

ÇEVİRİ**KÜBA'NIN DEVRİM ÖNCESİ VE SONRASI SAĞLIK SİSTEMLERİ****Bülent KARA***

Küba Karayip denizinde, ABD'nin Florida sahilinin 90 km güneyinde yer alan bir takımada ülkesi olup, süper güç ABD'ye olan yakınlığı nedeniyle sağlık sistemi de dahil olmak üzere sosyo-ekonomik tavır ve eylemleri tüm dünyada ilgiyle izlenmektedir.

Ülke ekonomisi 1958 devrimine kadar öncelikle Amerikan şirketlerine ait büyük işletmeler çerçevesinde yapılan şeker kamışı tarımına, bunun dışında da sığır yetiştiriciliğine, tütün ekimine (puro), kahve yetiştiriciliğine ve turizme dayanıyordu. 1958'den bu yana rejimin öncelik tanıdığı ekonomik seçenekler değişti. İlk yıllarda, şeker üretiminin rolünü sınırlandırmaya ve etkinlikleri çeşitlendirmeye yönelik çabalar pek başarılı olamadı. 1965'e kadar dışarıya olabildiğince şeker satarak ülkenin gelişmesinin şeker potansiyeli üzerine kurulmasına karar verildi. Elde edilen sonuçların yetersizliği üzerine ülkenin toplumsal ve iktisadi durumu göz önünde tutularak, eldeki olanakların daha gerçekçi bir biçimde değerlendirilmesine başlandı ve şeker üretimini iyi bir düzeyde tutmakla birlikte ülkenin sanayileşmesine önem verildi. Ayrıca toplumsal ve eğitsel (sağlık, okul, öğrenim, konut vs) donanımların yatırıma önemli bir pay ayrıldı ve bu alanda elde edilen sonuçlar iktisadi sonuçlara göre daha başarılı oldu. Günümüzdeki sosyalist sağlık sistemini anlayabilmek için devrim öncesi sağlık sisteminin hatırlanması yerinde olacaktır.

I. DEVRİM ÖNCESİ SAĞLIK SİSTEMLERİ

Küba'da devrim öncesi sağlık sistemleri diğer Latin Amerika ülkeleriyle benzerlik gösteriyordu. Büyük

şehirlerde sağlık hizmeti karşılığı para ödeyebilecek orta sınıf kişiler için büyük özel hastaneler yer almaktaydı. Aynı zamanda çok sayıda küçük özel hastane de vardı. Doktor dağılımındaki dengesizlikler son safhadaydı, çoğu başkentte çalışmaktaydı, kırsal alanda ise önemli doktor açığı bulunmaktaydı. 1906 yılında hükümete bağlı ve başlangıçta koruyucu hizmeti öncelik alan bir sağlık sistemi kuruldu. Ancak İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra bu sistem Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı içine dahil oldu. Bakanlık kentlerde fakir insanlar için hastaneler yaptı, çevresel sanitasyonu örgütledi, bazı araştırmaları başlattı ve sağlığın diğer alanlarında çalışmalar yaptı. Ek olarak, diğer Latin Amerika ülkelerinde olduğu gibi özel teşebbüsler kendi işçileri için küçük hastaneler yaptılar. Bu arada ordunun tıbbi hizmetlerden yararlanımı ise diğer alanlara göre daha iyi gelişmişti.

Küba sağlık sisteminde 1940 öncesi bir kısım önemli gelişme oldu. 1906 yılında Sanitasyon Müdürlüğü kurulduktan sonra, 1910-1925 yılları arasında geçen süre Küba'da Halk Sağlığı'nın altın çağı olarak anıldı. Bu yıllarda aşılama yoluyla çiçek hastalığının, Aedes aegypti sivrisineğinin eliminasyonu yoluyla da sarı hummanın eradikasyonu başarıldı. 1926 yılında, sarı hummanın sivrisinekle bulaş yolunu tanımlayanlardan ve ilk Sağlık Bakanı olan Carlos Finlay anısına Carlos Finlay Enstitüsü kuruldu. Bu enstitüde aşı üretimi ve hijyen çalışmaları yapılmaktaydı. 1916 yılında endüstriyel hasarlara bağlı ücret kayıplarını kompanse etmek için ilk sosyal güvenlik sistemi, 1934 yılında ise meslek dışı ilk sosyal güvenlik sistemi yürürlüğe kondu, ancak bu sistem sadece çalışan kadınlar için annelik haklarına ve iş kazasına uğrayan işçilerin eşlerine sınırlıydı.

