

**DOSYA/DERLEME**

## KÜBA SAĞLIK SİSTEMİ PARADOKS MU, SOSYALİZM Mİ?

Melike ERKOÇ\*, Çiğdem ÇAĞLAYAN\*\*

*"Bir kişinin sağlıklı yaşama kavuşması için yalnız hasta olduğu zamanlarda tedavi etmeniz yetmez. O kişinin iyi beslenmesi gerekir. O kişinin iyi bir konutta yaşaması lazım. O kişinin çalışma koşullarının sağlığını zedelemeyecek şekilde ayarlanması lazım. O kişinin dinlenmesini sağlamamız lazım"*

Nusret Fişek (Nusret Fişek ve Hekimlik 1991)

### 1. Giriş

Küba sağlık sistemi politik görüşü ne olursa olsun bu alanda çalışan birçok kişinin ilgisini çekmektedir. Bu ilginin kaynağında, kimilerinin "üçüncü dünya ülkesi" olarak betimlediği Küba'nın bütçesine göre sağlık göstergelerinin gelişmiş kapitalist ülkeler ile benzer hatta bazı noktalarda onlardan daha iyi olması vardır. Bu durumu "paradoks" olarak niteleyen ve bu amaçla Küba sağlık sistemini inceleyen çok sayıda makale vardır. Ancak çoğunun ortak noktası Küba'da sosyalist bir sistemin varlığını yok saymak ya da bilerek görmezden gelmektir. Küba sağlık sisteminin başarısını sosyalizmden bağımsız ele almak, Küba'daki aile hekimliği sistemini model olarak alıp, baştan sona çarpık bir sağlık sisteminin içine yamamak gibi yanlış noktalara taşır.

Bu yazıda Küba sağlık sistemi, ülkedeki siyasal yapı ve günlük yaşamdan başlayarak ele alınmış, sağlık sisteminin geçirdiği aşamalar toplumsal yapıyla ilişkilendirilerek irdelenmiştir. Son olarak sağlık sisteminin şimdiki durumu ve toplumsal sağlık göstergeleri hakkında bilgi verilmiştir.

### 2. Küba'da Siyasi Yapı ve Günlük Yaşam

Küba 1959'da gerçekleştirilen devrimden beri sosyalist bir cumhuriyet olarak varlığını sürdürmektedir. Nüfusu 11 257 105 olan Küba'nın yüzölçümü 110 860 km<sup>2</sup>'dir. Resmî dili İspanyolca, para birimi pesodur. 14 il ile 1 özel statülü belediyeye (Isla de la Juvantud) bölünmüş olan ülkenin başkenti ise Havana'dır (**Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005; T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2006**).

Yasama 609 üyeli "Ulusal Halkın Gücü Meclisi" tarafından yapılmaktadır. Hükümet, devlet başkanı tarafından atanmakta ve meclis tarafından onaylanmaktadır. Devlet başkanı aynı zamanda hükümet başkanıdır. Ülkede tek siyasi parti Küba Komünist Partisidir. (**T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı, 2006**).

Küba, yeryüzünde hâlâ vatandaşlarının konutlarda kira, su, elektrik ve gaz parası ödemediği yegâne ülke olma özelliğini korumaktadır. Bunun yanı sıra, Küba yurttaşları, günlük karbonhidrat ve protein gereksinimi karşılayacak yiyecek için de herhangi bir ücret ödememektedir. Yeteri kadar et, patates, pirinç, ekmek Devrimi Koruma Komiteleri tarafından halka dağıtılmaktadır. Yine Küba yeryüzünün nüfusuna oranla en çok okulu ve öğretmeni olan, eğitimin her insanın doğal hakkı sayıldığı, tüm sağlık hizmetlerinin de para talep edilmeden karşılandığı tek ülkedir (**Mavioğlu, 2006**).

Küba'da işsizlik ve ekonomik dengesizlik en az düzeydedir, işçiler yaptıkları iş üzerinde belli derecede kontrol sahibidir. Konut, iş ve sağlık bakımı temel insan hakkı olarak görülür. Beslenme bozukluğunun azaltılması, daha fazla besin üreterek değil esas olarak tam istihdam

\*Dr., Kocaeli Üniversitesi Halk Sağlığı AD Araştırma Görevlisi

\*\*Yrd. Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

sağlayarak, ücretleri yükselterek gerçekleştirilmiştir. Doğurganlığın azalması ve kadınların çalışma yaşamında aktif olarak yer alması cinsiyet farklılıklarını azaltmıştır. Küba'da hükümet düzenli bir nüfus kontrol programı uygulamayıp, nüfus ile doğal kaynaklar arasındaki dengeyi sağlayacağına inandığı planlı ekonomik ve sosyal kalkınmayı desteklemektedir (Belek, 2002).

Küba'da çalışma- üretim faaliyeti, sosyal etkileşim ortamı içinde, bütün bireylere kolektif deney kazandıran tedavi edici bir çevre olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle üretime ruhsal hastalıkların tedavisinde önemli yer verilmektedir. Eğitim parasız olup, bireysellik ve rekabet yerine eşitlik ve dayanışma felsefesi üzerine oturmaktadır. Ortaokul ve lise eğitimi tarımsal işyerleriyle iç içedir ve üretim faaliyeti eğitim programının bir parçasıdır. Eğitim üniversitede de üretimle entegredir. Eğitim sonrasında herkesin işi garantidir. Eğitim sürecinde öğrencilere yiyecek, giyecek ve tıbbi bakım parasız olarak verilir (Belek, 2002).

### 3. Sağlık

#### 3.1. Devrim Öncesi Dönemde Küba Sağlık Sistemi

Küba sağlık sistemi 1950'lerde aslında hiç de yabancı olmadığı bir yapılanmaya sahipti. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı çok başlıydı. Sağlık hizmeti sunumu farklı toplumsal sınıflar için farklı biçimleniyordu (Belek, 2002).

Devrim öncesi dönemde sağlık hizmetlerinin finansmanında zenginler için özel sağlık sistemi, işçiler için sosyal güvenlik sistemi ve yoksullar için yetersiz finanse edilen bir kamusal sağlık sistemi olmak üzere üç ayaklı bir yapı vardı. Özel sağlık sistemi az sayıda zengin elit için ulaşılabilirdi. Nüfusun %20 kadarı işverenlerin yaptığı sigorta kapsamındaydı ve nüfusun büyük bir bölümü düşük kaliteli yetersiz finanse edilen halk sağlığı hizmetlerine ulaşabilmekteydi. Bu üç ayaklı sistem daha çok şehirlerde, özellikle başkent Havana'da yoğunlaşmıştı ve kırsal alanda birçok insan hiç doktor yüzü görmemişti (De Vos, 2005).

Adanın kırsal kesimi ile kentsel kesimi arasında oldukça belirgin eşitsizlik vardı. Örneğin başkent Havana'da kaliteli sağlık hizmetine ulaşmak kişinin ödeme gücüne bağlıydı. Devrimden önce Havana'da yaşayanlar burada sadece "beyazlar" için hizmet veren özel kliniklerin varlığından ve çok zengin ve yabancı turistlerin gelip bu kliniklerde tedavi olduklarından bahsetmekteydiler (Warman, 2001).

1958 yılında ülkede bulunan 6 bin 428 hekimin çoğu özel hekimlik yapıyor ya da yarı süreli çalışıyordu. Hekimlerin dağılımı kırsal kesim aleyhine büyük oranda dengesizlik gösteriyordu. Ülkenin en önemli sağlık kurumu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıydı. Ancak hekimlerin yalnızca %23'ü bu bakanlığa bağlıydı. Hastane yataklarının ise üçte biri bakanlığa işletiliyordu. Kalanlar özel sektöre ya da diğer kamu kurumlarına aitti (Belek, 2002).

#### 3.2. Devrimden Günümüze Küba'da Sağlık Sisteminin Gelişimi

Yukarıda belirtildiği gibi 1959 Küba devrimi heterojen bir sağlık sektörü devralmıştır. Bir taraftan Havana'daki ülkenin tek tıp okulunda bugün bile yapılmayan çok kompleks plastik cerrahi ameliyatları yapılırken, aynı dönemde anne ve bebek ölümlülüğü açısından Küba Latin Amerika ülkeleri arasında ikinci sırada yer alıyordu. Bu duruma ek olarak 6300 doktorun 3000 kadarı ABD propagandasının etkisiyle adayı terk etmişti (Cooper, 2006; Warman, 2001).

Devrimden sonraki sağlık sisteminin gelişimini incelemeyen önce toplumsal ve ekonomik yapıdaki değişiklikleri belirtmek, sağlık sistemindeki başarıların bütünü bir parçası olduğunu göstermek açısından gereklidir.

Küba'nın 1959 devriminden sonra sağlık göstergelerindeki ilerlemeler sosyal ve ekonomik değişikliklere atfedilmelidir. Küba halkına, kendilerine ait ev, düzenli gelir, daha iyi beslenme, daha iyi eğitim ve yaşam koşullarındaki diğer gelişmeler gibi sağlık için gerekli her şey sağlanmıştır. İnsanların yaşam koşulları ve sağlık durumlarını iyileştirmek için gerekli ön koşullar adım adım ortaya konulmuş ve Küba'nın ekonomik ve sosyal yapısı büyük ölçüde yeniden yapılandırılmıştır (De Vos, 2005).

