüksek olmasıdır. Araştırmacılar, Katalonya'da COVID-19'dan ölümlerde yaş kadar sağlık hizmetlerine erişimin ölüm riskini arttırdığını belirtmiştir (Burn ve ark, 2020).

Sağlık çalışanları, İspanya'da yaşlılardan sonra ölüm oranının en yüksek olduğu gruptur. Salgının ilk üç ayında ülkede kişisel koruyucu donanım konusunda ciddi sıkıntılar yaşanmış, çöp torbalarından koruyucu elbise giyen sağlık çalışanı fotoğrafları ulusal ve uluslararası medyada yayımlanmıştır. Sağlık kurumu kaynaklı COVID-19 enfeksiyon oranı iki çalışmada sırasıyla %33 ve %34 olarak belirtilmiştir ki bu çok yüksek bir değerdir ve sağlık kurumlarında önlemlerin yeterli olmadığını önemli bir göstergesidir (Fernandez Colomer ve ark, 2020; Marks ve ark. 2021).

ÖB arasında ve bölge içinde eşitsizliklerin olduğu ülkede mortalite beklendiği gibi yoksullarda daha yüksektir. Amenguel-Moreno ve arkadaşları tarafından Barcelona'da mahalle düzeyinde yürütülen ekolojik bir araştırmada yaş, cinsiyet, nüfus yoğunluğu, göçmenler, komorbiditeler, sigara içenler, VKİ ve aile başına mevcut gelir indeksiyle COVID-19 arasındaki korelasyon değerlendirilmiş ve en düşük gelirli mahallelerde COVID-19 insidansı, en yüksek gelirliye göre %45 daha fazla bulunmuştur.



Şekil 4. Katalonya'da, 1 Mart-6 Mayıs 2020 tarihleri arasında ayaktan ve yataklı tedavi hizmetlerinde gerçekleşen ölümler

Kaynak: Burn ve ark.2020

Nüfus yoğunluğu, bölgede yaşayan göçmen sayısı, sigara içenlerin ve VKİ 25 üzerinde olanlar ile insidans arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**Amengual-Moreno ve ark., 2020**)

İspanya'nın da dahil edildiği 30 Avrupa ülkesinde, COVID-19'dan yüksek ölüm sayısı, sosyal eşitsizliğin artışı (GINI katsayısı) ($p < 0,005$) ve halk sağlığına yatırımların azlığı ($p < 0,001$) ile ilişkilendirilmiştir. Bunları da doktor ve hastane yatak sayısının düşük olmasını belirlediği saptanmıştır (**Barrera-Algarín ve ark., 2020**).

3.1. Salgınla mücadeleden kim sorumlu?

Bölgeler Arası Kurul, 4 Şubat'tan itibaren alınacak önlemlerle ilgili toplanmaya başlamıştır. Salgına ilk yanıtlar, ÖB'ler tarafından verilmiş, bu durum emek gücünün verimsiz kullanılmasına ve salgının şiddetlenmesine neden olmuştur. Mart'ın ilk haftasında İspanya'da 17 farklı ÖB'nin her biri için farklı rehberler ve COVID-19 telefon bilgi hattı kullanılmaya başlanmıştır. Madrid'de vaka sayısının artmasıyla okullar kapatılmış, öğrencilerin ülke geneline yayılmasıyla gerekli önlemleri almayan ÖB'de vaka artışına neden olmuştur. Bu tür koordinasyon sorunlarının artmasıyla 14 Mart'ta yapılan bir yasal düzenlemeyle olağanüstü hal ilan edilmiş İspanya'da salgın yönetimini Ulusal Sağlık Bakanlığı adına Sağlık Uyarıları ve Acil Durumlar Koordinasyon Merkezi (CCAES) üstlenmiştir.

Ülke genelinde sağlık kurumu, sağlık çalışanı, tıbbi donanım vb eşitsizlikler bu müdahaleyi zorunlu kılmış ama yerleşik federe yapı, ÖB yönetimlerinin birbirinden çok farklı siyasi görüşlerce temsil edilmesi, tarihsel politik gerilimler bu süreci birçok açıdan güçleştirmiştir. MH'nin geçmişte ÖB sağlık yönetiminde ağırlıklı düzenleyici rolü, yerel kaynaklar üzerinde yeterince kontrolü olmaması müdahalelerin yerelde uygulanma süreçlerini olumsuz etkilemiştir. ÖB'lerin özellikle de Madrid ve Katalonya'nın kendi kaynaklarını hükümet kararları nedeniyle uygulayamadığını iddia ettiği bir çok açıklama mevcuttur.

Hastalıktan en çok etkilenen yaş grubunun yoğunluklu yaşadığı yaşlı bakımevleri gibi birçok sosyal hizmetin yönetiminin bölgesel hükümetlerin sorumluluğunda olması; Ulusal Halk Sağlığı Sürveyans Ağı tarafından belirlenen güvenilir ve homojen verilerin eksikliği dahil olmak üzere, MH ile özerk topluluklar (bölgeler) arasında bir dizi yönetim ve koordinasyon sorunu yaşanmıştır.

Bölgesel dağılım, risk grupları vb. sürveyans ile ilgili bilginin ÖB'den MH'e aktarımı süreci oldukça geç bir dönemde gerçekleşmiştir. Ancak, Mart sonunda,

ÖB halk sağlığı makamları doğrulanan tüm vakaları, çevrimiçi bir platform olan SiVIES'i kullanarak Sağlık Bakanlığı'na iletmeye başlamışlardır. Bu sistem aracılığıyla, Sağlık Uyarıları ve Acil Durumlar Koordinasyon Merkezi (CCAES), Carlos III Sağlık Enstitüsü'ndeki (ISCIII) Ulusal Epidemiyoloji Merkezi'ne (CNE) bilgi sağlanmış ve CNE istatistikleri işleyerek yerleşik prosedürlere göre ulusal müdahale kuruluşları ve uluslararası kuruluşlarla paylaşmıştır.

21 Mart'ta, hükümete danışmanlık yapmak üzere, çoğunluğu epidemiyoloji alanından uzmanlardan oluşan, başkanlığını Sağlık Uyarıları ve Acil Durumlar Koordinasyon Merkezi (CCAES) Başkanı'nın yaptığı bilim ve teknik kurulu oluşturulmuştur (**Ingsa, 2020**).

Bu komitenin bazı kararları ve salgın kontrolündeki başarısızlık nedeniyle kamuoyunda tepkiler oluşmuş; 8 Mayıs'ta Avrupa'da Bilgiye Erişim Hakkının Savunulması ve Teşvik Edilmesi Komitesi hem Teknik Kurul'un hem de Bilim Kurulu'nun ekip üyelerinin adlarını ve Mart'tan sonra bu kurullar tarafından salgınla mücadele amacıyla önerilen önlemlerin yer aldığı toplantı tutanaklarının açıklanmasını talep etmiştir. Hükümet güvenlik gerekçesiyle bu bilgileri kamuoyuyla paylaşmamıştır.

25 Ekim'de yenilenen olağanüstü hal uygulamasında yapılan yeni bir düzenlemeyle, ÖB başbakanları MH ile birlikte salgın yönetiminde yeniden yetkilendirilmiştir. 25 Ekim'den sonra ÖB'lere epidemiyolojik analiz sonuçlarına göre, MH kararlarını kendi önceliklerine göre değiştirebilme ve farklı önlemler alabilme hakkı tanınmıştır.

3.2. Yaşlı bakımevleri

İspanya'da salgının ilk dalgasında 70-79 yaş nüfusunun %14,8'i, 79 yaş üstü nüfusun %21'i yaşamını kaybetmiştir. Bilinen tüm COVID-19 enfeksiyonlarının %37'sini, hastaneye yatışların %48'ini, YB ünitesi hastalarının % 33'ünü ve ölenlerin % 86'sını 70 yaşın üzerindeki kişiler oluşturduğu bilinmektedir (Zalakain ve ark, 2020). Bazı yaşlı bakım evlerinde %20 'ye yakın ölüm tespit edilmiştir (**Guardian, 2020**).

Vaka sayılarının gerçeği yansıtmadığına dair iddialar bulunmaktadır. Katalonya ÖB Hükümeti, SB tarafından 8 Mayıs 2020'de yaşlı bakım evlerine ait bildirdiği ölüm sayısının cenaze hizmetlerinde tespit ettikleri ölüm sayısının yarısı olduğunu açıklamıştır. İspanya'da ölüm kayıtlarına sadece PCR pozitiflerin dahil edilmesi, klinik olarak tanı konanların yer almaması, salgında uygulanan test sayısının çok az olması bu farklılığı açıklamada kullanılmaktadır (**Zalakain ve ark, 2020**).