Devrime gelinceye kadar (1959) sağlık sisteminin bazı konularda orta derecede gelişmişlik gösterdiği söylenebilir. Aşağıda 1958 yılında var olan sağlık sisteminin farklı bileşenleri tanımlanacaktır:

* Bu yazı "National Health Systems of The World (1993) Oxford University Press, Vol; 447-464" adlı kitabın Küba ile ilgili bölümünün özet çevirisi olup, kaynakçada belirtilmiş yazılarla da desteklenmiştir.

** Pediatri uzmanı, Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı AD Yüksek Lisans öğrencisi

1.1. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Bu bakanlık Sağlık Genel Müdürlüğü, Yardım Genel Müdürlüğü, Ulusal Tüberküloz Konseyi, Lepra-Sifiliz ve Deri Hastalıklarından Korunma Genel Müdürlüğü, Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Carlos Finlay Enstitüsü, Ulusal Sağlık Enstitüsü ve Kamu Yardımı için Ulusal Birlik adlarında 8 farklı ulusal program yürütmekteydi. Bu 8 programda gerek tam zamanlı gerek yarı zamanlı olarak 1458 doktor görev almıştı ki bu tüm doktorların (6421 doktor) %23'üne karşılık gelmekteydi. Geride kalan %77'lik doktor kesimi ise özel olarak çalışmaktaydı. Aynı zamanda bakanlığa bağlı çalışan doktorların bir kısmı yarı zamanlı olarak özelde de çalışmaktaydı. Toplam 2100 dış hekiminin ise sadece %5'den azı bakanlığa bağlı çalışmaktaydı. 1958 yılında Küba'daki toplam 28500 hastane yatağının 9000'i bakanlığa bağlı hastanelerde bulunmaktaydı.

1.2. Sosyal Güvenlik: Devrim öncesi sosyal güvenlik şemsiyesi altında sadece iş kazalarına bağlı zararların karşılanması ve annelikle ilgili bazı haklar yer almaktaydı. Doğum hizmetlerinin karşılanması için büyük şehirlerde 200 yataklı doğum hastaneleri kurulmuştu. Tarım işçileri ve aileleri sosyal güvenlik kapsamında değillerdi. Endüstriyel iş kazası sigortaları asıl olarak özel sigorta kurumları tarafından finanse ediliyordu.

1.3. Endüstriyel Tıp Hizmetleri: Bazı büyük şirketler kendi işçileri için hastaneler veya klinikler yapmışlardı. Bu hastanelerin finansmanlarının yarısı patronlar tarafından, diğer yarısı ise işçilerin ücretlerinden yapılan kesintilerden sağlanıyordu.

1.4. Dini ve Gönüllü Hizmetler: Küba'da yardımseverliğe dayalı tipik bir hastane programı yoktur. Dini kurumlarca finanse edilen veya hastane yapımı için bırakılan miraslar kullanılarak yapılan iki veya üç küçük hastane ve birkaç klinik vardır.

1.5. "Mutualistas" (kar amacı olmayan özel sigorta sistemi): Devrim öncesi Küba'daki devlet dışı sağlık güvenlik sistemlerinden belki de en önemlisidir. "Mutualistas" veya karşılıklı yardım cemiyetleri ilk kez 19. yüzyılda İspanyol göçmenleri tarafından, kendileri ve ailelerinin sosyal güvenliklerinin sağlanması amacıyla kurulmuştur. Sistemin finansmanı üye kişilerden aylık olarak toplanan primlere dayanmaktadır.