Devrimden sonraki ilk yıllarda, tamamen yabancıların ellerinde bulunan temel sanayi sektörleri, yabancı ticaret ve finans sektörlerinde olduğu gibi ulusallaştırılmıştır. Aynı zamanda toprak reformu uygulamaya konmuştur. Sovyetler Birliği'nin yardımıyla Küba ekonomik büyüme ve gelişmeyi sağlayabilmiştir. Ekonomik gelişmenin meyveleri, sosyal kalkınma, özellikle barınma, ücretler ve beslenmenin geliştirilmesi gibi alanlarda geri dönmüştür. Elektrik ve güvenli içme suyu en uzak yerlerde bile herkes için sağlanmıştır. Daha önce tüm ülkede baskın olan insanlık dışı çalışma koşulları büyük ölçüde iyileştirilmiştir (De Vos, 2005).

Devrimden sonra, hükümet bütün ülkede yoğun eğitim kampanyaları başlatmıştır. Tüm özel okullar ulusallaştırılmış ve eğitim ücretsiz ve yaygın hale getirilmiştir. 1961'de bütün okullar geçici olarak kapatılmış ve yaklaşık 100 000 öğrenci ve öğretmen kırsal bölgelere okuma yazma öğretmek üzere gönderilmiştir. Bu erken eğitim çabalarını her yetişkini altıncı sınıfa kadar eğitim almaları konusunda ikna etme programları izlemiştir. Bugün ise eğitim 12. sınıfa kadar zorunludur. Geçmişte ihmal edilmiş olan kırsal bölgelere okul inşa etmeye çalışılmıştır. Bu okullarda, tarımsal çalışma eğitim çalışmaları ile kombine edilmiş ve her çocuğa bir yükseköğretim önermeyi finansal olarak mümkün hale getirmiştir. Öğrenciler zamanlarını aktivitelerini iki vardiyada kullanabilecek şekilde sınıf ve tarla arasında bölmekteydiler. Tüm öğrenciler için ücretsiz olarak oda ve pansiyon temin edilmekte ve okul kitapları hükümet tarafından ücretsiz temin edilmektedir (Spiegel, 2004).

Fidel Castro devrimden hemen sonra yeni hükümetin iki büyük önceliğini, eğitime evrensel ulaşım ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sisteminin oluşturulması olarak açıklamıştı. Bu kapsamda 1960 yılında Çalışma Bakanlığı kurulmuş ve tüm sosyal sigorta programları bu bakanlık altında birleştirilmiştir. 1961 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkezi düzeyde yeniden organize edilerek adı Halk Sağlığı Bakanlığı olarak değiştirilmiştir. Bütün hastane ve tıbbi kuruluşlar Halk Sağlığı Bakanlığı'na bağlanmıştır. Aynı yıl bütün mezun hekimlere kırsal kesimde iki yıl zorunlu çalışma getiren yasa kabul edilmiştir. Bu yasa halen geçerliliğini korumaktadır. (Cooper, 2006; Belek, 2002).

Geçişin erken evreleri sanitasyon ve bağışıklama gibi temel halk sağlığı gelişmelerine ayrılmıştır ve sağlık hizmeti kırsal bölgelere kadar genişletilmiştir. Bir bölgesel poliklinikler ve hastaneler sistemi sürekli yenilenerek, 1980 yılında sistemin tümü birinci basamak hizmetlere doğru politika değiştirmiştir (Cooper, 2006).

Kadın hakları ve refahına büyük önem verilmiştir. 1960'ların başlarında her kadın tam ücretle 12 haftalık doğum ve annelik iznine sahipti. 1974'te bu hak altı hafta doğumdan önce 12 hafta doğumdan sonra olmak üzere 18 haftaya çıkmıştır. 1991'den beri kadınlar ücretlerinin %60'ını alarak doğumdan sonra altı aya kadar izinlerini uzatabilmektedirler (De Vos, 2005).

Devrim sonrasında kaynakların daha etkin kullanımı için kentsel merkezlerde yoğunlaşmış olan küçük hastaneler kapatılmıştır. Kurumların dağılımı nüfus ve gereksinimler dikkate alınarak yapılmıştır. Devrimi izleyen ilk on yıl içinde yarısı daha önce hiçbir polikliniğe sahip olmayan kırsal bölgelerde 236 yeni poliklinik açılmıştır. 1964 yılında hasta başvurularının %32'si polikliniklere yapılmış iken bu oran 1969'da %65'e ulaşmıştır. Bu gelişme sağlık hizmeti kullanımını da olumlu yönde etkilemiştir. Kişi başına yıllık hekime başvuru sayısı 1963'te 2.01'den, 1969'da 4.06'ya yükselmiştir. Yükselişin en fazla olduğu bölgeler ise kırsal kesimdir (Belek, 2002).

1980'lerin ortasına kadar sağlık sisteminde birinci basamak sağlık hizmeti sunan tek kurum polikliniklerdi. Bu yıllarda 169 belediyenin 423 polikliniği vardı. Nüfus yoğunluğunun düşük olduğu kırsal bölgelerde ise sağlık merkezleri açılmıştı. Buralarda bir genel pratisyen ve hemşire çalışıyordu. Hastalar buradan en yakın polikliniğe sevk ediliyordu. Ayrıca büyük kentlerin kenar bölgelerinde de daha küçük sağlık merkezleri açılmıştı (Belek, 2002).

1989 yılında ülkede 263 hastane, 420 poliklinik, 229 kırsal ve kentsel sağlık merkezi ve iki ulusal araştırma enstitüsü bulunuyordu. Küba bu dönemde modern üçüncü basamak sağlık kurumlarına, genetik araştırma programlarına, altı kalp hastalıkları merkezine, bir oftalmoloji hastanesine sahipti (Belek, 2002). Bugün ise Tablo 1'de de görüldüğü gibi ülkede 248 hastane, 470 poliklinik, 165 dış kliniği bulunmaktadır. 21 tıp fakültesi, 838 tıbbi bilimler bilgi merkezi bulunmaktadır (Küba

**Tablo 1. Küba'da sağlık kurumlarının sayısı, 2005**

Sağlık kurumu	Sayı
Hastane	248
Poliklinik	470
Dış kliniği	165
Tıp Fakültesi	21
Tıbbi Bilimler Bilgi Merkezi	838

Kaynak: Küba Sağlık Bakanlığı verileri

**Sağlık Bakanlığı, 2005**). Bunlara ek olarak 276 doğum evi, 318 yaşlı bakım evi bulunmaktadır ([www.cubagov.cu/ingles/mapa.htm](http://www.cubagov.cu/ingles/mapa.htm)).

Devrimden önce tamamen özel sektörün elinde olan ilaç üretim ve dağıtımını adım adım ulusallaştırılmıştır. Devrimden hemen sonra devrim hükümetinin koymuş olduğu standartları yerine getirebilen 14 ilaç şirketi ulusallaştırılarak Endüstri Bakanlığı'na bağlanmıştır. Standart kriterlerine uymayan, verimli olmadığı düşünülen şirketler ise kapatılmıştır. Geriye kalan 250 şirket ise 1965 yılında ulusallaştırma tamamlanincaya kadar çalışmaya devam etmiştir (Belek, 2002).

Küba'nın sağlık harcamalarına bakıldığında, yıllar içinde büyük artış olduğu görülmektedir. Bu gelişme sağlığa verilen öncelikli ilişkilidir. 1958'de Sağlık Bakanlığı'nın işletme harcamaları 22.7 milyon peso iken, 1968'de 210.6 milyon pesoya, sabit harcamalar da eklenince, 220.7 milyon pesoya yükselmiştir. Böylece kişi başı kamu sağlık harcaması 1958'de 3.5 pesodan 1968'de 27.3, 1986'da 85.9 pesoya çıkmıştır. Bugün Küba'da kişi başı sağlık harcaması 230.64 peso'dur (Belek, 2002; Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005).

1994 yılında sağlık harcamalarının toplamı 1166 milyon pesoyu bulmuştur ve bu miktar 1989'a göre %17 daha yüksektir. Artışın ekonomik kriz ve ABD ambargosu ortamında gerçekleşmiş olması ayrıca önemlidir. Ulusal gelirin 1983 yılında %15'i, 1994 yılında %7.8'i, 1996-98 döneminde ise %6.7'si sağlık harcamalarına gidiyordu. Toplam kamu harcamalarının da %14.6'sı sağlık harcaması biçiminde gerçekleşiyordu. Sağlık harcamalarının %60'ı ücretlere tahsis ediliyordu. 1990'larda ilaç için yılda 141 milyon peso harcanmaktaydı. 1990-94 arasında hastanecilik harcamaları azalmış, birinci basamak harcamaları artmıştır. 1994'te toplam cari sağlık harcamalarının %36.1'i birinci basamağa, %45.2'si hastanecilik hizmetlerine yapılmıştır. Aynı oranların 1990'da %32.4 ve %52.7 olduğu bilinmektedir (Belek, 2002).