İspanya'da halk sağlığı hizmetleri ücretsiz olmasına rağmen, yaşlı bakım evlerinden sağlık hizmetlerine erişimin çok düşük olması yaşa bağlı ayrımcılık olarak da tartışılmaktadır. Mevcut salgının yaşlı bakımevlerindeki eğreti çalışmayı ve yaşam koşullarını ortaya çıkardığı ifade edilmektedir. Çünkü var olan hemşirelik bakım modelinin salgın öncesinde de uygun olmadığıyla ilgili yayımlanan raporlar bulunmaktadır. Kişisel Özerklik Vakfı Başkanı'nın British Medical Journal'a verdiği bir demeçte, İspanya'da 2019 itibarıyla, 5.417 yaşlı bakımevi olduğunu, bunların 3.844'ünün (%71) özel olarak işletildiğini ve büyük sermaye gruplarının yaşlı bakımevleri satın aldığını ifade etmiştir. Kamunun yeterince denetiminin olmadığı sistemde, eğitimsiz personel çalıştırıldığı, sayıca yetersiz olduğu ve maaşlarının çok düşük olduğuna vurgu yapıp, yaşlı bakım evlerini "uygun insan veya teknik kaynakların olmadığı, güvencesiz paralel bir sağlık hizmetleri sistemi" olarak tanımlamıştır (Rada, 2020).

Olağanüstü hal ilanından sonra yaşlı bakımevlerinin idaresini kamu üstlenmiştir. Bunun, sorunu çözmekte yetersiz kaldığı Madrid'in Istera ilçesinde kamuya ait bir yaşlı bakımevinde, COVID-19 nedeniyle ölen iki sakinin bir gün boyunca odalarında bekletildiği bildirilmiştir. Bakımevlerinde COVID-19 test kitlerinin yetersizliği nedeniyle çok uzun süre test yapılamamıştır. Bakımevi çalışanlarına kişisel koruyucu donanım (KKD) sağlanmadığı, tarama yapılmadığı ve semptomlar bariz hale gelene kadar çalışmaya zorlandığı bildirilmektedir (Rada, 2020).

Médecins Sans Frontières (MSF) tarafından yayımlanan bir rapora göre, bu yüksek ölüm oranı, İspanya'nın bakımevi yönetim modelindeki sorunların yanı sıra, farklı ÖB yönetimleri ile özel şirketler arasındaki koordinasyondaki ciddi eksikliklere işaret etmektedir. MSF, sorunları; yaşlı bakımevlerinde yaşanan şeffaf bilgi eksikliği, yönetim zafiyetleri, enfeksiyon önleme ve kontrolündeki eksiklikler, BB sağlık programlarının eksikliği, hastaneye zamanında sevk edilmeme, akrabalarla görüşme ve vedalaşmada zorluklar, hasta tedavisi, bakımında sorunlar, yetersiz KKD ve koruyucu protokoller, geç tanı konma, eğitimli çalışan sayısının yetersizliği olarak sıralamıştır (MSF, 2020).

3.3. Fiziksel alt yapı, tıbbi donanım ve KKD

İspanya'da ekonomik kriz sonrası hafif bir iyileşme olmasına rağmen özellikle BB ve halk sağlığında olmak üzere, sağlık yatırımlarının düşük olması, kamuda hastane ve yoğun bakım yatak oranlarındaki düşme ve ÖB'ler arasındaki eşitsizlikler nedeniyle

fiziksel alt yapıyla ilgili ciddi sorunlarla salgını karşılamalarına neden olmuştur. Tıbbi malzemeler ve koruyucu ekipmanla ilgili Çin'e bağımlılık ve Wuhan'da başlayan salgın sonrasında tedarik sorunları salgını en kötü yaşayan ülkelerden biri olmasının önemli nedenlerindedir.

Bu sıkıntılar 10 Mart'ta, MH'nin, tüm ülkenin ihtiyaçları için her türlü ilaç ve sağlık ürününün merkezi olarak satın alınmasını sağlamak için Halk Sağlığı Kanunu'nda değişiklik yapmasına neden olmuştur. Olağanüstü halin ilanından sonra, Sağlık Bakanı, ilaç sektörü ile ilgili olanlar da dahil olmak üzere sağlık ürünü ve kurumlarıyla ilgili herhangi bir türdeki sanyai, fabrika veya tesisi geçici olarak devralabilir ve halk sağlığını korumak için gereken her türlü kamulaştırılmayı yapabilir hale gelmiştir (Delgado, Pueyo, Romero, 2020).

Merkez ve Bölge hükümetleri, hem ulusal hem de uluslararası pazarlarda KKD bulma ve satın alma konusunda eşi görülmemiş zorluklarla karşılaşmıştır. 6 Nisan'dan sonra SB, KKD'leri sağlık ürünü kategorisinde değerlendirmeye almış ve fabrikaları Bakanlık için üretime zorlamıştır.

Ekonomik kriz sonrası, oldukça önemli bir bölümü özel sektör ve kamu-özel ortaklığı hastanelerinde olan YBÜ'lerdeki yatak kapasitesi artan vaka sayısına yanıt verememiş, olağanüstü halde çıkarılan yasal düzenlemeyle, özel hastanelerin tüm YBÜ yatakları, ÖB'lerin sağlık kapasitesinin bir parçası olarak kullanıma sunulmuştur. Buna ek olarak, üç hızlı tren, 24 kritik hastayı daha düşük YBÜ yatak oranına sahip ÖB'lerden hasta nakli amacıyla düzenlenmiştir (Delgado, Pueyo, Romero, 2020).

23 Mart'tan sonra, üreticiler, COVID-19 krizinde gerekli görülen bir dizi ilacın tedarikini garanti etmek zorunda bırakılmış ve İspanyol İlaç ve Tıbbi Ürünler Ajansına (AEMPS) her gün mevcut stok, tedarik edilen hacimle ilişkili rapor vermiştir.

19 Nisan'da, Sağlık Bakanlığı'na nitril eldivenler, el yıkama antiseptikleri ve cerrahi ve hijyenik maskelerin fiyatlarını belirlemeye ve güvenli kullanımla ilgili bilgilendirme içeren etiketler eklemeleriyle ilgili piyasaya müdahale etme yetkisi verilmiştir. Maske ücretleri sabitlenmiş, toplum sağlığını ilgilendiren bu tür ürünler hastane ve hükümet dışı sivil toplum örgütlerince satın alındığı durumlarda vergi alınmaya başlanmıştır.

Bununla birlikte, KKD'de CE belgesi zorunluluğu kaldırılmış, bu da sağlık çalışanlarının nitelikle ilgili

şikayetlerinin artmasına sebep olmuştur. Bu eksiklikler nedeniyle, 3 Mayıs'a kadar toplu taşımalarda maske kullanım zorunluluğu ilan edilmemiştir (**Delgado, Pueyo, Romero, 2020**).

Ülke genelinde maske kullanma zorunluluğu getirilmesine rağmen, hem niceliksel eksiklik hem de ücretleri nedeniyle maskeye erişim sadece sağlık çalışanları için değil tüm toplum için sorun oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı, ÖB'lere beş haftalık stoğu karşılayacak şekilde maske dağıtmaktadır. Belli dönemlerde de kâr amacı gütmeyen yardım kuruluşlarına dezavantajlı gruplar için ücretsiz maske dağıtılmaktadır. Eylül'de okulların açılması nedeniyle bu sayı üç katına çıkarılmıştır. Cerrahi maske ve önlük üretimi için fabrikalara lisans verilmeye devam edilmektedir (**Delgado, Pueyo, Romero, 2020**).

Maske ücretleriyle ilgili, Eylül-Kasım ayları arasında birçok düzenleme yapılmış, fiyatı 0,96 Avro'dan 0,62'ye düşürülmüştür. Maskeden devletin aldığı vergi (SB için %0) %21'den %4'e düşürülmüştür (**Delgado, Pueyo, Romero, 2020**).

3.4.Vaka yönetimi

Olağanüstü halin ilanından sonra epidemiyolojik bilgilerin toplanmasında koordinasyonu geliştirmek için ÖB Sağlık Bakanlıkları CCAES'e, PCR ya da hızlı antikor testleriyle doğrulanmış günlük vaka sayıları, semptomla dayalı teşhis konanlar, ölümler ve tedavi edilmiş vakalar, hastaneye yatırılan ve taburcu edilen vaka sayısı, yoğun bakım ünitelerindeki yatak sayısı, yoğun bakım doktorları ve anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları ile gereğinde çağrılacak olan emekli, öğrenci vb. tüm doktor sayısı, kişisel koruyucu, kişisel ekipman ve teşhis kitleri ihtiyaçları hakkında da rapor vermekle yükümlü kılınmıştır.

Krizin başlangıcında semptomu olan hastalar; kentlerde BB, hastane ya da acil servise kırsalda ise BB sağlık kurumlarına başvurmuşlardır. Vaka sayısının artışıyla, hafif vakalara evde kalmaları tavsiye edilmiş, semptomların ağırlaşması durumunda 7/24 COVID-19 acil çağrı merkezlerini aramaları istenmiştir. Acil çağrı merkezleri telefonla hastayı değerlendirmiş ve gerekli durumlarda mobil birimleri hastaların evlerine yönlendirmiştir. Bazı ÖB'lerde vatandaşların enfekte olma olasılıklarını anlamalarına yardımcı olmak için kendi kendine uygulanan çevrimiçi bir anket de hizmete dahil edilmiştir. Tele tıp uygulamaları da bazı ÖB'lerde kullanılmıştır.

İspanya'da sevk zorunluluğu nedeniyle ilk dönemde BB'ye başvuru oranları oldukça yüksek düzeylerde gerçekleşmiş, bu nedenle kurumlarda bir dizi düzenleme yapılmıştır. Hafif vakalar evde izole edilmiş ve BB tarafından izlenmiştir.