Karşılıklı yardım cemiyetleri sabit gelir düzeyli insanlar için önemli bir sosyal güvenlik mekanizmasıdır. Günümüzde bu kuruma ait hastaneler ve diğer özel kurum hastaneleri yarı yarıya boş durumda, devlet hastaneleri ise kapasitesinin de üstünde hasta kabul etmek durumunda kalmıştır (bir yatağa ortalama iki hasta). Bunun dışında, birçok karşılıklı yardım cemiyeti hastanesi ve özel hastane ticarileşmiş ve sezaryan doğum gibi tıbben çok gerekli olmayan hizmet sunmaktadır.

Görüldüğü gibi, devrim öncesinde Küba'daki sağlık sistemi çoğu Latin Amerika ülkesinde olduğu şekilde, büyük oranda sosyal sınıflara tabidir. Nüfusun %10'unu

oluşturan orta sınıf ve bazı kalifiye işçiler daha çok karşılıklı yardım cemiyetlerinden yararlanmaktadır. Azınlıktaki zengin kesim ise sadece özel doktor ve hastanelerden hizmet almaktadır. Kırsal kesimdeki çiftçiler ve kentlerdeki işçilerin oluşturduğu büyük kesim ise çok kalabalık ve yetersiz olan devlet hastanelerinden yararlanmak durumundadırlar. Ücretler tabiolar birliği ve sosyal güvenlik şirketlerince belirlenmektedir, hükümetin bu konuda bir etkisi olamamaktadır. Sınırlı sayıdaki koruyucu hizmetler tedavi hizmetlerinden ayrı olarak sunulmaktadır.

II. SOSYALİST SAĞLIK POLİTİKALARINA GEÇİŞ

Fidel Castro 1960 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda yaptığı konuşmada devrim öncesi ülkenin durumunu şöyle tarif etmiştir: "Nüfusumuzun yaklaşık %37.5'i okur-yazar değildi; kırsal bölgelerdeki çocukların %70'inin öğretmeni yoktu; nüfusumuzun %2'si verem hastasıydı; yani altı milyonu biraz aşan nüfus içinde 100 bin kişi veremliydi. Kırsal bölgelerdeki çocukların %95'inde bağırsak parazitleri vardı. Bebek ölümleri astronomik düzeylerdeydi. Yaşam beklentisi çok düşüktü. Diğer taraftan küçük çiftçilerin %85'i bürüt gelirlerinin %30'lara varan kısmını toprak kirası olarak ödemek zorunda bırakılırken, ülkenin toplam %46'sı toprak sahiplerinin yalnızca %1.5'i tarafından kontrol ediliyordu. Elbette, kişi başına düşen hastane ve yatak sayısı, gerekli tıbbi hizmetin yarısını sağlayan ülkelerle bile kıyaslandığında günlük düzeyde düşüktü."

II. 1. Toplum Sağlığı Bakanlığı. Devrimden sonraki ilk 6 ay içinde sağlık hizmetlerinde az sayıda değişiklik yapılmıştır. Öncelikle yeni bir sağlık bakanı atanmıştır; Dr. Martínez Pais. Martínez Pais genç bir ortopedist olup, Sierra Maestra'daki devrimci gerillalara katılan ilk doktorlardan olmuştur. Bu atamada yeterli toplum sağlığı bilgisinden çok, devrime bağlılığın rol oynadığı görülmektedir.

Başlangıçta Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı merkezi düzeyde yeniden örgütlenmiştir. 1961 yılında bir kanunla Toplum Sağlığı Bakanlığı kurulmuştur. Daha önceki müdürlükler, rölatif olarak otonom yapılarıyla, yeni bakanlık bünyesinde beş yardımcı bakanlık olarak toplanmışlardır. Bu yardımcı bakanlıklar şunlardır:

- 1- Tıp eğitimi,
- 2- Tedavi hizmetleri (hastaneler ve poliklinikler),
- 3- Tıbbi destekler (özellikle ilaç üretimi),
- 4- Hijyen ve epidemiyoloji (bulaşıcı hastalıkların kontrolü, çevresel sanitasyon, araştırma laboratuvarlarının kurulması vs),
- 5- Ekonomi (planlama, finans, dış ilişkiler vs).