### 3.3. ABD Ambargosu ve Sağlık Etkileri

Devrimden sonra ABD Küba yönetimini sıkıştırmak için 1961 yılında ülkeye ambargo uygulamaya başlamıştır. Küba ekonomisine sübvansiyonlarıyla büyük katkıda bulunan sosyalist bloğun çözülmesinden sonra 1990'ların ilk yarısında ABD'de çıkarılan yasalarla birlikte

ambargonun şartları daha da ağırlaştırılmıştır. Bugünse ambargo bütün ağırlığıyla etkisini sürdürmektedir. Son olarak Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda rekor kabul oyuyla onaylanan Küba'daki ambargo karşıtı bildirgeye rağmen ABD'nin bu uygulamadan vazgeçmeye niyetinin olmadığı anlaşılmıştır (Barry, 2000; Prensa Latina, 2006)

ABD ambargosunun Küba ekonomisi üzerine olumsuz etkileri her zaman olmasına rağmen ambargonun sağlık sistemine olan etkileri eski Sovyetler Birliği, sosyalist blok ülkeleri ve Batı Avrupa'nın sübvansiyonları ile dengelenmiştir. 1980'lerin sonlarında sosyalist bloğun çöküşü ile birlikte ABD ambargosu Küba sağlık sistemi açısından çok büyük bir tehdit oluşturmaya başlamıştır. Küba artık ilaç üretmek için ihtiyaç duyduğu hammaddeyi doğu bloğundan alamamaya başlamıştır. İlaç ve tıbbi malzemeleri Batı Avrupa'dan almak için de yeterli parası yoktur. 1992'de ABD'de çıkarılan Küba Demokrasi Yasası (Toricelli Yasası) ile ambargo koşulları daha da ağırlaştırılmıştır. Bu yasa dünya üzerinde gıdaya ve tıbbi malzemelere ulaşım ticari sınırlamalar getiren birkaç yaptırımdan biridir (Barry, 2000).

ABD ilaç ve biyomedikal şirketlerinin Avrupa şirketleri ile birleşmesi sonucu Kübalı hekimler daha öncesinde ulaşabildikleri çok kritik olan ilaçların, tanı araçlarının, aşıların ve tıbbi makinelerin yokluğu ile mücadele etmek zorunda kalmışlardır. 1975'ten beri dünyada dağıtılan her yeni patentli ilacın yaklaşık %50'si ABD ilaç şirketleri tarafından üretilmektedir. 1996 Helms-Burton Yasası ile ABD'li olmayan şirketleri ABD mahkemelerinde yargılamakla tehdit ederek, sağlık sektöründeki yabancı yatırımcılarla Küba'nın zaten sınırlandırılmış olan ticaretinin önüne geçilmiş oldu (Barry, 2000).

Ambargo sürecinde dört faktör ambargonun insan hayatı üzerine etkilerini şiddetlendirmiştir. Bu dört faktör ABD Kongresinin 1992'deki Küba Demokrasi Yasası'nın gerekçeleri anlaşılamayan şartlarından köken almaktadır:

1. Sübvansiyon edilmiş ticarete yasak: 1992'de başlayan Küba Demokrasi Hareketi Küba ile sübvansiyon edilmiş ticaret yapma yasağı getirmiştir. Bu yasak Küba'nın üçüncü ülkelerden ilaç ve tıbbi malzeme ithalatını sınırlandırmaktadır. ABD ve Avrupa ilaç şirketlerinin karşılıklı hisse senedi almaları veya birleşmeleri sonucu Küba ile iş yapmasına izin verilen şirketlerin sayısı azalmıştır.

2. Küba Demokrasi Hareketi altında lisanslandırma: ABD Hazine Ve Dış Ticaret Müdürlüğü görünürde ambargonun sağlık hizmetlerine olan etkisini hafifletmek için prensip olarak insani amaçlarla kullanıldığının çeşitli lisanslarla ispatlanmasıyla kaydıyla ilaç ve tıbbi malzemelerin bireysel satışlarına izin vermiştir. 1992'den beri onaylanan bu çeşit lisansların sayısı çok azdır. "ABD'nin dış politikalarına zarar verebileceği" gerekçesiyle tıbbi malzeme ve ilaçlar için çok sayıda lisans reddedilmiştir.

3. 1992'den beri gemi ile taşımacılık: Ambargo, gemilere Küba'ya kargo bıraktıktan sonra 180 günlüğüne

ABD limanlarına giriş çıkışı yasaklamıştır. Bu şart, gemilerle Küba'ya tıbbi malzeme bırakılmasının önüne geçmiştir. Sonuç olarak gemiyle taşımacılık maliyetleri çok fazla artmıştır ve Küba'ya giren gıda, ilaç, tıbbi malzeme ve ayrıca ambulans için gerekli benzin miktarını oldukça azaltmıştır. 1993'ten 1996'ya Küba Asya, Avrupa ve Güney Amerika'dan gemi taşımacılığı ile yaptığı tıbbi malzeme ithalatı için 8.7 milyon dolarlık ek harcama yapmıştır.

4. İnsani yardım: İlaç, tıbbi malzeme ve gıda yardımları Küba için yetersiz bir alternatif olmuştur. ABD'deki hükümet dışı organizasyonların ve uluslararası ajansların başlıca ambargonun Küba halk sağlığı sistemi üzerindeki ağır etkilerini kompanse edememiştir. Zaten lisansların reddi ve diğer sınırlandırmalar ABD'den hayırseverlerin yardımlarının önünü kesmiştir (AAWHR, 1997).

Adadaki halk sağlığı felaketleri doğrudan ambargo ile bağdaştırılabilir. 1992 ve 1993 yıllarında 50 000'den fazla periferik ve optik nöropati vakası meydana gelmiştir. Bu epidemiy besin kısıtlılıkları ve tütün kullanımı nedeniyle azalmış olan besin alımına atfedilmektedir. Ayrıca kasıtsız olarak killi su içen yürüme çağındaki çocuklarda gelişen özofajial stenoz epidemisinin Kübalıların sabun kısıtlılığı nedeniyle sabun yerine kil kullanmak zorunda kalmalarına bağlı geliştiğine inanılmaktadır. 1994'te Havana'da meydana gelen Guillan-Barre sendromuna, su arıtımı için gerekli olan klorlama kimyasallarının olmaması nedeniyle, Campylobakter türleri ile kontamine olan sular neden olmuştur. İnsülin, diğer ilaçlar ve aşıların ciddi yoklukları olumsuz etkilerini özellikle çocuk sağlığı üzerinde göstermiştir (Barry, 2000).

Ambargo birçok kapıyı öylesine kapatmıştır ki kimi zaman Kübalı hekimler için hayat kurtarıcı ilaçları alacak kaynak bulmak imkansız hale gelmiştir. Ve hastaları göz göre ölmüşlerdir (AAWHR, 1997).

Krizlere genel cevabın bir parçası olarak, Küba hükümeti bir seri reform başlatmıştır. Bunlar uluslararası turizmin genişlemesini ve küçük girişimleri içeriyordu ki bunlar Küba ekonomisi için 1989'dan önce marjinaldi. 1993'te dolar kullanımı Kübalıların yurtdışında yaşayan akraba ve arkadaşlarından para almalarını sağlama gereksinimi nedeniyle serbest bırakıldı. Aynı yıl aile restoranı işletme gibi küçük aktiviteleri içeren kişisel girişimler de yasal hale getirilmiştir. Birçok devlet çiftliği tarımsal kooperatiflere dönüştürülmüştür. Krizle mücadele için uygulanan yasaların bir parçası olarak, Küba uluslararası ziyaretçilere para karşılığı sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır (Nayeri, 2005).

Bu reformlar sonraki ekonomik yatırımlara katkıda bulunurken, aynı zamanda ekonomik eşitsizlikte artışla sonuçlanmıştır, buna rağmen Küba'da ücret çizelgesi diğer ülkelerle kıyaslandığında oldukça eşitlikçi kalmıştır (Nayeri, 2005).

Dünya Bankası komisyonunun ülkedeki sosyal hizmetleri gözden geçirdiği bir raporda bu dönem için



reformlara rağmen bankanın önerdiklerinin tam tersi olan genel özellikler açıklanmıştır:

1. Kamu sektörü baskındır ve sağlık hükümet için önceliklidir.
2. Küba'nın sosyal politik ilkeleri 1960'tan beri değişmemiştir.
3. Hükümet sağlığa GSYİH'nın geniş bir kısmını harcamaktadır ve bu harcama 1990'ların ortasında yaşanan derin kriz döneminde bile yüksek kalmaya devam etmiştir.
4. Küba'nın toplumu hareket ettirmede kayda değer bir kapasitesi vardır ve toplum katılımı mekanizmaları geliştirilmiştir (De Vos, 2006).