BB'de tele tıp uygulamaları hızla yaşama geçirilmiştir. Örneğin, Barselona'da 1 Mart-7 Haziran arasında gerçekleştirilen 2.127.610 muayenenin %67'si bu yolla gerçekleştirilmiştir. Sağlık çalışanları bu dönemde 72.825 ev ziyareti yapmıştır (**Munoz, Lopez-Grau, 2020**).

Evde izolasyonun uygulanamayacağı vakalar için oteller kullanılmıştır. Merkezin özellikleri ve kadrosu elverdiğinde, girişte mümkünse sağlık personeli veya sağlık dışı personelin triyaj yapması sağlanmış; COVID-19 şüphesi olan hastalara, diğer kullanıcılardan ayrı bölümlerde, koşulları buna izin veriyorsa, bir oda veya özel danışma yeri ayırarak diğer hastalardan 2 metreden daha uzak, ayrı alanlarda tedavi edilmiştir. Bekleme odalarında hasta birikme olasılığını azaltacak şekilde randevu aralarındaki süre arttırılmıştır. Merkeze başvuran hastalara maske kullanma zorunluluğu getirilmiş ve 19 Mayıs 2020 itibarıyla ücretsiz olarak merkez girişlerinde verilmeye başlanmıştır.

BB kapasitesinin vaka artışına paralel yanıt verememesi, hastaların evde telefonla izleme kendilerini güvende hissetmemeleri, BB ev ziyaretlerinin az sayıda yaşlı hastaya sağlanabilmesi acillere ve hastanelere başvuruyu arttırmıştır.

Vaka sayısının dramatik olarak arttığı, acillerde triajın bile yapılamadığı, tüm yoğun bakım ve hastane yataklarının dolu olduğu dönemde ilk etapta özel hastanelerin yatakları kamu tarafından kullanılabilir hale getirilmiş, bunun da gereksinimi karşılamaması sonucunda saha hastaneleri yapılmış, durumu hafifleyen hastaların bazıları otellerde izlenmiştir.

Olağanüstü halin ilanından sonra Sağlık Bakanı geçici olarak silahlı kuvvetlerin, özel sağlık sektörünün ve hatta otellerin teknik kaynaklarını kullanma yetkisini almıştır. Bunun sonucu olarak da özel hastaneler kamu hastanelerine başvuranların bir kısmına hizmet vermeye başlamıştır. Kamu ya da özel spor salonları, kongre merkezleri gibi geniş alanlar ayakta tedavi ve hastane hizmetleri için dönüştürülmüştür. Madrid'in sergi merkezi IFEMA'da 1.300 yataklı geçici bir sahra hastanesi kurulmuş, bazı ÖB'de otellere iyileşmekte olan hastalar yerleştirilmiştir. Bu hizmetlerin hızlandırılması için de alt işveren anlaşmalarında düzenlemeler yapılmıştır.

İlk dönemde salgın yönetiminin neredeyse olmadığı yaşlı bakım evlerinde ilerleyen dönemlerde tek bir vakanın salgın olarak kabul edilmesine, vakaların 14 gün izole edilmesine, tüm yakın

temaslıların semptom göstermeleri durumunda izolasyona alınıp izlenmelerine ve PCR testi yapılmasına karar verilmiştir.

Cezaevlerinde ve diğer kapalı kurumlarda hastaneye yatışı gerektirmeyen, teyit edilmiş vakalar en az 14 gün izole edilmiş ve kurumdaki sağlık hizmetleri tarafından tedavi edilmiştir.

Hem yaşlı bakımevlerinde hem de cezaevlerinde PCR testi pozitif sağlık ve sosyal bakım personelinin semptomları iyileşmesine ek olarak, negatif PCR testi sonuçlarına göre işe geri dönmelerine karar verilmiştir (**Delgado, Pueyo, Romero, 2020**)

Kaynakların azlığı, hastaların çokluğu, sağlık çalışanlarının kendilerini korumaları için KKD'lerden yoksun oluşu sağlık çalışanlarının alacağı kararlarda birçok etik ikilem yaşamalarına neden olmuş, İspanyol Yoğun Bakım, Kritik Bakım ve Koroner Üniteleri Derneği (SEMICYUC) biyoetik üzerine çalışma grubu, yoğun bakımda klinik kararlara rehberlik edecek etik öneriler içeren bir belge yayımlamıştır. Rehberde; dağıtım adaleti ilkesine dayalı olarak, nihai bir eksiklik durumunda hastaların kabulüne ilişkin kararlar; YBÜ hastalarının aynı hastane, farklı bir hastane ve farklı bir bölge içindeki diğer YBÜ'lerine veya diğer ara kaynaklara sevkine ilişkin kararlar; sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik kararlarla ilgili öneriler yer almaktadır. SB, COVID-19'la ilgili sürekli güncellenen rehberler yayımlamıştır.

3.5.Diğer sağlık sorunlarının yönetimi

Vaka sayısının artışıyla hem hastanelerde hem de BB'de elektif cerrahi ve acil olmayan konsültasyonlar ertelenmiştir. BBSH, sadece semptomları olan hastaları tedavi etmeye başlamıştır. Kronik hastaların sağlık kurumlarına başvurusunu azaltmak amacıyla e-reçete uygulamasına otomatik yenileme düzenlemesi yapılarak eczanelerden ilaç erişimi arttırılmıştır. Hayati tehlikesi olmayan vakalar için telefon danışma hatları ve çevrimiçi konsültasyonlar kullanılmaya başlanmıştır (**Delgado, Pueyo, Romero, 2020**).

2020'nin ilk altı ayında elektif cerrahi işlemler bir önceki senenin %36'sı kadar gerçekleşmiştir. Hem elektif cerrahi hem de uzman hekimlere başvuruda bekleme süreleri iki, üç kat artmıştır. Mayıs 17'ye kadar durdurulan elektif cerrahiler, COVID-19 hasta sayısı hastane kapasitesinin %5'inden az olan ve ayrı bölümlerin açılacağı hastanelerde yeniden yapılmaya başlanmıştır. Ameliyat öncesi ve sonrası konsültasyonların tele tıp üzerinden yapılması,

hastaya 72 saat önce PCR testi yapılması gibi önlemler alınmıştır. Gerekli önlemler alınmak kaydıyla aynı dönemde transplantasyonlar yapılmaya başlanmıştır.

Katalan Sağlık Enstitüsü'ne bağlı 288 BBSH merkezinin 35 indikatör üzerinden Şubat, Mart, Nisan 2020'deki tedavi, izlem, kontrol, tarama ve aşılama hizmetlerinin bir önceki yıllarla karşılaştırıldığı bir araştırmada %85'inde olumsuz sonuçlar bildirilmiş. Kolesterol, hipertansiyon düzeylerinde artış, KKK aşılama oranlarında her üç ayda da düşme saptanmıştır (**Coma ve ark.,2020**).

Benzer bir bulgu ülke genelinde de saptanmış, BB'de 15 ay altı çocuk ve gebe aşılamaındaki kapasite sorunları nedeniyle, Halk Sağlığı Komisyonu'nun rehberliğinde ÖB'ler, aşılama programlarına Mayıs 2020'de yeniden başlamıştır (**Delgado, Pueyo, Romero FE, 2020**).

3.6.Test stratejisi

Salgınla mücadelede tanı koyduruculuğu yüksek bir testin yaygın olarak kullanılması, vakaların erken tespit ve tedavisine olanak sağladığı için kilit öneme sahiptir. DSÖ, erken dönemde birinci basamakta PCR testi uygulamaya başlayan ülkelerde ölüm oranlarının daha düşük olduğunu bildirmiştir. Test uygulama kriterleri, testin nerede yapıldığı, hangi test tipinin kullanıldığı ve tarama amacıyla kimlere uygulandığı salgının seyrini değiştirebilecek en önemli araçtır (**DSÖ, 2020**).

İspanya'nın da dahil edildiği 30 Avrupa ülkesinde, COVID-19 ile halk sağlığı harcamaları arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir araştırma en çok ölümün görüldüğü İspanya'nın dahil olduğu beş ülkede istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde test performansının iyi düzeyde olmadığı, kişi başına halk sağlığı harcamalarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (**Barrera-Algarín ve ark.,2020**).

Oliver ve arkadaşları tarafından fiziksel mesafe kuralları, hizmetlere erişimin değerlendirildiği bir araştırmada, online uygulanan anketi 141.865 kişi yanıtlamış; katılımcıların %6,1'i bir hekim tarafından test yaptırması istendiği halde test olmadığı için yaptıramadığını belirtmiştir. Diğer ilginç bir bulgu da nefes darlığı, öksürük ve ateş semptomları olanların %58,1'inin test yaptırmayı gerekli görmediğini ifade etmesidir (**Oliver ve ark., 2020**).

İspanya'da test, salgının ilk dönemlerinde sadece hastaneye yatırılan veya hastaneye yatış kriterlerini karşılayan, akut solunum enfeksiyonunun klinik belirtilerini gösteren hastalar ile herhangi bir akut

solunum yolu enfeksiyonlarının klinik belirtilerini gösteren sağlık çalışanı, polis ve silahlı kuvvetlerde çalışan hastalara uygulanmıştır. Hafif semptomu olanlara ve yüksek riskli temaslılara İspanya'da yaklaşık üç ay herhangi bir COVID-19 testi uygulanmamıştır.