Toplum Sağlığı Bakanlığının fonksiyonları 15 program başlığı altında tanımlanmıştır:

- 1- Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin tüm topluma yayılması

- 2- Anne ve çocuklara yönelik hizmet veren merkezlerin örgütlenmesi
- 3- Adolesan sağlığının iyileştirilmesi
- 4- Spor ve fiziksel aktivitelerde tıbbi rehberlik hizmetlerinin sağlanması
- 5- Kır ve kentte çevresel sanitasyonun iyileştirilmesi
- 6- İşçi sağlığının korunması
- 7- Hastalıkların epidemiyolojik kontrolü
- 8- Gıda ve ilaç kontrolü
- 9- Sağlık istatistikleri
- 10- Sağlık eğitimi
- 11- Hastanelerin uygun inşası
- 12- Sağlık hizmeti veren birimlerde güncel bilimsel yeniliklerin uygulanabilir olması
- 13- Araştırma
- 14- Cesetlerin imhasıyla ilgili düzenlemeler
- 15- Ulusal ilaç üretimi

Bu programın amaçlarını pratik yaşama geçirebilmek kolay değildi. Bunları gerçekleştirebilmek için sağlık yönetiminin 9 prensibinin yerine getirilmesi gerekiyordu:

- 1- Ulusal yönetim planlaması yapılırken sağlık planlamasının da yapılması
- 2- Tüm sağlık aktivitelerinin Toplum Sağlığı Bakanlığı bünyesinde toplanması
- 3- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin entegre edilmesi
- 4- Standartların santralize, uygulamaların desantralize edilmesi
- 5- Tüm aktivitelerin kolektif yönetimi
- 6- Toplumu oluşturan tüm kesimlerin sağlık hizmetlerinin planlamasına katılımı
- 7- Tüm çalışmalarda bilimsel temellere göre hareket edilmesi
- 8- Tüm bölgelerin planlama kapsamında olması
- 9- Uluslararası kooperasyon

Bazıları bu prensiplere bir tane daha eklemektedirler.

- 10- Sağlık personeli ve teknik personelin, bilimsel ve humanistik yaklaşımlara, yeni toplum düzenine uygun bir şekilde eğitimleri

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yeniden örgütlenmesinden sonra, 1960 yılında iki başka kanun daha kabul edildi. İlki Toplum Sağlığı Bakanlığı tarafından düzenlenen ve Havana Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan tüm doktorların 2 yıl süreyle kırsal kesimde zorunlu hizmetlerini öngören, ikincisi ise Çalışma Bakanlığı tarafından düzenlenen ve sosyal güvenlik programlarının bu bakanlıkça yürütüleceğini öngören kanundu. Aynı zamanda, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı döneminde bulunan hastane ve benzeri kuruluşlar yeni kurulan Toplum Sağlığı Bakanlığı'na devrediliyordu.

II.2. Otoritenin Bölgeselleştirilmesi: Küba'da sağlık hizmetleri yeniden yapılandırılırken belki de en önemli prensip yukarıda bahsedilen dördüncü prensipti: standartların santralizasyonu, uygulamaların desantralizasyonu. Temel hedef, tepeden en alt noktaya kadar (merkezden belediyelere, belediyelerden daha küçük birimlere) otonom vertikal örgütlenmesi olan sağlık sistemini, tüm sağlık aktivitelerinde hem lokal hem de genel düzeyde horizontal entegre hale getirebilmektir.