### 3.4. Küba'da Sağlık Örgütlenmesi

#### 3.4.1. Sağlık Sisteminin Örgütlenme İlkeleri:

1983 yılında kabul edilen Halk Sağlığı Yasası ile halkın sağlığını korumak açısından devletin görevleri yeniden tanımlanmıştır. Küba Halk Sağlığı yasasında ulusal sağlık sisteminin ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir:

- a) Hükümet tarafından organize edilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri,
- b) Bütün nüfusun ulaşabileceği ve parasız, evrensel nitelikli sağlık hizmeti,
- c) Koruyucu hizmetlerin sistemin merkezinde bulunması,
- d) Tıbbi bilimsel ve teknik gelişmelerin güncel olarak uygulanması,
- e) Sağlık hizmetine toplum katılımı,
- f) Uluslararası işbirliği,
- d) Sistemin planlı gelişimine kapsamlı yaklaşım (Belek, 2002).

#### Küba sağlık sistemi üç bakımdan kapsayıcıdır:

1. Amaç ve İçerik Açısından Kapsayıcılık: Bireylerin organik gereksinimlerinin ötesinde sosyal ve psikolojik gereksinimleriyle de ilgilenmeyi ve tedaviye ek olarak koruma ve rehabilitasyon hizmetlerinin de sunulmasını içermektedir.
2. Nüfus Açısından Kapsayıcılık: Bütün nüfusa sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu eşitlikçi sosyalist ideolojinin gereğidir.
3. Organizasyon ve Uzmanlaşma Derecesi Açısından Kapsayıcılık: Küba'da sağlık hizmetleri üç amaç üzerinden organize edilmiştir. Bu amaçlar:

- a) Planlamanın merkezileştirilmesi, yönetimin desantralizasyonu
- b) Sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına toplum kuruluşlarının katılımı
- c) Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütün olarak entegrasyonudur (Belek, 2002).

Bugün Küba Anayasasına göre sağlık bakımı vatandaşlar için bir hak ve hükümet için sorumluluktur.

#### 3.4.2. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım:

1959 devriminden bu yana sosyal, politik ve eğitim sistemine ek olarak sağlık sistemi yeniden organize edilmiştir. Sağlık kurumlarına olan mesafeyi en aza indirmiş olan yeni sistem evrenselliğe ve ulaşılabilirliğe odaklanmıştır (Spiegl, 2004).

#### 3.4.3. Sağlık Finansmanı

Küba'da sağlık sistemi yalnızca devlet tarafından finanse edilir. Devlet kısıtlı olanaklarına rağmen koruyucu hekimlik hizmetleri, tanısal testleri ve hastanede yatan hastalar için de ilaçları ücretsiz sunmaktadır. Hastalar ayaktan reçete edilen ilaçlar, işitme, diş ve ortopedik protezler, tekerlekli sandalye, koltuk değnekleri vb malzemeler için cepten harcama yapmaktadır. Fakat cepten harcamalar çok düşük orandadır ve devlet tarafından sübvansede edilmektedir. Devlet düşük gelir gruplu hastalar için söz konusu malzemeleri ücretsiz sağlamakla yükümlüdür (Spiegl, 2004).

Küba'da bütün sağlık kurumları kamunundur. Personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak ücretlendirilmektedir (Belek, 2002).

Küba ABD ambargosuna rağmen sosyalizmin ilkelerinden vazgeçmemiş ve sağlık harcamalarına ayırdığı payı azaltmamıştır. Buna karşılık savunma harcamalarını düzenli bir biçimde azaltmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %90'ı genel bütçeden karşılanmaktadır (Belek, 2002).

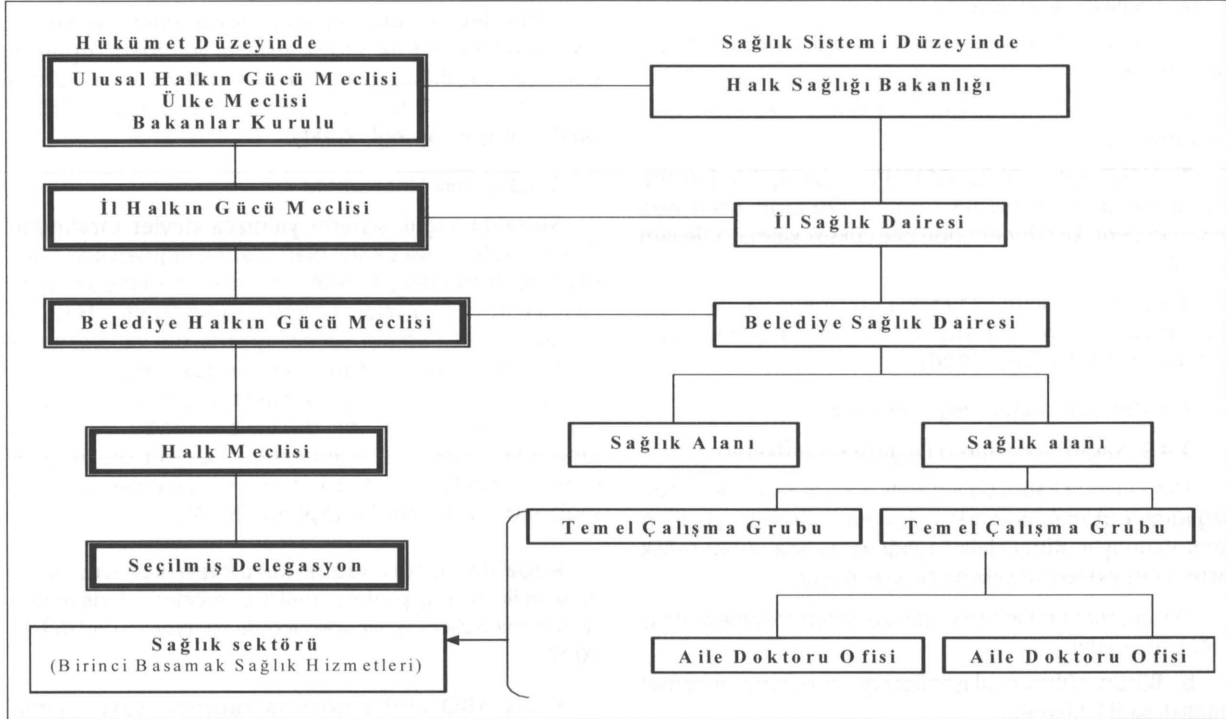
#### 3.4.4. Yönetimsel ve Örgütsel Yapı:

Küba ulusal sağlık sistemi bugün üç düzeyde organize edilmiş durumdadır: ulusal, il ve belediye düzeyinde. Bu yapı ülkenin yönetimsel örgütlenmesiyle de uyumludur. Ulusal, il ve belediye düzeyli meclislerde, sağlıkla ilgili sürekli komisyonlar bulunur. Ulusal sağlık komisyonu ayrıca spor ve çevreyle ilgili çalışmalar da yapar. Ulusal düzey Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından temsil edilir. İl düzeyi İl Sağlık Dairesi tarafından temsil edilir ve aynı düzeydeki hükümet örgütünün doğrudan yönetimsel ve finansal idaresi altındadır. Belediye düzeyinde Belediye Sağlık Daireleri vardır ve bunlar da Belediye Halkın Gücü Meclisi'nin yönetimsel ve finansal idaresi altındadır. Küba'da sağlık açısından 14 il, 169 belediye ve bunun da altında 308 sağlık alanı ile 2200 sağlık sektörü vardır (Belek, 2002; Spiegl, 2004).

Ulusal düzeyde sağlıkla ilgili üç önemli yapı bulunur: bakan ve devlete sağlık danışmanlığı yapan ulusal meclis, sağlık bakanlığı ve ulusal birimler. İl düzeyindeki yapı, Halkın Gücü İl Meclisi, İl Sağlık Dairesi ve il birimleri biçimindedir. Belediye düzeyindeki sağlık örgütlenmesi ise şu yapılardan oluşur: Halkın Gücü Belediye Meclisi, Belediye Sağlık Dairesi, belediye sağlık birimleri, sağlık alanı, sağlık sektörü (Spiegl, 2004) (Şekil).

Sağlık Bakanlığının bugünkü yapısında bir bakan, bakanın altında bir bakan danışmanı ve bir teknik

Şekil. Küba ulusal sağlık sistemi organizasyon şeması



Kaynak: Spiegel, Yassi A. 2004

danışman, altı bakan yardımcısı, 22 ulusal sağlık yöneticisi yer almaktadır ([www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/estructura.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estructura.html)).

Bugün Küba'da birinci basamak hizmetler *consultorio* adı verilen aile hekimliği kliniklerinde, ikinci basamak hizmetler *policlinicos* adı verilen uzmanlaşmış kliniklerde ve üçüncü basamak hizmetler de hastaneler ve enstitülerde verilmektedir. *Consultariolar* sağlık problemlerinin yaklaşık %80'ini çözebilmektedir. Hastalar *consultarionun* kapsamını aşan bir hizmete gereksinim olduğunda polikliniklere sevk edilmektedirler. Birçok aile hekimi haftada yarım gününü poliklinik vizitlerinde hastalarıyla birlikte geçirir. Böylece hastalar için süreklilik sağlanmakta ve aile hekimi ile uzman doktor arasında da meslektaş ilişkisi kurulmaktadır (Dresang, 2005).