Testler böyle bir salgın için geç bir dönemde yaygınlaştırılmış, sadece semptomu olanlara uygulanmış, yakın temaslılara önerilmiş ama ücretsiz bir hizmet olarak sunulmamıştır. Bu nedenle salgının erken dönemlerinde laboratuvarlara akın olmuş, PCR testi 100-180 Avro arasında değişen çok yüksek ücretlerle ödeyebilenlere yapılmıştır. Bu fırsatçılığı önleyebilmek için SNS ancak, 13 Nisan 2020'de özel testlerin ücretleriyle ilgili düzenleme yapmıştır ve test isteminde doktor istemi zorunluluğu getirmiştir. Özel laboratuvarlar ellerindeki test kiti sayısını ÖB'lere bildirmekle yükümlü kılınmıştır. Gerekli durumlarda ÖSHK'na, kendi bölgelerinde bulunan özel laboratuvarların testlerini kullanma hakkı tanınmıştır. 5 Nisan'a kadar olan süreçte SNS günde sadece 15-20 bin test uygulayabilmiştir. Test kitleleriyle ilgili sıkıntı ve sağlık çalışanları için koruma eksikliği Hükümetin bazı yanlış adımlar atmasına neden olmuş, Şanghay'da ruhsatsız faaliyet gösteren bir şirketten 640.000 hızlı test kiti satın alınmıştır (**Barrera-Algarín ve ark., 2020**).

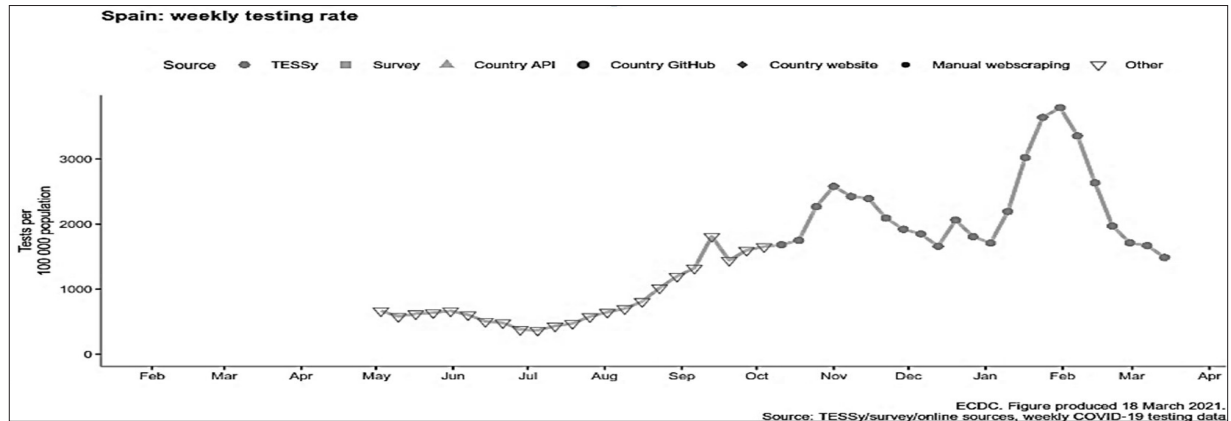
ÖB'ler arasında hem test uygulama stratejisi hem de test merkezleriyle ilgili farklı uygulamalar olmuştur. Bazı ÖB'lerdeki halk sağlığı yetkilileri, zaman içinde hem BB sağlık merkezlerinde hem de hastanelerde test tesisleri kurmuştur. Ancak bu az sayıda ÖB'de hayata geçirilmiştir. Ek olarak, BBSH koordinasyon ve müdahale ekipleri, telefonla veya ev ziyareti yoluyla, izolasyon hastalarını test gerekliliği açısından değerlendirmiştir. Az sayıda ÖB'de de mobil örnek alma ekipleri kurulmuştur.

Özel laboratuvarların tüm yeni vakalarını ilgili ÖSH'ye bildirim zorunluluğu 5 Nisan gibi geç bir dönemde getirilmiştir Şekil 4'te İspanya'daki haftalık test ortalamalarının seyri sunulmaktadır.

Şekil 4'te görüldüğü gibi uygulanan ortalama test sayısı ancak Ağustos'tan itibaren anlamlı bir şekilde arttırılmıştır. Her ÖB farklı bir strateji uygulamıştır. Madrid'te ikinci dalgada yaygın test yapılırken ülkenin birçok bölgesinde sayı arttırılamamıştır. 5 Nisan'dan sonra da hastalık sıklığının yüksek olduğu bölgelerde hastanelerde, bakımevlerinde ve evde bakım hizmeti alan yerlerde hızlı antikor testleri uygulanmaya başlamıştır.

Laboratuvar ve çalışan sayısının yetersizliği de tanı koymada gecikmelere neden olmuş, RT-PCR testlerinin 3-5 gün, serolojik testlerin de 2-3 günde sonuçları raporlanmıştır. Bir çok hastanın hem izolasyona alınması, erken tedaviye başlanması ya da hastane yatışı için sevk süreçlerinde sorun yaşanmıştır. Hükümet, süreç içinde yeni merkezleri PCR testi uygulayabilmeleri açısından akredite etmiş yeterli sayıya ulaşılamamıştır. Carlos III Enstitüsü ülkedeki asemptomatik ve semptomatik hastalarda hastalık sıklığını belirlemek için hızlı antikor testleriyle ilki 5 Mayıs'ta olmak üzere dört araştırma gerçekleştirmiştir.

Mayıs'tan sonra SNS ve ÖB'ler COVID-19 erken tanı kapasitesini arttırmak, yeni vakaların izolasyonu ve BB'de temaslı izlemine iyileştirecek, epidemiyolojik surveyans hizmetleriyle daha yakın bir koordinasyonu hedefleyen yeni bir planda anlaştılar ve bunun sonucunda 9 Mayıs'ta, tüm temaslılara sağlık hizmetlerine başvurduktan sonra 24 saat içinde PCR ya da benzer bir testin uygulaması başlamıştır. Özel laboratuvarlara vaka bildirişimiyle ilgili zorunluluk yinelenmiştir.



Şekil 5. İspanya'da 100 bin nüfus başına düşen haftalık test ortalamaları

14 Ağustos'ta, virüsün bakım evlerinde ve destekli yaşam tesislerinde yeniden yayılmasını önlemek amacıyla bir dizi önlem alınmış, Bölgeler arası Kurul, PCR testinin kullanım sıklığı ve yaygınlığıyla ilgili yeni bir düzenleme yapmıştır. Bakımevlerine alınacak yaşlıların 72 saat önce test yapılması, çalışanların en az 15 günde bir olacak şekilde düzenli olarak test yaptırılmaları, izin veya tatilden dönen çalışanların ancak test negatifliği gösterildikten sonra işe başlaması ve bakımevlerine ziyaretlerin sınırlandırılması gibi önlemler alınmıştır (**Barrera-Algarín ve ark., 2020**).

16 Aralık'ta, Olağanüstü Durum Hazırlığı ve Yanıt Planları Konferansı'nda ülkede en yaygın kullanılan hızlı antikor testlerinin ne semptomatik ne de asemptomatik kişilerin teşhisi için uygun olmadığı duyurulmuş, aynı zamanda sürveyans ve izleme hizmetlerinde antikor testi sonuçlarının kullanılması ve hekimlere kendi kendine teşhis için hızlı antikor testleri yazmamaları şiddetle tavsiye edilmiştir (**Barrera-Algarín ve ark., 2020**).

İspanya'da Eylül ayına kadar en yaygın uygulanan, ulusal prevalans araştırmalarında kullanılan hızlı antikor testinin kanıta dayalı olarak teşhiste uygun olmaması, İspanya'daki yüksek prevalans hızlarının nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Yanlış tanı testi kullanımı hastalığın tespitini, dolayısıyla izolasyonu olumsuz etkilemiştir.

3.7. Temaslı tespiti, izolasyon ve karantina

COVID-19'un Erken Tespiti, Gözetimi ve Kontrolü Stratejisine göre, evde izolasyon, semptomların başlangıcından en az 10 gün sonra ve ateşin ve klinik tablonun düzelmesinden üç gün sonrasına kadar sürdürülmüştür. Asemptomatik vakalarda izolasyon, tanı tarihinden itibaren 10 güne kadar sürdürülmüştür. İlk dönemde test sayısının yetersizliği nedeniyle sağlık ve bakım çalışanları da dahil olmak üzere, test sonucuna bakılmadan vakalar çalışmaya başlamıştır. Daha sonra sağlık ve sosyal bakım çalışanlarına test zorunluluğu getirilmiştir (Barrera-Algarín ve ark., 2020). Yüksek riskli temaslılara, çok uzun süre test yapılmaması, hastaların tespitini güçleştirmiş ve asemptomatik vakaların çalışmaya devam etmesine neden olmuştur.