1961 yılında sağlık hizmeti uygulamalarında desantralizasyon başlatılmıştır. Altı il sekiz sağlık il merkezi şeklinde yeniden düzenlenmiştir. Bu yeni iller de sağlık bölgelerine bölünmüşlerdir. Bu bölgelerde en az 60.000 en çok 500.000 olmak üzere ortalama 200.000 insan yaşamaktaydı. 1962 yılında 36 sağlık bölgesi kurulmuştu. Her bölge, bölge sağlık müdürünün sorumluluğu altındaydı. Bölge sağlık müdürü, bölgesinde hem koruyucu hem de tedavi edici hizmetlerle ilgilenmekte ve ilindeki sağlık yöneticisine rapor sunmaktaydı. Her bölgede bir veya daha fazla bölge hastanesi yer almaktaydı.

Plana göre 25.000-35.000 kişilik sağlık alanları oluşturuldu. Bu alanlarda ambulator hizmetlerin sunulduğu poliklinikler veya küçük kır tipi hastaneler yapılması öngörüldü. 1965 yılında sağlık alanları oluşturulmaya başlandı ve 1968 yılına kadar 268 fonksiyonel sağlık alanı oluşturuldu. Son amaç her sağlık alanını 4000 kişiden oluşan sağlık sektörlerine bölmektir. Sonunda 2209 sağlık sektörü oluşturuldu.

II.3. Kaynakların Entegrasyonu: Sağlık hizmetlerinde entegrasyon ağının geliştirilmesi iki fazlı olmuştur. İlk fazda sağlık hizmetleri ile ilgili tüm kaynakların Toplum Sağlığı Bakanlığı'nda toplanması öngörülmüştür. Oysa, daha önce hükümetin bazı alt örgütlenmelerinde toplanmaktaydı. Daha komplike olan ikinci fazda ise, hükümet dışı veya özel sektörün sahip olduğu sağlıkla ilgili kaynakların absorpsiyonu ve entegrasyonu hedefleniyordu. Bu kaynaklar özellikle şu başlıklar halinde toplanabilir:

- a- Karşılıklı yardım cemiyetleri ("mutualistas"),
- b- Endüstri ve tarımdaki müteşebbisler,
- c- Dini veya diğer gönüllü kuruluşlar,
- d- Tamamen kişiye özel mallar.

Genel politika hastane veya kliniklerin mevcut sağlık standartlarına uygun olduğunda devlete aktarılmasıdır.

Bu aktarmalarda bazı faktörlerin kolaylaştırıcı etkisi olmuştur. Bir neden hastanelerde çalışan işçilerle yöneticiler arasındaki çalışma mücadeleleri olmuştur. Çalışma Bakanlığı bu durumda müdahalede bulunarak o kurumun Toplum Sağlığı Bakanlığı'na geçişini kolaylaştırmıştır. Başka bir neden ise ABD tarafından uygulanan ilaç, tıbbi malzeme vs ambargosudur. Bu durumda Küba hükümeti özellikle SSCB'den bu gereksinimleri ithal etmiş ve sadece hükümetin kullanımına vermiştir. Bu ekonomik baskılar altında özel hastaneler ve klinikler kendi istekleriyle kapanmak zorunda kalmışlardır. Kapanan hastane ve klinikler standartları karşılıyorsa Toplum Sağlığı Bakanlığı bünyesine katılmışlardır. Müdahale için diğer bir neden, özel ve bazı karşılıklı yardım cemiyeti örgütlenmelerinde yer alan ve prim ödeyen kişilerin bu örgütlenmelerden ayrılmalarıdır. Toplum Sağlığı Bakanlığı bünyesindeki sağlık merkezlerinin sayısı arttıkça karşılıklı yardım cemiyeti üyesi olan insanlar da sağlık gereksinimlerini kamu hastanelerinden karşılamaya başlamışlar ve cemiyetle ilgilerini giderek kesmişlerdir. Özel kişilere veya karşılıklı yardım cemiyetlerine ait çok sayıda (230 adet) küçük klinik Toplum Sağlığı Bakanlığı tarafından etkisiz ve sanitasyon gözetmeksizin çalıştıkları nedeniyle kapatılmıştır. Son karşılıklı yardım cemiyeti hastanesi veya klinikleri 1970 yılında Toplum Sağlığı Bakanlığı bünyesine alınmışlardır.