Küba aynı zamanda *consultario*'ları, poliklinikleri, belediye, il ve ulusal düzeylerde uzmanlık hastanelerini programlı olarak birbirine bağlamıştır. Hepsi ulusal hastalık surveyanı ve kontrolü sistemine katkıda bulunmaktadır. Halk Sağlığı Bakanı yardımcısının ofisinde toplanan kayıtların bir kısmı *consultariolar*, poliklinikler ile belediye, il ve ulusal düzeydeki hijyen ve epidemiyoloji birimlerinden günlük olarak rapor edilmektedir (Spiegl, 2004).

### 3.4.5. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Aile Hekimliği Sistemi

Küba'da 1983 yılında yayımlanan bir yasayla aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Her mahalleye, okula ve fabrikaya bir aile hekimi verilmiştir. Aile hekimliği ekibi bir

mahalle veya küçük bir bölgedeki nüfusun sağlık hizmetlerini yönetmektedir. Her birine bir ev ve tıbbi donanımlı bir klinik verilen aile hekimleri yanlarında çalışan bir hemşire ile birlikte yaklaşık 120 aileye hizmet sunmaktadır. Düşük nüfus yoğunluklu kırsal alanlarda çalışan bazı hekimlerin sorumlu oldukları aile sayısı 75'e kadar düşebilmektedir. Aile hekimleri ve hemşireleri genellikle hizmet sundukları mahallelerde 3 katlı evlerde yaşamaktadırlar. Evin alt katı aile hekimi kliniği olarak, ikinci ve üçüncü katlar doktor ve hemşirenin ikamet ettiği yerler olarak kullanılmaktadır. Böylece aile hekimliği ekipleri toplumun bir parçası haline gelmekte ve acil durumlar için de hazır bulunmaktadır (Iatridis, 1990; Nayeri, 2005; Spiegl, 2004).

Aile hekimleri sabahlarını klinikte tedavi edici hizmetlere, öğleden sonralarını ise ev ziyaretlerine ayırırlar. Ev ziyaretleri ile primer korunma hedeflendiği gibi akut bakım ihtiyacı olan ve kronik hastalık nedeniyle rehabilitasyon gereksinimi olan hastalara da evlerinde hizmet götürülür. Aile hekimlerinin görevleri sağlık eğitimi, tanısal testler, doğum öncesi bakım, bağışıklama, beslenmenin izlenmesi, servikal yayma, mamografi hizmetlerini verme, hipertansiyon, tütün alışkanlığı ve stres ile mücadele ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarıdır. Bu organizasyonun hastaneler üzerindeki yükü azaltacağı ve bireylerin sağlık sorunlarının yaşadıkları alanda çözümleneceği düşünülmektedir. Bebekler, gebeler, yüksek riskli işçiler ve yaşlılar düzenli tıbbi muayeneden geçirilmektedir. Ayrıca yatağa bağlı hastaların bakımı için ev ziyaretleri gerçekleştirilmekte ve kronik hastalıklara özel önem verilmektedir. Hekimler ve hemşireler zamanlarının

önemli kısmını su sanitasyonu, beslenme, gebelik bakımı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmetlere ayırmaktadırlar (Dresang, 2005; Belek 2002).

Aile hekimliği ekipleri halkın obezite, stres, diyet, gebelik bakımı ve depresyon hakkında eğitimine özel bir önem verirler. Yerel liderlerle birlikte ve kitle örgütlerinin de yardımıyla eğitsel, çevresel ve koruyucu hizmetlere yönelik programlar sunmaktadırlar (örneğin sigara, stres, aile krizleri, öğrenmeyle ilişkili problemler ve fiziksel engeller gibi). Ekipler hastalıkların olmamasından çok ailenin ve bireyin iyilik haline ağırlık vermektedirler. Küba'daki anlayışa göre "iyilik hali" bireylerin sosyoekonomik durumunu da içermektedir (Iatridis, 1990).

Hastasını hastaneye sevk eden aile hekimi bölge dışındaki bir eyalet hastanesine ya da ulusal hastaneye sevk etmediği sürece onunla birlikte gitmek zorundadır. Aile hekiminin hastane uzmanlarıyla yapacağı temasların, ona hastasının yataklı bakımı konusunda sorumluluk vereceği, hastanın taburculuk sonrasındaki bakımının daha iyi yapılacağı, uzun süreli hekim hasta ilişkisi açısından olumlu sonuçlar sağlayacağı tahmin edilmektedir (Belek, 2002).

Her 15–20 aile hekimi kendileriyle çalışan hemşirelerle birlikte bir çalışma grubu oluşturmaktadır. Bu grubun sürekli eğitimi, probleme dayalı biçimde, en yakın poliklinik ya da kırsal hastanede çalışan iç hastalıkları, pediatri, doğum ve jinekoloji, psikiyatri uzmanlarından ve denetleyici bir hemşireden oluşan ekipçe gerçekleştirilmektedir (Belek, 2002).

Aile hekimlerinin akademik eğitimlerinin geliştirilmesi için Ulusal Halk Sağlığı Okulu içinde Ulusal Temel Sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği Bölümü kurulmuştur. Bölümün asıl amacı bu alandaki personele ulusal ve uluslararası ölçekte mezuniyet sonrası eğitim vermektir. Aile hekimleri dar alanlı topluluklarda sosyal değişimi sağlayacak aktörler olarak düşünülmektedir (Belek, 2002).

Aile hekimleri, birinci basamakta çalışan hemşireler, pediatristler, psikologlar, vb ile birlikte Küba Aile Hekimliği birliğinde örgütlenmişlerdir. Bu örgüt Küba'nın en genç birliğidir. 16 bin üyesi vardır ve hükümet dışı kuruluş statüsündedir (Belek, 2002).

1986'ların sonunda 2473 aile hekimi mahallelerde, okullarda, fabrikalarda ve diğer iş merkezlerinde çalışmaktaydı. 1985 yılına Fidel Castro'nun ifade ettiği gibi Küba Hükümeti bu sayıyı 2000 yılında tüm adada toplam 20 bin aile hekimine genişletmeyi hedefliyordu (Iatridis, 1990). Bu hedef gerçekleşmiştir. Bugün Küba'da toplam 33 769 aile hekimi bulunmaktadır (Küba Sağlık Bakanlığı verileri 2005).

### 3.4.6. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri: Poliklinikler

Belediye polikliniklerinin kurulmasına 1963 yılında başlanmıştır. Poliklinikler sağlık sisteminin temel birimi olarak tanımlanmış ve bireye ve çevreye yönelik bütün

sağlık hizmetlerinin sunumu ile görevlendirilmişlerdir (Belek, 2002).

İşyerleri, okullar, çocuk bakım merkezleri polikliniklerin hizmet alanı içindedirler. Polikliniklerin sunduğu hizmetler bugünkü aile hekimliği sisteminin alt yapısını da hazırlamıştır. Poliklinik hizmetleri toplum katılımını sağlayan kuruluşların çalışmalarıyla da desteklenmiştir. Sağlık alanları düzeyinde entegre hizmet üreten polikliniklerin temel görevleri: ana ve çocuk bakımı, yetişkin sağlığı, diş sağlığı, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, çevre sağlığı, besin kontrolü, okul sağlığı ve mesleki ve iş sağlığı hizmetleridir (Belek, 2002).

Polikliniklerde 30 bin kişilik bir nüfus için dört genel pratisyen, üç pediatrist, bir doğum uzmanı, bir jinekolog ve bir diş hekimi istihdam edilir. Polikliniklerde tam ve yarı süreli çalışan hekimler vardır. Yarı süreli çalışanlar bölge hastanesinden yarı süreli olarak gelirler. Ayrıca hastane hekimleri polikliniklere konsültasyon, sürekli eğitim ve araştırma danışmanlığı hizmetleri de sunarlar. Polikliniklerde hekim dışında, diş teknisyeni, hemşire, yardımcı hemşire, istatistik memuru, laboratuvar teknisyeni, yardımcı sanitasyon teknisyeni ve bir yardımcısı (bu bir toplum sağlığı çalışanıdır) çalışmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri bağışıklama, toplumun sağlık eğitimi, çocuk ve gebe kadınların izlenmesi gibi hizmetleri vermektedirler. Sosyal çalışmacının sorumluluğu sosyal ve rehabilitasyon hizmetlerinin kullanımında topluma yardımcı olmaktadır (Belek, 2002).

Küba'da bugün toplam 440 poliklinik bulunmaktadır. Bu polikliniklerin her biri 30–40 arası *consultariodan* sorumludur (Dresang, 2005).

### 3.4.7. Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri: Hastaneler

Hastanecilik hizmetleri de diğer sağlık hizmetleri gibi parasızdır. Hastane odaları genelde çok yataklıdır. Tek kişilik odalarda kalmak tamamen tıbbi gereksinimlerle ilişkilidir. Hastane çalışanlarının tümü tam gün çalışmaktadır (Belek, 2002).