Hastalar, semptomların başlangıcından sonraki ilk günlerde komplikasyonlar ortaya çıkabileceğinden, sağlık birimleri ile ilk temastan sonraki 24 saat, 48 ve 96 saat içinde telefonla aranmış, gerekli durumlarda hastanın koşulları değerlendirilerek ya sağlık merkezine davet edilmiş ya da evde ziyaret edilerek sağlık çalışanlarınca değerlendirilmiştir. İspanya'da izolasyon ve karantina kriterleri sürekli değiştirilmiş, ÖB'ler Eylül'den sonra bu konuda MH'den bağımsız kurullar koymuşlardır.

Hasta ve temaslıların barınma koşulları, sosyal ve aile desteği yeterli olmadığı durumlarda ÖB tarafından sağlanan otel, yurt vb. yerlerde izolasyonu sağlanmıştır. Hastalar yerel düzeyde mevcut olan sosyal destek veya yardım kaynaklarının yanı sıra, faaliyette olan yerel topluluk ağları hakkında da bilgilendirilmiş, evde bakım gereksinimleri olanlara ekipler yönlendirilmiştir. Bu organizasyon ancak, Nisan ayından sonra yaşama geçirilebilmiştir.

27 Ağustos'ta Savunma Bakanlığı, vaka tespit ve izleme kapasitesini güçlendirmek için 2.000 kadar Silahlı Kuvvet personelini SB'na görevlendirmiştir. Bu askerler, etkili temas takibi yapmak, potansiyel risk temaslarını ayırt etmek için bilgi almak, epidemiyolojik araştırmaya bağlı olarak karantina süresini hesaplamak ve izlenen kişilere destek sağlamak için özel eğitim almıştır.

SB, kapalı ortamda KKD olmadan iki metreden daha az bir mesafede, 15 dakikadan fazla bir arada bulunmayı yakın temaslı olarak kabul etmiştir (Marks ve ark., 2021). İspanya'da her bir hastanın ortalama üç yüksek riskli temaslı olduğu tahmin edilmektedir. Temaslı tespiti ve izlemi için İspanya'da 3.500 sağlık çalışanının görev yaptığı, ama DSÖ kriterlerine göre 8.000 olması gerektiği tartışılmaktadır. Hastaneler önemli bir bulaş kaynağı olarak bildirilmektedir. Marks ve arkadaşlarının araştırmasında vakaların %34'ünde sağlık çalışanları, %51'in hane halkı bulaş kaynağı olarak saptanmıştır (**Marks ve ark., 2021**).

3.8. Hasta ve temaslı takibi için internet tabanlı ve mobil uygulamalar

Halkı bilgilendirme, kendi kendine semptom takibini yapabilme kapasitelerini artırma, hasta ve temaslı izlemleri için her bölge kendine uygun birçok web tabanlı hizmet ya da mobil uygulamalar geliştirilmiştir. Semptomların takibi ve gözetimi için STOP COVID-19 CAT; mevcut COVID-19 hastalarını belirlemek, bilgilendirmek ve temaslı takibi oluşturmak için COVID.cat; ruh sağlığı sorunları ve bağımlılığı olan kişilere öneriler içeren GestioEmocional.cat bunlardan bazılarıdır.

31 Temmuz'da tüm ÖB'lerde kullanımı önerilen ve 27 Ekim'de tüm ülkede kullanılmaya başlanan RADARCOVID, ülke içinde güvenli hareketliliği arttırmaya yönelik olarak planlanmıştır. Gönüllük esasına göre kullanılan RADARCOVID, vaka ve temaslıların izleminde kullanılmaktadır. Bir cep telefonu en az 15 dk. Boyunca, 2 m ve altında mesafede diğer bir telefona yakınsa diğerini kaydetmekte; kişilerden birinin testi pozitif olduğunda yerel sağlık idaresi tüm temaslılara hasta hakkında bilgi vermeden uyarıda bulunmaktadır. Sağlık İdaresi'de hasta ismini sistem üzerinden görememektedir.

3.9.Aşılama

İspanya Hükümeti, Avrupa Aşı Stratejisi çerçevesinde AstraZeneca ile AB müzakerelerine Ağustos'ta başlamıştır. 24 Kasım'da Bakanlar Kurulu, Pfizer-BioN-Tech tarafından geliştirilen ve 10 milyon kişinin aşılmasına olanak sağlayacak, 20 milyon COVID-19 aşısının satın alınmasını onaylamıştır. 1 Aralık'ta Janssen (20,8 milyon), Moderna (8,3 milyon) ve CureVac (23,5 milyon) tarafından geliştirilen COVID-19 aşılarının, Avrupa Komisyonu'nun bu laboratuvarlarla yaptığı anlaşmaya göre, alımına karar vermiştir. Ülke genelinde aşılamanın ücretsiz ve gönüllük esasıyla uygulanacağı duyurulmuştur. En duyarlıları en erken aşılayabilmek amacıyla bilimsel, etik, yasal ve ekonomik kriterlerle belirlenen 15 farklı grubun birbirini izleyen üç trimesterde aşılamanın tamamlanması planlanmıştır. İlk grupta yaşlılar, engelliler, yaşlı bakım evlerinde kalanlar ile sosyal ve sağlık hizmetlerinde çalışanlar yer almaktadır ve 27 Aralık'ta başlamıştır. 5 Şubat'ta, 16-55 yaş arasındaki aşılama başlamış, öncelik itfaiyeci, polis, fizyoterapistler, mesleki terapistler, kimyager, cezaevi çalışanları, acil durum personeli, ordu ve ilköğretim, ortaokul öğretmenleri gibi kamu hizmetlerinde çalışanlara verilmiştir (**Barrera-Algarín ve ark., 2020**).

Halk Sağlığı Komisyonu, 60 ve 79 yaş arasındaki nüfus kohortlarının, 70 yaşın üstündekilerden başlamak kaydıyla ve yüksek riskli 60 yaş altı nüfusa mRNA aşılarının yapılmasına karar vermiştir. AstraZeneca aşısı ile aşılanacak bir sonraki grup, 45-55 yaş arası nüfus olarak belirlenmiştir. Haziran 2021'e kadar erişkin nüfusun %70'inin ilk doz aşılmasının tamamlanması planlanmıştır. 24 Mart 2021 itibarıyla, nüfusun %10.4'ü tek doz, %4.6'sı iki doz aşılanmıştır. Bununla birlikte, aşılama ÖB'ler arasında ciddi fark mevcuttur.

Bağışıklama ilk etapta hızlı başlamış, Şubat 2021'in ikinci yarısından sonra organizasyonel sorunlar yaşanmaya başlanmıştır. Sendikalar, aşılama ile ilgili kaos yaşandığına dair açıklamalar yapmıştır. Madrid'te bir stadyumda aşılama yapmak zorunda kalan hekim ve hemşireler, aşı listelerinde ölenlerin isimlerinin yer aldığı, randevu sisteminde sorunlar olduğu, altı dozluk aşı içeren flakonlardan altıncı dozun enjektörlerin uygun olmaması nedeniyle çekilememesiyle ilgili açıklamalar yapmıştır. Hekimler ayrıca, hastanelerde uzun kuyruklar oluşmasının salgını şiddetlendireceğiyle ilgili açıklamalarda bulunmuştur (**El Pais, 2021**).

Bu dönemde Pfizer ve Moderna aşılarının dağıtımıyla ilgili sorunlar, aşılama kampanyasını doğrudan engellemiş, Madrid ve Katalonya aşılama planlarını

yenilemek zorunda kalmıştır. Madrid'de ikinci doz aşılama askıya alınmıştır. Şubat sonundan itibaren AstraZeneca ile ilgili tedarikte (Valensiya'da beklenenin %12'si gibi) gecikmeler olmuş, güvenliğiyle ilgili tartışmalar nedeniyle 16-23 Mart 2021 tarihleri arasında, DSÖ'nün ikinci açıklamasına kadar bağışıklama bir süre durdurulmuş, daha sonra sadece pıhtılaşma bozuklukları olanlara yapılmamasına karar verilmiştir. Temmuz 2021 gibi tamamlanması planlanan aşılamanın Ocak 2022'ye kadar süreceği beklentisi artmaktadır (**El Pais, 2021**). Bask Doktor Sendikası tarafından aşılama organizasyonu ile ilgili yapılan bir çalışmada, ankete yanıt veren doktorların %53,2'si "korkunç" ve %26,9'u "kötü" olduğunu ifade ederken yalnızca %4,1'i olumlu görüş bildirmiştir (**El Pais, 2021**).

Politikacıların kendilerine öncelik tanımlarıyla ilgili suçlamalar olmuş, iki belediye başkanı bu nedenle istifa etmiştir (**El Pais, 2021**). AstraZeneca'yla ilgili halkın aşıya güveni azalmış, aşı reddi artmaya başlayınca Hükümet, AstraZeneca aşısı yaptırmayanların başka aşı da yaptırmayacağına dair açıklama yapmıştır (**El Pais, 2021**).

3.10.Sağlık çalışanları

İspanya'da nüfus başına düşen hekim ve özellikle hemşire sayısının düşüklüğü, salgın yönetiminde en önemli sorunlardan biri olmuştur. Bu durumla baş etmek için Sağlık Bakanlığı, silahlı kuvvetler, işçi sağlığı ile ilgili kurumlar ve İspanya genelindeki özel sağlık merkezleri veya hastaneler de dahil olmak üzere, sağlık çalışanlarının ihtiyaçlarına göre dağılımını belirleme hakkına sahip olmuştur (**Delgado, Pueyo, Romero, 2020**).