II.4. İlaçların Üretimi ve Dağıtımı: Devrim öncesinde ilaç üretimi ve dağıtımı tamamen özel kişilerin elindeydi. Başlangıçta ilaç fabrikalarında çalışma ve yönetim kesimlerinde çatışmalar çıktığında Çalışma Bakanlığı müdahalede bulundu. Bu fabrikalardan bir kısmı önce Çalışma Bakanlığı, daha sonra da Endüstri Bakanlığı bünyesine alındılar. 1959 ve 1960 yıllarında çoğu Küba'lı ve yabancı ilaç şirketleri ülkeyi terk ettiler. Bu fabrikalar direkt olarak Endüstri Bakanlığı'na bağlandılar.

İlaç üretimi sorumluluğu 1965 yılında Endüstri Bakanlığı'ndan Toplum Sağlığı Bakanlığı'na geçmiştir. İlaç veya ilaç hammaddesi ithalatı görevi de Dış Ticaret Bakanlığı'ndan Toplum Sağlığı Bakanlığı'na devredilmiştir. Yani, ilaç üretiminin ve dağıtımının tek elden yapılı hale gelmesi için 7 yıllık bir süre geçmiştir.

Devrim öncesinde farklı isimlerle 30.000-40.000 ürün satılmaktaydı. Bunların çoğu aynı hammaddeyi içeren ilaçlardı. İlaç şirketleri ulusallaşınca mevcut ilaç listesi birden bire 4000'lere indi. Yine de bunların bir kısmı benzer ilaçlardı. Daha sonraları modern bilimsel tıpta kullanılan sadece 1000 kadar farklı ilacın üretimine geçildi. Bu sayı halen Dünya Sağlık Örgütü'nün temel ilaçlar listesindeki ilaç sayısının çok üzerindedir. Bazen gereksinimi duyulan ilaçlarda eksiklik duyulmuştur. Ancak, 1969 yılından itibaren gerekli olan tüm ilaçlar sağlanabilir hale gelmiştir.

1960 Ekim'nde çıkan bir kanunla ilaç dağıtımında ulusallaşmaya gidildi. 1963 Kasım'nda yerel eczaneler ağı tamamlandı ve 2223 eczaneden 1250'sine Toplum Sağlığı Bakanlığı tarafından el kondu. Kentlerdeki 2100 kadar eczane 950 civarına indirildi, kırsal bölgelerdeki 60 olan

eczane sayısı ise 300'lere çıkarıldı. Eczanesi olmayan küçük köy ve kasabaların komşu bölgelerdeki eczanelerden yararlanabilmelerini sağlayacak düzenlemelere gidildi. İlaç dağıtımının merkezden kontrolü ile, her bölgede 24 saat boyunca gerekli olan tüm ilaçların bulunabilmesi olanağı sağlandı. Küba'da hastalar ilaçlarını para karşılığında alırlar. Ancak gebeler, tüberkülozlular, sifilizliler ve bazı risk grubundakiler ilaçlarını ücretsiz olarak alabilirler. Yaşlı insanlar ve çocuklar için ise %40'lık fiyat indirimi uygulanır.

II.5. Sağlık Hizmetlerinde Öncelikler: Sağlık hizmetlerinde klasik Latin Amerika modelinden sosyalist modele geçiş 1962-1968 yılları arasında olmuştur. 1968 yılından sonra daha çok önceki kazanımların desteklenmesi yolunda adımlar atılmış ve sağlık hizmetlerinin etkinliği ve kalitesi artırılmaya çalışılmıştır. Aynı zamanda, yeni kaynakların geliştirilmesine de devam edilmiştir. Sağlığa ayrılan bütçenin GSMH içindeki payı istatistiksel verilerle ortaya konulmasa da, diğer ülkelerle karşılaştırıldığında bu payın çok yüksek olduğu görülmektedir. ABD ambargosu sonucu yaşanan ağır ekonomik krizlere karşın, eğitim ve sağlık alanında önemli yatırımlar yapılmıştır.