1970'lerin başında hastane donanımı bakımından Küba'nın durumu, komşusu olan ve ekonomik sosyal koşullar bakımından kendisine benzediği Filipinler'den daha iyiydi. 1990'ların başında yaşanan ekonomik kriz nedeniyle özellikle ikinci ve üçüncü basamak hizmetler ve ithal edilen malzeme ile ilaçlarda sıkıntı yaşanmıştı. Bu dönemde birinci basamak hizmetlere kaynak aktarımı artırılırken, ikinci ve üçüncü basamaklara yapılan harcamalar azaltılmıştı. Buna rağmen, bu kısıtlar ekonomik yeniden yapılanma, tutarlı destekleyici halk politikası nedeniyle aşamalı olarak azaltılmıştır (Belek, 2002; Nayeri, 2005).

### 4. Sosyalist Sağlık Sisteminin Başarısının Altında Yatan Gerçek:

#### Toplum Katılımı

Küba'da geleneksel olarak planlama, yönetim, düzenleme ve denetleme çalışmaları merkezi ve yerel

hükümet organlarının görevi iken, politika ve karar oluşturma gücü Komünist Parti ile kitle örgütlerinin elindedir (Belek, 2002).

Küba eski sağlık bakanı Dr. Josepha Fernandez'e göre 2000'lerin ilk dekatında halk sağlığı önceliklerinden biri sağlık sistemini birinci basamak hizmetlere yönelmek ve bu doğrultuda toplumsal örgütlere katılım ile toplum katılımını geliştirmektir. Dr. Fernandez toplum katılımı olmadan sağlık sistemini geliştirmenin mümkün olmadığını belirtmiştir (Grene, 2003).

Küba'da çeşitli toplum katılımı yöntemleri vardır. Bunlardan biri Devrimci Savunma Komiteleridir (CDR). Bu, belirli bir toplumda yerleşik olan bir aileden oluşan bir gruptur ve yaklaşık 30 başka ailenin bilgilendirilmesi ve eğitiminden sorumludur. Bu grup yönetimin toplumu yönetmek için ihtiyaç duyduğunu düşündüğü herhangi bir bilgiyi almakla kalmayıp aynı zamanda görevlerini başarıyla tamamlamak için kendi kendilerini öğrenci gibi eğitmektedirler. Toplumun sağlık hizmetine aktif olarak katılımını teşvik eden bir diğer yöntem her yılın sonunda aile hekimliği ekibi ile birlikte yapılan sağlık durum analizleridir. Bu etkinliğin amacı toplumun yerel sağlık sorunlarını aydınlatmak, çözüm için öncelikleri ve sağlık stratejilerini belirlemektir. Aile doktoru toplumun resmi veya resmi olmayan liderleri ile buluşur. Bu buluşma toplumda konuyla ilgili çeşitli örgütleri temsil eden yaklaşık 30- 40 kişi ile olmaktadır. Buluşmalar sağlığı ilerletme ve sağlık problemlerini çözmede toplumun kendi rolünün farkına varmasında etkili bir stratejidir (Grene, 2003).

Sağlığı ilerletme kampanyalarına katılan bir diğer toplum örgütü Kübalı Kadınlar Federasyonu'dur (FDC). Bu organizasyon kadınların servikal kanser taraması için yapılan pap smear kampanyalarına yüksek bir uyum göstermelerini sağlamıştır. Bu kampanyalarda birçok bölgede %100 uyum hızları olduğu iddia edilmektedir (Grene, 2003).

Sağlık yönetiminin Sağlık Eğitimi İnisiyatifleri, Küba'nın sağlık politikalarını uygulamada toplumsal duyarlılığa sahiptir. Bu inisiyatifler; politik liderler, yazarlar ve toplumun geneli ve ayrıca çocuklar ve adölesanlar gibi spesifik gruplar için halk sağlığı sorunları hakkında eğitim programları düzenlemektedirler (Grene, 2003).

Kırsal kesimdeki sağlık programlarının yürütülmesinde de devrimin ilk yıllarından beri toplum katılımının önemli desteği olmuştur. Örneğin çocuk felci bağışıklama programı için kitle örgütleri haftalarca evleri ziyaret etmişler, programı halka açıklamışlar, bireysel sorunların çözümü için uğraşmışlar, aşılanacak çocukları saptayarak listelemişlerdir (Belek, 2002).

Aile hekimliği sistemi açısından da toplum katılımı önemli bir boyut olarak ortaya çıkmıştır. Bu sistemde her bir mahallede yaşayanlar kendi sağlık bakımlarını kendileri yönetmektedir. Blok birlikleri, kitle örgütleri, seçilmiş yerel

komiteler ve sağlık bakanlığı ile işbirliği yaparak, polikliniklerin yönetimine ve sağlık hizmetlerinin denetlenmesine katılmaktadırlar. Kitle örgütlerinin bölge temsilcileri o alanda yaşadıkları için sorunları bilirler. Kitle örgütleri kendi içlerinden belediye ve ulusal düzeyli organlara katılacak temsilcilerini seçerek, Sağlık Bakanlığı ile birlikte amaç ve öncelikleri belirlemektedirler. Kitle örgütleri bağışıklama kampanyalarına katılmak, gebelerin düzenli izlenip izlenmediğini denetlemek gibi işlerle doğrudan sağlık hizmeti uygulamalarına katkıda bulunmaktadırlar. Kübalıların çoğu dört ya da beş kitle örgütünün yerel biriminde çalışmaktadır. Yerel sağlık örgütü, kitle örgütlerinin yerel birimleri ve toplum arasındaki bu ilişki ailelerin sosyal sorunlarının çözümüne de yardımcı olmaktadır (Belek, 2002).

### 5. Tıp Eğitimi

#### Tıp eğitiminin üzerine oturduğu 11 ilke vardır:

- 1- Marksizm- Leninizm öğretimi,
- 2- Dogmatizm ve pragmatizmden kaçınan bilimsel düşüncenin geliştirilmesi,
- 3- Teori ve pratik arasında açıklığın giderilmesi,
- 4- Temel bilimlerin kliniğe entegrasyonu,
- 5- Sağlık ve hastalıkta psikolojik faktörlerin yeniden organize edilmesi,
- 6- Tıbbın insancıl ve sosyal bir kavram olarak ele alınması,
- 7- Tıp eğitimine üretken el emeğinin sokulması,
- 8- Sosyalist ekip çalışması ve burjuva bireyseliğinin ortadan kaldırılması,
- 9- Tıp eğitiminin bir parçası olarak genel kültür eğitimi.
- 10- Sağlığın korunmasına vurgu,
- 11- Ulusal sağlık hizmetlerinin yönetim yapısına uyum (Roemer, 1991).

Küba'da tıp eğitimi tamamen parasızdır. Eğitim süresi on yıldır ve bunun ilk altı yılında mezuniyet öncesi eğitim verilmektedir. Bunun üzerine dört yıllık kapsayıcı Genel Tıp Uzmanlığı eğitimi verilmektedir. Hekimlerin %97'si on yıllık eğitimi tamamlayarak temel genel hekim ya da aile hekimi olurlar. Kalan %3'ü ise mezuniyet sonrası eğitimlerini tamamladıktan sonra başka uzmanlık programlarına geçerler. Bugünkü zorunlu hizmet uygulamasına göre hekimler mezun olduktan sonra iki yıl süreyle ya kırsal kesimde ya da dünyanın gelişmemiş bir bölgesinde çalışmak zorundadırlar (Belek, 2002).

Tıp eğitimi programı, sağlığı sosyobiyojik bir disiplin olarak ele alır, toplum temellidir ve aktif eğitim yöntemlerini kullanır. Altı yıllık tıp eğitimi programının ilk üç yarım yılı temel bilimler dönemi, sonraki iki yarım yıl temel klinik dönemdir. Kalan 7 yarım yıl ise klinik dönemdir. Küba'da tıp eğitiminin temel amacı pratiğe dayalı eğitim vermektir. Birinci basamak altı yıl boyunca bütün stajların içine sokulur. Öğrencilerin birinci basamakla teması eğitimlerinin ilk yılında başlar. Birinci sınıfın ilk beş haftasında haftanın üç günü Küba sağlık sistemi konulu



dersler görülür ve öğrencinin sistemi tanınması sağlanır. Teorik dersler yarım gündür ve Toplum ve Sağlık kursu ile başlatılır. Bu kursta öğrencilere sağlığın sosyal boyutu öğretilir. Kurs ayrıca epidemiyoloji, sosyal psikiyatri, demografi, biyoistatistik, sağlık yönetimi becerileri edindirmeyi de hedefler ve öğrenci bu dönemde bir aile hekimi ile birlikte çalışır. Öğleden sonraları aile hekimlerinin muayenehanelerinde geçirilir. Aile hekimlerinin yanındaki çalışmalar üçer öğrenciden oluşan gruplar ve bir hekim ile bir hemşireden oluşan profesyonellerin danışmanlığında yürütülür. Bu çalışmalarda öğrenciler kan alıp- verme, ateş ve tansiyon ölçme gibi pratik deneyimler kazanır. Öğrenciler aile hekimlerinin düzenli olarak yürüttüğü sağlık taramalarına ve diğer koruyucu sağlık çalışmalarına katılırlar. Küba Sağlık Bakanlığı'na göre aile hekimliği klinikleri ve poliklinikler küçük tıp fakülteleridir. Aile hekimlerine, tıp eğitiminin gerektirdiği eğitici nosyonu kazandırmak amacıyla kapsayıcı genel tıp uzmanlık programı içine eğitim bilim programları eklenmiştir. Tıp eğitimi dokuz haftalık bir aile hekimliği rotasyonu ile biter (Belek, 2002).