Sağlık çalışanı sayısını arttırmak için İspanya'da denkliğini almamış, AB dışındaki ülkelerden uzman hekim ve genel pratisyenlere çalışma izni verilmiş, 70 yaşın altındaki emekli hekim ve hemşireler göreve çağırılmış, triaj ve evde bakımda çalışmaları istenmiştir. Sağlık çalışanlarının yıllık izinleri, mola süreleri ve çalışma sürelerinin değiştirilebilmesiyle ilgili ÖB yetkilendirilmiştir. Son yılındaki uzmanlık öğrencilerinin asistanlık süreleri uzatılmış, asistanların rotasyonları durdurulmuş ve gereksinim belirlenen herhangi bölümde çalışmaya zorlanmışlardır. Son iki yılda uzmanlık sınavını kazanamamış hekimler (GP olmak içinde uzmanlık sınavını geçmek gerekiyor) işe alınmıştır. Son sınıf tıp, hemşirelik ve diğer sağlık meslek öğrencileri bir meslek mensubunun gözetiminde olmak kaydıyla çalıştırılmışlardır. Asistanlar gereksinim duyulan bölgelerde çalışmak üzere görevlendirilmiştir (**Legido-Quigley ve ark., 2020**).

GP'ler, birinci basamak çocuk hekimleri ve hemşireleri koruyucu önlemler ve hasta yönetimi konusunda minimum bir eğitimden sonra, hastanelerin acil bakım servislerine veya hastaların tespit edilip incelendiği COVID-19 tele-sağlık birimlerine ve karantinadakilere bazı bölgelerde yapılan evde ziyaret ekiplerine görevlendirilmiştir.

Halk sağlığı uzmanları, iş yeri hekimleri, mikrobiyologlar sürveyans hizmetlerinde çalışmıştır. 8 Nisan 2021'de SB, sağlık çalışanlarının korunması için EPI-COS isimli bir program başlatmıştır. Carlos III Sağlık Enstitüsü (ISCIII), Ulusal Epidemiyolojik Gözetim Ağı (RENAVE) aracılığıyla, COVID-19'un İspanya'daki sağlık çalışanlarında etkisine ilişkin Mayıs ayında 4 epidemiyolojik rapor yayımlamıştır. Sonrasında raporlar yinelenmemiştir (**Carlos III Enstitüsü, 2020**).

KKD yetersizliği, uzun süreli çalışma, işyükünün fazlalığı gibi birçok nedenle sağlık çalışanlarında hastalık sıklığı her üç salgın dalgasında normal popülasyondan yüksek olmuş. Sağlık çalışanlarının izolasyon ve karantina sürelerinin yetersizliği yaşanan krizi derinleştirmiştir. İspanya'da dört farklı bölgede (Madrid, Barcelona, Coruna ve diğer) 6.038 sağlık çalışanının IgG'lerinin değerlendirildiği bir araştırmada çalışma grubunun %11'inin seropozitif olduğu, Madrid'te %13,8 iken Coruna'da %2,0 olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %39,4'ünün asemptomatik olması rutin tarama programlarının önemine işaret etmektedir (**Varona ve ark, 2021**).

Madrid'te bir eğitim hastanesinde çalışan 2.919 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir araştırmada %31,6'sında IgG pozitif bulunmuştur. Hekim olmanın 2.37 (GA 1.61-3.49), hemşire olmanın 1,67 (GA 1.14-2.46), asistan hemşire olmanın 1,84 (GA 1.24-2.73), COVID-19 birimlerinde çalışmanın 1,71 (GA 1.22-2.40) ve acil serviste çalışmanın 1.51 (GA 1.01-2.27) kat daha riskli olduğu gösterilmiştir (**Galan ve ark., 2020**).

Yeterli koruma olmadan çalışmaya zorlanma, hastalığa nasıl yaklaşılabileceğine dair belirsizlik, hem iş yoğunluğu hem de aşırı duygusal yük, kaynak eksikliği, belirsiz, sürekli değişen protokollere uyum sağlama, sağkallımla ilgili zorlayıcı kararlar alma baskısı sağlık çalışanları açısından önemli stres etmenleri olmuştur. 1.459 sağlık çalışanını kapsayan bir araştırmada sağlık çalışanlarının %80,6'sında stres (**Gomez-Salgado ve ark., 2020**), 643 çalışanını kapsayan bir başka araştırmada da %43,4'ünde tükenmişlik sendromu tespit edilmiştir. Kadınlarda, hekimlerde, 30 yaş altı çalışanlarda, 15 yıldan daha az çalışma tecrübesi olanlarda tükenmişlik anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (**Torrente ve ark., 2021**).

9.138 sağlık çalışanının dahil edildiği bir araştırmada, %28,1'inde majör depresyon, %22,2-24,0'ünde anksiyete bozukluğu (yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak ya da PTSD), %6,2'sinde madde kullanımı olduğu, %14,5'inde engelleyici düzeyde bir ruh sağlığı sorunu bulunduğu saptanmıştır (**Alonso ve ark, 2020**). Sağlık çalışanları intihar düşünceleri ve davranışları (STB) riski taşıyan kilit bir meslek grubudur. Otuz günlük intihar düşüncesi prevalansının %8,4 (%4,9 pasif, %3,5 planlı) olduğu araştırma kapsamında, son 30 günde 6 sağlık çalışanının intihar girişiminde bulunduğu tespit edilmiştir (**Mortier ve ark, 2020**).

Sağlık çalışanlarının sendikaları bu süreçte çok aktif rol almıştır. Çalışma koşullarının iyileştirilmesi için birçok eylem yapmıştır. Ulusal Doktor Sendikası, 17 ÖB'nin 10'unda işçi sağlığı ve güvenliği yasalarına uygun olarak, 24 saat içinde gerekli KKD temin etmeleriyle ilgili dava açmıştır (**Time, 2020**). Madrid Hemşire Sendikası başkanı Jesus Garcia Ramos, Şubat 2020 ortasında koronavirüsle ilgili KKD'leri bulaşa neden olmadan nasıl giymeleri gerektiğiyle ilgili eğitim istediklerini, ancak Mart 2020'de yanıt alabildiklerini bildirmiştir (**Reuters, 2020**).

Sağlık çalışanlarına fazla çalışma ödemeleri düzenli olarak yapılmazken yeni inşa edilen hastanenin maliyetinin öngörülenden iki kat fazla olması muhalefet ve sağlık çalışanı sendikaları tarafından eleştirilmiştir. Açılıştaki, "Personel olmazsa hastane olmaz", "birinci basamak terk edildi" yazılı pankartlarla düzinelere sendika üyesi sağlık çalışanı eylem yapmıştır.

Doktor Sendikaları Konfederasyonu'nun (CESM) çağrısıyla, Ekim ayında ülke genelinde bir günlük grev (katılım %85) yapılmış, 267 bin doktor katılmıştır. Ağır çalışma koşulları, düşük maaşlar, uzmanlığa bakılmaksızın görevlendirme, yurt dışından hekimlere çalışma izni verilmesi, acil olmayan ameliyatlara ertelenmesi gibi birçok talep dile getirilmiştir (**New Europe, 2021**).

COVID-19 enfeksiyonu yasal bir düzenlemeyle iş kazası olarak kabul edilmiştir. Sosyal Güvenlik, enfekte olan sağlık ve sosyal bakım çalışanlarına olağanüstü halin sonlandırılmasından bir ay sonrasına özel faydalar sağlanmıştır. Sosyal Güvenlik, önce enfeksiyonun başlamasından sonraki ilk beş yıl içinde hastalığa bağlı ölüm meydana gelirse meslek hastalığı olarak kabul edeceğini duyurmuş, 4 Şubat'ta yeni bir düzenlemeyle COVID-19 nedeniyle gelişebilecek komorbiditeler için de yaşam boyu olacak şekilde kapsam ve süreyi genişletmiştir. Hali hazırda, yaşamını kaybeden sağlık ve bakım çalışanlarına tazminat ödemeleri yapılmaktadır.

3.11.Sokağa çıkma yasakları

DSÖ, kapanmanın sadece sağlık sisteminin reorganizasyonu için kullanılması gerektiği, kapanmanın virüsü yavaşlatmak için önemli olduğunu ancak durduramayacağını, ülkelerin öncelikle mümkün olduğunca çok test yaparak, doğrulanmış COVID-19 hastalarını izole edip ve temaslarını izleyip karantinaya alması konusunda uyarmıştır (**DSÖ, 2020**). Salgın kontrolünde sokağa çıkma yasakları, İspanya'nın salgınla mücadelesinde en istikrarlı şekilde uyguladığı mücadele stratejisi olmuştur. Belli aralıklarla yinelenmiş, halk üzerinde hem ekonomik hem de psikosozal birçok olumsuz etkisi olmuştur.

Yapılan bir araştırmada, sokağa çıkma yasakları nedeniyle eğitimdeki kesintinin çocuklar üzerindeki etkisi değerlendirilmiş, fiziksel aktivitenin anlamlı düzeyde azaldığı, ekran maruziyetinin arttığı, sebze meyve tüketiminin azaldığı ve uyku süresinin düzenlenmediği ortaya konmuştur. Okulların kapatılması, çevrimiçi eğitim ve çalışma ile aile yaşamı arasındaki uyumu arttırmayı hedefleyen politikaların eksikliğine vurgu yapılmıştır (**Lopez Bueno ve ark, 2020**).