Küba devriminde sağlık hizmetlerine büyük önem verilmesinin ardında yatan birkaç neden vardır. Bunlardan biri, hem endüstri hem de tarımda üretimin etkinliğini artırabilmek ve ulusal mukavemet açısından sağlığın önemiydi. Diğerleri ise, insanların sağlık hizmetlerinin yeterliliğine kalben ve aklen inandıklarında güçlü bir hükümetleri olduğu düşüncesinin yerleşeceği. Şüphesiz üçüncü bir neden de, sosyalist idealin temel insanı boyutudur. Belki dördüncü bir neden olarak devrimde doktorların önemli roller üstlenmiş olması eklenebilir.

III. 1980'li YILLARIN ORTALARINDA SAĞLIK SİSTEMİNİN ORGANİZASYONU

1980'lerin ortalarındaki sistem aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

III.1. Toplum Sağlığı Bakanlığı: Toplum Sağlığı Bakanlığı'nın sorumlulukları 1962 yılındakine göre çok daha genişlemiştir. Bakanlık merkezi düzeyinde çeşitli yeni düzenlemeler yapılmıştır. Önce varolan 5 bakan yardımcılığı ikiye düşürülmüştür, daha sonra 1980 yılındaki yeni bir düzenlemeyle bakan yardımcılığı sayısı altıya çıkarılmıştır. 1975 yılında üniversitelerdeki tıp ve ilgili diğer fakülteler Toplum Sağlığı Bakanlığı'na bağlanmıştır. Toplum Sağlığı Bakanlığı'nın taşra teşkilatının yapısı da değişmiştir. Başlangıçta 8 olan sağlık ili sayısı 14'e yükseltilmiştir. 1976 yılında Küba'nın genel yönetim politikalarında da önemli değişiklikler yapılmıştır.

III.2. Diğer Organize Sağlık Aktiviteleri: Toplum Sağlığı Bakanlığı aktivitelerinin dışında ulusal düzeyde neredeyse başka hiçbir sağlık aktivitesi yoktur. Mali destek için son kararı Toplum Sağlığı Bakanlığı da dahil tüm bakanlıklar için Maliye Bakanlığı vermektedir. Aynı şekilde,

Toplum Sağlığı Bakanlığı tarafından hazırlanan sağlık planları da JUCEPLAN olarak bilinen ulusal planlama örgütü tarafından onaylanmak durumundadır. Sadece çevresel sanitasyon hizmetleri (su tedariki, kanalizasyonlar vs) Toplum Sağlığı Bakanlığı yerine belediyeler tarafından kontrol edilmektedir. Ancak, belediyeler bu kontrol işlevini Toplum Sağlığı Bakanlığı'nın oluşturduğu genel standartlara ve tavsiyelere göre yaparlar.

Küba'da sağlık hizmetlerinde gönüllü kuruluşların katkıları kitle organizasyonları dışında önemsenmeyecek kadar azdır. Sağlık hizmetleri sosyalleştirildikten sonra sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı çok küçülmüştür. Özel sektör klinisyenlerden çok dış hekimleri için istihdam alanı olmuştur. Bunun en önemli nedeni Toplum Sağlığı Bakanlığı hizmetleri içinde dış hekimliği hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olmasıdır.

III.3. Sağlık İnsan Gücü: Çok sayıda klinisyenin yetiştirilmesine büyük önem verilmiştir. Küba'da devrim öncesinde Havana'daki dışında tıp fakültesi yoktu. Devrim sonrasında ise hekimlerin çoğu başta ABD olmak üzere diğer ülkelere kaçmışlardır. Yeni hükümet bunların kaçışını engellemiştir.

Klinisyen açığını kapatmak üzere 1962 yılında ikinci, 1966 yılında üçüncü, 1968 yılında ise dördüncü tıp fakülteleri açıldı. 1983 yılında halen açık olan 4 tıp fakültesinden yılda 2000'den fazla doktor mezun olmaktadır. Bunların yarısı kadındır. Tıp fakültelerine giriş için orta öğretim puanının iyi olması, devrime bağlılık ve olumlu ahlaki özellikler yeterliydi. Tıp fakültesi eğitimi 5 yıllık eğitim ve ek olarak bir yıllık intörnlik dönemini kapsıyordu.