Öğrenciler birinci basamaktaki araştırma programlarına da katılırlar. Araştırma programları öncelikli sağlık sorunlarına yöneliktir. Öğrenci birinci, dördüncü, beşinci ve altıncı yıllarında bu programlara doğrudan katılır. Bu programlar öğrenciye, her şeyin birinci basamakla, toplum sağlığıyla, korumayla, hijyenle, epidemiyolojiyle, sosyal ve klinik psikiyatri ile ilişkili olduğu bilincini kendiliğinden kazandırır (Belek, 2002).

Küba'da hekim olmak ve tıp okumak toplumsal prestiji son derece yüksek bir durumdur. Öğrencilerin hiç birisinde gelecek kaygısı söz konusu değildir. Hangi bölümden mezun olunursa olunsun iş hazırdır (Belek, 2002).

#### 6. Küba Tıbbi Dünyanın Dört Bir Yanında

Küba uluslararası yardım başlığında insan kaynaklarına dayalı bir stratejiyi benimsemiştir. İlk olarak Afrika hedeflenmiştir, program şimdi 52 ülkeye hekimleri, hemşireleri, diş hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarını yerleştirmiştir. En önemli dönemler ırk ayrımcılığı sonrası (post-apartheid) dönemde Güney Afrika'ya doktorların gönderildiği, Çernobil kurbanlarına uzun dönemli hizmet sunulduğu ve Orta Afrika'ya Mitch kasırgasından sonra afet yardımı gönderildiği dönemler olmuştur (Cooper, 2006).

Program kapsamında ilk defa 1962'de 56 Kübalı doktor yeni bağımsızlığını kazanan Cezayir'e çalışmaya gitmiştir. Bu tarihten sonra güney ülkeleri ile işbirliği devam etmiştir. Öncelikli yerler doğal felaketler ya da savaşların yaşandığı Suriye, Angola, Etiyopya ve Vietnam gibi yerler olmuştur. Havana dışındaki Ciudad de Piñeros Tarara'da, 1990'dan beri Çernobil felaketinden sonra radyasyona maruz kalmış çocukların tedavisi halen sürdürülmektedir. Küba dünyada bu çocuklara tedavi hizmeti veren en büyük ülkedir, 19 binden fazla çocuk bu program başladığından beri tedavi edilmiştir. Ukrayna'da bulunan Kübalı doktorlar

tedaviden en çok yarar sağlayacak çocukları seçmektedirler. Ancak ABD ambargosu nedeniyle sınırlı sayıda çocuğa tedavi hizmeti verilebilmektedir. Ambargo nedeniyle lösemi ve lenfoma tedavisinde kullanılan ilaçları getirmek Küba için zor ve pahalı olmaktadır (Pol De Vos, 2005).

Diğer önemli bir girişim de 1999 yılında Havana'da açılan Latin Amerika Tıbbi Bilimler Okulu'dur. Okulun Latin Amerika ve Afrika'dan çok fakir durumdaki çiftçi ve yerli halkın çocuklarından oluşan 5000 öğrencisi bulunmaktadır. Latin Amerika Tıp Okulu'nun öğrencileri eğitimlerinin ilk iki yılını Havana'ya yakın uluslararası bir okulda yaptıktan sonra ülkenin 14 bölgesinde bulunan ulusal tıp fakültelerinde çalışmaktadırlar. Okulu bitirdikten sonra bu gençler ülkelerine geri dönerek doktor yetersizliği olan bölgelere gitmektedirler ya da geçici olarak bulunan Kübalı doktorlarla yer değiştirmektedirler (Pol De Vos, 2005).

#### 7. TOPLUMSAL SAĞLIK GÖSTERGELERİ

##### 7.1. Yaşam Umudu

Küba'da doğuştan beklenen yaşam süresi 1950-55 döneminde 58.8 yıl iken, 1993'e gelindiğinde bu süre 76 yıla yükselmiştir. Bugün yaşam umudu erkekler için 75, kadınlar için 80 yıldır (Belek, 2002; World Health Report 1995; 2006).

##### 7.2. Demografik Özellikler

Küba'nın 2005 yılı nüfusu 11 257 105'dir. Nüfus yoğunluğu 101.5 kişi/km<sup>2</sup>'dir. Nüfusun %75.8'i (2004) kentsel alanda yaşamaktadır (Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005).

Küba'da okuryazarlık oranı %96.2'dir. Bu dünyadaki en yüksek okuryazarlık oranıdır. Nüfusun eğitim düzeyi ortalaması dokuzuncu sınıftır (Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005).

##### 7.3. Doğurganlık Ölçütleri

Küba doğum hızı binde 10.7, genel doğurganlık hızı binde 39.9'dur. 2005 yılında toplam canlı doğum sayısı 120 716'dır. Doğumların %99.9'u hastanede gerçekleşmiştir. Çocuk/kadın oranı (global doğurganlık hızı) 1.46'dır (Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005).

##### 7.4. Ölümlülük Ölçütleri

Küba'nın 2005 yılı Kaba Ölüm Hızı binde 7.5'tir. Aynı yıl için toplam ölüm sayısı 84 823'tür (Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005). Devrimden sonra Küba'da bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasıyla birlikte kalp hastalıkları, kanser ve felç gibi yüksek gelirli ülkelerde daha sık görülen kronik nitelikli sağlık sorunları ön plana çıkmıştır. Diğer yandan ABD ambargosu bu sağlık sorunlarının sıklaşmasına neden olmuştur. Çünkü ambargonun etkisiyle Küba ekonomisi önemli oranda tütün ve şeker üretimine bağımlı hale gelmiştir. Dolayısıyla bu ürünlerin toplumdaki tüketimi de artmıştır ancak

Tablo 2. Yaşa ve nedenlerine göre ölüm hızları (yüzbinde), 2005

Nedenler (ICD- 10)	Yaş Grubu					Toplam	
	0-4	5-14	15-39	40-64	65 ve üstü	Kaba	Düzeltilmiş
Dolaşım Sistemi hastalıkları (I00-I99)	4.4	1.0	9.9	178.5	2 267.6	306.0	188.2
Tümörler (C00-D48)	4.5	4.8	15.2	178.4	1 022.7	172.7	116.4
Kazalar ve Zehirlenmeler (V01-Y89)	11.9	10.0	40.2	50.5	253.6	61.0	45.4
Bulaşıcı Hastalıklar (A00-B99, G00-G03, J00-J22)	26.1	1.6	5.5	28.7	560.9	73.9	44.4
Perinatal Döneme Bağlı Durumlar (P00- P96)	44.0	0.2	0.1	0.0	-	2.8	3.3
Diğer nedenler (D50-F99, G04-H95, J30-O99, Q00-R99)	49.7	5.6	18.7	103.9	864.5	137.1	91.0
Toplam	140.6	23.2	89.6	540.0	4 969.4	753.5	488.7

beslenme bilgilerindeki gelişmeler Kübalıların beslenme tercihlerini değiştirmiştir. Buna bağlı olarak bugün balıkçılık önde gelen sektörler arasına girmiştir. Tütün tüketiminin azaltılması için hükümet destekli kampanyalar düzenlenmiştir. Fidel Castro kamuya açık ortamlarda tütün kullanmayı bırakmıştır. Şeker, yağ tüketiminin ve günlük sedantariizmin azaltılması için kampanyalar düzenlenmiştir. Okullarda spor alışkanlığını yaygınlaştırmak için olanaklar artırılmıştır (Belek, 2002). Tablo 2’te Küba’da 2005 için yaşa ve nedenlerine (ICD-10’a göre sınıflandırılmış) göre ölüm hızları verilmiştir.

Küba, Dünya Sağlık Örgütü’nün Milenyum Gelişme Amaçları tarafından belirlenen önemli hedeflerini çok önce başarmıştı. Örneğin, 1990 ile 2015 arasında 5 yaş altı ölüm hızını 2/3 oranında azaltma hedefi Küba’da 2000 yılında başarmıştı ve 2003’te Amerika’da 36 ülke içinde ana ölüm hızı en düşük olan dokuzuncu ülkedir. 2005 yılı için Anne Ölüm Hızı yüzbin canlı doğumda 52.2’dir (Nayeri, 2005; Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005).