Yasaklar sonrasında özellikle, turizm bölgelerinde hızlı açılma ve filyasyon çalışmalarının yeterince yapılmaması, seyahat kısıtlamalarının erken kaldırılması sokağa çıkma yasaklarının etkisini kısa sürede ortadan kaldırmış, bu da yeni salgın dalgalarının yaşanmasına neden olmuştur.

İspanya ilk dalgadan sonra dört aşamalı bir şekilde açılma stratejisi belirlemiş, her ÖB süreci kendi epidemiyolojik göstergelerine göre planlamıştır. Bazı bölgeler birinci aşamadayken, bazıları tam açılma döneminde olabilmektedir. 21 Haziran 2020'de tam açılma dönemlerinde kültürel olarak yakın temasın önemli olması, toplu partiler gibi eğlenme alışkanlıkları, önemli bir gelir kaynağı olan turizm, özellikle çoğu asemptomatik olan gençlerin hastalığı yaymasına neden olmuş, her yeni dalga diğerinden daha kötü sonuçlanmıştır. İşsizliğin hali hazırda yüksek olduğu İspanya'da kapanmanın hane halkları üzerinde yıkıcı etkisi olmuş, uyum giderek zorlanmıştır. Yapılan bir araştırmada sokağa çıkma yasaklarıyla ilgili olarak yapılan lojistik regresyon modeli, yiyecek satın almak için yeterli paraya sahip olmadıklarını bildirenler (OR 2.23,% 95 CI: 1.81-2.77) ve ev kredisini ödemekte güçlük yaşayanların (OR 1.54, %95 CI: 1.29-1.83) bir haftadan fazla sokağa çıkma yaşama gönüllü olmadığını ortaya koymuştur (**Oliver ve ark., 2020**).

Sonuç

Evrensel kapsayıcılığı, finansmanı genel vergilerden karşılanan ve kişi başına düşen GSMH düşük olmasına rağmen güçlü BB hizmetleri nedeniyle sağlık göstergeleri en iyi olan ülkelerden biri olan İspanya'da salgın, insan eliyle oluşturulmuş bir afet olarak yaşanmıştır. Bunun bir çok nedeni bulunmaktadır:

I. İspanya dünyada en yaşlı nüfusa sahip ülkelerden birisidir. Sorun, bu yaşlı nüfusun oldukça büyük bir kısmının yaşamakta olduğu, kamunun özelden hizmet alması modeliyle finanse edilen ve hükümet tarafından yeterince denetlenmeyen yaşlı bakım evlerinde yaşanmıştır. Sağlık hizmetlerinin salgın öncesinde de düzenli olarak sağlanmadığı bu kalabalık bakım evlerinde hem çalışan sayısı hem de çalışanların eğitimleri yeterli düzeyde değildir. Bakımevlerinde yaşayan yaşlılar, malpraktis sayılabilecek bir düzeyde yalnız bırakılmış, neredeyse ölüme terk edilmişlerdir.

II. Salgın, İspanya'da hükümet tarafından oldukça geç bir dönemde ciddiye alınmaya başlanmıştır. Olağanüstü hal ilan edilene kadar miting vb. kalabalık etkinlikler ertelenmemiştir. Sınırlar çok geç kapatılmış, ülke içi hareketlilikle ilgili önlem geç bir dönemde alınmıştır.

III. Hem ÖB'ler arasındaki hem de MH ile olan ilişkilerindeki siyasi sorunlar bu gecikmede etkili olmuştur. ÖB'ler arası koordinasyon eksikliği, önlemlerin senkronize bir şekilde alınmaması bulaş hızını arttırmıştır. Salgın yönetiminin ulusallaştırılmasının olumlu yanları olmakla beraber, ÖB'lerin sorumluluk almalarıyla ilgili sıkıntılara da neden olmuştur.

IV. İspanya, gelir ve sosyal eşitsizliklerin yüksek olduğu bir ülkedir. Sağlık hizmetlerinde var olan finansman, fiziksel alt yapı, sağlık çalışanı sayısındaki yapısal sorunlar, salgın öncesinde de yaşanan eşitsizlikleri arttırmış, hastalık ve ölüm yoksullar, göçmenler gibi dezavantajlı gruplarda daha sık görülmüştür.

V. Hekim ve hemşire sayısının düşüklüğü ve ülke içindeki eşitsiz dağılımı müdahale kapasitesini olumsuz etkilemiştir. Hastanelerde, birinci basamakta, sürveyans etkinliklerinde temaslı izlemlerinde çalışacak yeterli sayıda çalışanın olmaması hizmet sunumunda ciddi aksamalara neden olmuş, sağlık çalışanlarının insanüstü bir çaba göstermeleri gerekmiştir. KKD sağlanmadan, uzun süreler çalışma zorunda kalmanın sonucu olarak hastalık, en sık sağlık çalışanlarında görülmüş, hastayken çalışma zorunluğu hastanelerden bulaş riskinin artmasına katkıda bulunmuştur.

VI. Maske başta olmak üzere, KKD konusundaki sıkıntı hem sağlık çalışanları hem de toplumun korunmasının önünde önemli bir engel oluşturmuştur. Maske hâlâ kamusal olarak yeterli düzeyde sağlanmamaktadır.

VII. Hastane ve YB yataklarında özel sektör payının yüksekliği, erken kamulaştırmaya rağmen ölümlerin artışında önemli bir rol oynamıştır.

VIII. Birinci basamak ve halk sağlığı hizmetlerine son 10 yılda yeterli yatırım yapılmaması, bölgeler arasında kurum ve donanım açısından eşitsizlikler, salgının

en yoğun yaşandığı Katolanya, Madrid gibi ÖB'lerde hizmetin özel sektörden ve kamu özel ortaklıkları konsorsiyumlarından alınması, salgın hastalıklarla ilgili kurumsal hazırlığın olmaması gibi birçok neden birinci basamağın salgında etkili bir rol almasını engellemiştir.

IX. İspanya'nın yaşadığı en büyük sorunlardan biri test kapasitesini oldukça uzun bir süre arttıramamasıdır. Test, yüksek riskli temaslılara bile uzun süre yapılamamış, bulaş riski artmış, erken tanı ve tedavi olanakları değerlendirilememiştir. BB'de test uygulaması kısmi olarak gerçekleştirilmiştir. Yaşlı bakımevlerinde ise oldukça geç bir dönemde uygulanmaya başlamıştır. Ödebileyecek olanların özeldeki oldukça pahalı test hizmetlerine ulaşırken, kamuda gerekli durumlarda bile yapılamaması hem sağlık çalışanları hem de toplum için adalet duygusunu sarsan bir uygulama olmuştur.

X. Hasta ve temaslı tespiti ve izlemine yeterince önem verilmemiştir. Bu da bulaş kontrolünün önünde en önemli etmendir.

XI. İspanya, ilk dalgadan sonra sağlık hizmetlerindeki hem finansman hem de altyapı eksikliklerini gidermemiştir. Filyasyon ve test stratejisinde çok az değişiklik yapmış, salgın epizodlarını sokağa çıkma yasaklarıyla atlattırma çalışmış, bu da etkili olmamıştır.

XII. Uluslararası ve ülke içi hareketlilikle ilgili önlemlerde gecikme olmuştur. Her açılma döneminde, turizmin GSMH'deki yüksek payı bu konudaki sorunun hâlâ devam etmesine neden olmaktadır.

Kaynaklar

Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P., Ferrer, M., Alayo, I., Aragón-Peña, A., ... & MINDCOVID Working group. (2020). Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Revista de psiquiatria y salud mental*.

Amengual-Moreno, M., Calafat-Caules, M., Carot, A., AR, R. C., Río-Bergé, C., & Ventura-Gabarró, C. (2020). Social determinants of the incidence of Covid-19 in Barcelona: a preliminary ecological study using public data. *Revista española de salud pública*, 94.

Barrera-Algarín, E., Estepa-Maestre, F., Sarasola-Sánchez-Serrano, J. L., & Vallejo-Andrada, A. (2020). COVID-19, neoliberalism and health systems in 30 european countries: relationship to deceases. *Revista española de salud pública*, 94

Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FJ, Repullo JR, Peña Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. (2018) Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*;20(2):1-179

BBC (2020). Coronavirus: Spanish army finds care home residents 'dead and abandoned' <https://www.bbc.com/news/world-europe-52014023> Erişim Tarihi: 25.10.2020

Blanco-Moreno Á, Urbanos-Garrido RM, Thuissard-Vasallo IJ.(2013) Public healthcare expenditure in Spain: measuring the impact of driving factors. *Health Policy*. 2013;111(1):34-42. doi:10.1016/j.healthpol.2013.03.012

Burn, E., Tebe, C., Fernandez-Bertolin, S., Aragon, M., Recalde, M., Roel, E., ... & Duarte-Salles, T. (2020). The natural

history of symptomatic COVID-19 in Catalonia, Spain: a multi-state model including 109,367 outpatient diagnoses, 18,019 hospitalisations, and 5,585 COVID-19 deaths among 5,627,520 people. *MedRxiv*.