Tablo 3. Küba’da bebek ölüm hızının yıllara göre değişimi

Yıl	BÖH (binde)
1971	36.1
1981	18.5
1991	10.7
2001	6.2

Kaynak: WHO, Dünya Sağlık Raporları

Tablo 4. Küba’da bebek ve çocuk ölüm hızları, 2005

	Hız (binde)
Bebek Ölüm Hızı	6.2
- Erken Neonatal Ölüm Hızı	2.1
- Geç Neonatal Ölüm Hızı	1.3
- Postneonatal Ölüm Hızı	2.8
5 Yaş Altı Ölüm Hızı	8.0

Kaynak: Küba Sağlık Bakanlığı verileri

Küba’da bebek ölüm hızı yıllar içinde azalmıştır. Gelişmişliğin bir göstergesi olarak kabul edilen bebek ve çocuk ölüm hızları bugün Küba için merkez kapitalist ülkeler düzeyindedir (Tablo 3, 4).

### 7.5. Morbidite Göstergeleri

Küba’da devrimden sonra aşıyla korunulabilir hastalıklardaki gelişme çok hızlı gerçekleşmiştir. Difteri hastalık hızı bağışıklama kampanyasının başladığı 1962-63 yıllarında yüzbinde 90 iken 1970’ten beri yeni vakaya rastlanmamıştır. Yine aynı dönemde çocuk felci hastalığının vaka sayısı yılda 300 iken, 1962’de başlayan aşı kampanyası sonrası hiç yeni vaka bildirilmemiştir. Kızamık aşılama oranları 1985 yılına kadar %80’in üzerine çıkarılmamıştır. 1986 yılında 1-4 yaş arası 2.5 milyon çocuk kısa sürede aşılanarak, aşılama oranı %98’e çıkarılmıştır. 1989- 92 yılları arasında sadece 20 vakaya serolojik olarak kızamık tanısı konmuş, 1993 Haziran ayından beri hiç kızamık vakası saptanmamıştır (Belek, 2002).

Tablo 5’te bazı bulaşıcı hastalıkların 2007 yılı vaka sayıları ve görülme hızları görülmektedir.

Tablo 5. Bazı bulaşıcı hastalıkların vaka sayıları ve görülme hızları, 2005

Hastalık	Vaka sayısı	Hız (yüzbinde)
Suçiçeği	25 364	225.3
Akut Viral Hepatitler	23 292	206.9
Sifiliz	1 899	16.9
Tüberküloz	732	6.5
Tifoid ateş	4	0.0
Meningokokal menenjit	17	0.2

Kaynak: Küba Sağlık Bakanlığı verileri

### 7.6. Sağlık İnsangücü

Küba'da toplam sağlık personeli sayısı 447 023'tür. Bu sayının 70 594'ü hekim, 10 554'ü ise diş hekimidir. Hekim ve diş hekimi başına düşen nüfus sırasıyla 159 ve 1066'dır. Hekimlerin 33 769'u aile hekimi olarak çalışmaktadır. Aile hekiminden hizmet alan nüfus toplam nüfusun %99.4'üdür. 10 bin nüfusa düşen hemşire sayısı 79.5'tir. 25 022 hemşire üniversite mezunudur (Küba Sağlık Bakanlığı verileri, 2005).

### 7.7. Küba'nın Halk Sağlığındaki Başarı Göstergeleri (Cooper, 2006)

Polio'yu elimine eden ilk ülke – 1962  
Kızamığı elimine eden ilk ülke – 1996  
Amerika'da AIDS oranı en düşük olan ülke  
Amerika'da en efektif Dank Ateşi kontrol programı  
Kapsamlı sağlık hizmeti; 1 aile hekimine 120–160 aile  
Dünyada hipertansiyon tedavi ve kontrolünde yüksek oranlar  
Kardiyovasküler mortalite hızının %45 oranında düşürülmesi  
"Amerikalılar için kapsamlı sağlık planı" geliştirilmesi ve uygulanması  
Afrika ve Latin Amerika'dan öğrencilere ücretsiz tıp eğitimi  
52 yoksul ülkeye 34 000 sağlık profesyoneliyle destek  
Ulusal bir biyomedikal internet şebekesinin yaratılması (INFOMED)  
Yerli biyoteknoloji sektörü; ilk insan polisakkarid aşısı üretim aşamasında

### SONUÇ

Kişi başına düşen GSMH'sı 3649 dolar olan Küba bu haliyle yoksul bir ülkedir ([www.who.int/countries/cub/en/](http://www.who.int/countries/cub/en/)). Ancak gelir dağılımı dünya üzerinde en eşitlikçi olan ülkedir. Küba'nın bütün yoksulluk koşullarına ve Amerikan emperyalizminin dayattığı ambargoya direnmesini sağlayan bu eşitlikçi ve dayanışmacı ortam yani sosyalizmdir.

Küba sağlık alanındaki başarılarına her geçen gün yenilerini ekleyerek yoluna devam etmektedir. Küba'da sağlığı tüm diğer bileşenleriyle bir bütün olarak değerlendirmek gerekmektedir. Küba'da sağlık anlaşılacağı üzere sosyalist sistemin ayrılmaz bir parçasıdır. Dolayısıyla Küba'nın sağlık alanındaki başarıları ne bir paradokstur ne de uydurma.

Küba'nın Sovyet Bloğunun çözülmesinden sonra, ABD ambargosunun da etkisiyle yaşadığı ekonomik kriz nedeniyle 1990'ların başında sağlık göstergelerinde kısa süreli bir gerileme yaşanmıştır. O günden bugüne Küba ekonomisinde geniş bir büyümenin varlığından bahsedilemez. Buna rağmen Küba sağlık alanında "imkansız" başarmaya devam etmektedir. Tıpkı Kübalıların bugünlerde dillerinden düşürmedikleri sloganlarındaki gibi: Vamos Bien! (İyi gidiyoruz!)

### TEŞEKKÜR

Yazıyı inceleyerek, değerlendirmelerini ve kaynaklarını esirgemeyen değerli hocamız Doç. Dr. İlker Belek'e çok teşekkür ederiz.

### KAYNAKLAR

- American association for world health report (AAWHR) (1997), "Denial Of Food And Medicine: The Impact Of The U.S. Embargo On The Health End Nutrition In Cuba", An Executive Summary.
- Barry M (2000), "Effect Of The U.S. Embargo and Economic Decline On Health In Cuba", Ann Intern Med., 132: 151- 154
- Belek, İ. (2002), "Küba'da Sağlık Sosyalizmin Başarısı" Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul.
- Cooper, R.S. et al. (2006), "Health in Cuba", International Journal of Epidemiology, 35: 817-824.
- De Vos P (2005), "No One Left Abandoned: Cuba's National Health System Since The 1959 Revolution", International Journal of Health Services, 35(1): 189- 207
- De Vos P et al. (2006), "Colombia And Cuba: Contrasting Models In Latin America's Halth Sector Reform", Tropical Medicine And International Health, 11(10): 1604-1612).
- Dresang L.T. et al. (2005), "Family Medicine In Cuba: Community-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine" J Am Board Fam Pract 18: 297-300)
- Ertuğrul Mavioğlu (2006), "Havana notları 4", Radikal Gazetesi yazı dizisi, 27.09.2006.
- Greene R (2003), "Effective Community Health Participation Strategies: A Cuban Example", International Journal of Health Planning And Management, 18: 105-116.
- INFOMED (Küba ulusal sağlık internet ağı), [www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/estructura.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estructura.html), 2006.
- Küba Sağlık Bakanlığı (MINSAP) verileri (2005), [www.dne.sld.cu/desplegables/indexcuba.htm](http://www.dne.sld.cu/desplegables/indexcuba.htm)
- Nayeri K, Lopez-Pardo C M (2005) "Economic Crisis and Access To Care: Cuba's Health Care System Since The Collapse Of The Soviet Union", International Journal of Health Services, 35(4): 797- 816
- Nusret Fişek ve Hekimlik (1991), Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Prensa Latina, Latin Amerika Haber Ajansı. [www.plturkce.org](http://www.plturkce.org), 09.11.2006 tarihli haber.
- Roemer MI (1991) "National Health Systems of the World" Oxford University Pres, New York
- Spiegel J. M., Yassı A. (2004) "Lessons from the margins of globalization: Appreciating the cuban health paradox", Journal of public health policy 25(1) : 85- 110
- T.C. Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı- Anlaşmalar-Raporlar- Amerika- Küba, [www.dtm.gov.tr/anl/raporlar/Amerika/Kuba.pdf](http://www.dtm.gov.tr/anl/raporlar/Amerika/Kuba.pdf), 2006
- UNICEF (2006), "Dünya Çocuklarının Durumu 2006. UNICEF Türkiye Temsilciliği", Ankara.
- Warman A (2001), "Living The Ravolution: Cuban Health Workers", Journal of Clinical Nursing, 10: 311-319
- WHO (2006), Countries- Cuba, [www.who.int/countries/cub/en/](http://www.who.int/countries/cub/en/).
- WHO(1995), World Health Report.
- WHO (1995), World Health Report. [www.cubagov.cu/ingles/mapa.htm](http://www.cubagov.cu/ingles/mapa.htm)