Carlos III Enstitüsü (2020) Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España Fecha del informe: 29-05-2020 <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

Coma, E., Mora, N., Méndez, L., Benítez, M., Hermosilla, E., Fàbregas, M., ... & Medina, M. (2020). Primary care in the time of COVID-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in Catalonia. *BMC family practice*, 21(1), 1-9

DB İstatistikleri (2020) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?locations=ES> Delgado EB, Pueyo EA, Romero FE (2020), Transition measures: Managing cases, <https://www.covid19healthsystem.org/countries/spain/livinghit.aspx?Section=3.2%20Managing%20cases&Type=Section> ET20/03/2021

Delgado EB, Pueyo EA, Romero FE, (2020) Providing health services effectively <https://www.covid19healthsystem.org/countries/spain/livinghit.aspx?Section=3.1%20Planning%20services&Type=Section#20Transitionmeasures:Governance> ET: 15/03/2020

Delgado EB, Pueyo EA, Romero FE (2020), Ensuring sufficient physical infrastructure and workforce capacity <https://www.covid19healthsystem.org/countries/spain/livinghit.aspx?Section=2.1%20Physical%20infrastructure&Type=Section#20Transitionmeasures:Governance>

DSÖ (2020) Reconfiguring health systems vital to tackling COVID-19 <https://www.euro.who.int/en/countries/spain/news/news/2020/4/reconfiguring-health-systems-vital-to-tackling-covid-19>

El País(2021) Vaccination drive in Spain: how is each region progressing after the AstraZeneca suspension? <https://english.elpais.com/society/2021-03-24/vaccination-drive-in-spain-how-is-each-region-progressing-after-the-astrazeneca-suspension.html> 24/03/2021

El País (2021), How organizational problems in Spain are impeding the administration of Covid-19 vaccines, 26/02/2020, ET12/03/2020

European Social Policy Network (ESPN)(2018) Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Spain 2018 Rodríguez-Cabrero, Marbán Gallego, Arriba-González de Durana and Moreno-Fuentes May 2018

Eurostat (2020) <https://www.lamondcloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/asuntos-economicos/Paginas/2020/030820-app-covid.aspx>. Erişim tarihi: 26/03/2020

Fernández Colomer, B., Sánchez-Luna, M., de Alba Romero, C., Alarcón Allen, A., Baña Souto, A. M., Camba Longueira, F., ... & Matías Del Pozo, V. (2020). Neonatal infection due to SARS-CoV-2: an epidemiological study in Spain. *Frontiers in pediatrics*, 8, 670.

Flaxman, S. et al. (2020) Estimating the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe. *Nature* <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2405-7> (2020)

Galán, M. I., Velasco, M., Casas, M. L., Goyanes, M. J., Rodríguez-Caravaca, G., Losa-García, J. E., ... & Esther, M. (2020). Hospital-Wide SARS-CoV-2 seroprevalence in health care workers in a Spanish teaching hospital. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*

Gallo P, Gené-Badía J.(2013) Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*. 113(1-2):1-7. doi:10.1016/j.healthpol.2013.06.016

Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín,

- M., Ortega-Moreno, M., García-Iglesias, J. J., & Ruiz-Fruetos, C.** (2020). Sense of coherence and psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Sustainability*, 12(17), 6855.
- Guardian** (2020) Spain coronavirus response analyses <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/26/spain-coronavirus-response-analysis> Erişim Tarihi: 26/03/2020
- Guardian** (2020), How coronavirus took just weeks to overwhelm Spain 25/03/2020 <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/25/how-spain-sat-on-its-hands-as-coronavirus-took-hold> Erişim Tarihi: 26/03/2020
- HIT** (2018) Bernal-Delgado E, García-Armesto S, Oliva J, Sánchez Martínez FI, Repullo JR, Peña Longobardo LM, Ridao-López M, Hernández-Quevedo C. Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(2):1-179
- INE** (2019), National Economical statistics, <https://www.ine.es/dynInfo/Infografia/Territoriales/en/capituloGraficos.html#mapa> Erişim tarihi: 10/10/2020
- Ingsa**, (2020) President constitutes the scientific committee of covid 19 an expert group to advise government <https://www.ingsa.org/covid-19-policy-tracker/europe/spain/21-march-2020-president-constitutes-the-scientific-committee-of-covid-19-an-expert-group-to-advise-government/> Erişim tarihi: 01/03/2020
- Konuralp, E** (2019) . İspanya'da bölgesel devletin tarihsel gelişimi, yasal düzeni ve siyasal yapısını. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 14(1), 345-402.
- Legido-Quigley H, Mateos-García JT, Campos VR, Gea-Sánchez M, Muntaner C, McKee M.** (2020) The resilience of the Spanish health system against the COVID-19 pandemic. *Lancet Public Health*.;5(5):e251-e252. doi:10.1016/S2468-2667(20)30060-8
- López-Bueno, R., López-Sánchez, G. F., Casajús, J. A., Calatayud, J., Gil-Salmerón, A., Grabovac, I., ... & Smith, L.** (2020). Health-related behaviors among school-aged children and adolescents during the Spanish Covid-19 confinement. *Frontiers in pediatrics*, 8.
- Lopez-Valcarcel BG, Barber P.** (2017)Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017;15(1):13-21. doi:10.1007/s40258-016-0263-0
- López-Casasnovas G.** (2019) Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual data of 7.5 million residents. *J Epidemiol Community Health*. 73(2):97-99. doi:10.1136/jech-2018-211360
- Marks, M., Millat-Martínez, P., Ouchi, D., Roberts, C., Alemany, A., Corbacho-Monné, M., ... & Mitjà, O.** (2021). Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*
- Molina I, Otero-Iglesias M ve Pablo J Martínez JP** (2020) Has Spain's management of COVID-19 been a failure? Errors, lessons and recommendations Working Paper 16/2020 (English version) - 27/7/2020 - Elcano Royal Institute
- Mortier, P., Vilagut, G., Ferrer, M., Serra, C., de Dios Molina, J., López-Fresneña, N., ... & MINDCOVID Working Group.** (2020). Thirty-day suicidal thoughts and behaviors among hospital workers during the first wave of the Spain COVID-19 outbreak. *Depression and anxiety*
- MSF** (2020) Too little, too late: The unacceptable neglect of the elderly in care homes during the COVID-19 pandemic in Spain <https://www.msf.org/covid-19-urgent-measures-needed-spain-care-homes>
- Muñoz, M. A., & López-Grau, M.** (2020). Lessons learned from the approach to the COVID-19 pandemic in urban primary health care centres in Barcelona, Spain. *The European journal of general practice*, 26(1), 106.
- New Europe** (2021) Why Spanish doctors are staging walkouts in the grip of a pandemic 28 Ekim 2021 <https://www.neweurope.eu/article/spanish-doctors-stage-first-nationwide-walkout-in-25-years-over-work-conditions/>
- OECD** (2019), Spain: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/8f834636-en.pdf?expires=1608632809&id=id&accname=guest&checksum=E6F5C4360A0C7F2889A3BE44326D092D> Erişim Tarihi 5 Eylül 2020
- Oliver, N., Barber, J. X., Roomp, K., & Roomp, K.** (2020). Assessing the Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: Large-Scale, Online, Self-Reported Population Survey. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e21319
- Pollán, M., Pérez-Gómez, B., Pastor-Barriuso, R., Oteo, J., Hernán, M. A., Pérez-Olmeda, M., ... & de la Villa, A. V.** (2020). Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *The Lancet*, 396(10250), 535-544
- Rada AG** (2020) Covid-19: the precarious position of Spain's nursing homes In Spain, the country with the most coronavirus cases in Europe, the impact of the outbreak in nursing homes is having a dramatic and tragic effect, reports *BMJ* 2020;369:m1554 doi: 10.1136/bmj.m1554 (Published 20 April 2020) <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1554.full.pdf>
- Reuters** (2020)<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-spain-medics-insig-idUSKBN21K0KN>
- Trias-Llímós S, Bilal U.** (2020) Impact of the COVID-19 pandemic on life expectancy in Madrid (Spain). *J Public Health (Oxf)*. 2020;42(3):635-636. doi:10.1093/pubmed/fdaa087
- Torrente, M., Sousa, P. A., Sánchez-Ramos, A., Pimentao, J., Royuela, A., Franco, F., ... & Provencio, M.** (2021). To burn-out or not to burn-out: a cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. *BMJ open*, 11(2), e044945.
- Time** (2020), 'It's Like Being a War Medic.' A Madrid Doctor Speaks Out About Grave Shortages in Protective Gear <https://time.com/5813848/spain-coronavirus-outbreak-doctor/>
- Varona, J. F., Madurga, R., Peñalver, F., Abarca, E., Almirall, C., Cruz, M., ... & Castellano Vázquez, J. M.** (2021). Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in over 6000 healthcare workers in Spain. *International Journal of Epidemiology*
- Worldometers**, (2020) <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/spain/> Erişim tarihi: 26/03/2020
- Zalakain, J. Davey, V. & Suárez-González, A.** (2020)The COVID-19 on users of Long-Term Care services in Spain. *LTCcovid, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE*, 28 May 2020<https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCcovid-Spain-country-report-28-May-1.pdf>