III.4. Tıp Eğitimi: Küba'daki tıp eğitimi 11 temel prensibe dayanır :

- 1-Marksist-Leninist öğretimi temelinde kurumsallaşmıştır
- 2- Dogmatik ve pragmatik düşüncelerden sakınan, bilimsel düşünceye dayanan bir temeli vardır
- 3- Teori ile pratik arasındaki uyumsuzlıklardan sakınır
- 4- Temel bilimler ile klinik bilimlerin entegrasyonu yapılır
- 5- Sağlık ve hastalıklardaki psikolojik faktörlerin tanınmasına önem verir
- 6- Tıbbın insancıl ve sosyal kullanımından yanadır
- 7- Tıp öğretimi içinde normal spontan doğum eğitiminin alınmasını hedefler
- 8- Eğitimde bireysel burjuva ideolojisinin eliminasyonu ve sosyalist takım ruhunun ön plana çıkarılması hedeflenir
- 9- Tıp öğretiminin bir parçası olarak yaygın kültürel eğitime de önem verilir
- 10- Korunmaya yöneliktir
- 11- Ulusal sağlık hizmetlerinin yönetsel işleyişinin farkında olan doktorlar yetiştirilmesi amaçlanır

Tıp fakültesini bitiren tüm doktorlar 3 yıl süreyle kırsal alanda çalışmak zorundadır. Kırsal hizmet bittikten sonra çoğu genç doktor eğitim hastanelerinde uzmanlık eğitimi almayı tercih eder. En çok tercih edilen branşlar iç hastalıkları ve aile hekimliğidir.

Bu politikalarla Küba ilk zamanlarda gereksinim duyduğundan da fazla sayıda doktor yetiştirmiştir. 1982 yılında 17.000 aktif çalışan doktor bulunmaktaydı. Buna göre 100.000 kişiye 170 doktor düşmekteydi. Son verilere göre 184 kişiye bir doktor düşmektedir ve kişi başına düşen doktor sayısı bakımından ilk sırayı almaktadır. Personel sayısındaki artışlar özellikle hemşirelerde olmak üzere diğer sağlık çalışanlarında da olmuştur. Hemşire okullarının sayısı 34'e çıkarılmış ve 1975 yılında yılda mezun olan hemşire sayısı 500'e ulaşmıştır. 1982 yılında eğitimini tamamlamış hemşire sayısı 20.300 (100.000 kişiye 207 adet), yardımcı hemşire sayısı ise 11.600 (100.000 kişiye 118 adet) olmuştur. Dış hekim sayısı 4000 kadar olup, 100.000 kişiye düşen dış hekim sayısı 40'dır. Uzman eczacı sayısı ise sadece 700 kadardır (100.000 kişiye 7 eczacı). Devrim sonrasında tüm personelin dağılımı ülke çapında dengelenmiştir.

Orta-düzyer teknik personel açığını kapatmak üzere açılan teknik okullarda laboratuvar ve röntgen teknisyenleri, dış teknisyenleri, farmakoloji teknisyenleri vs yetiştirildi. Küba sağlık sisteminde SSCB sağlık sisteminde olduğu gibi "feldsher" benzeri personel yer almamaktadır. Küba düşüncesine göre, bu şekilde ikinci sınıf doktorluk benzeri bir personelin devrimci sağlık sistemi içinde yeri yoktu. Aynı zamanda Küba'da, gelişmekte olan diğer ülkelerdeki gibi çıplak ayaklı doktorlar veya toplum sağlığı işçileri görev almamışlardır, çünkü doktor, hemşire ve yardımcı hemşire sayıları sağlık hizmetinin yürütülmesi açısından yeterliydi.

Küba'da eğitimli ebeler de yoktu. Artık doğumlar klinisyenler tarafından gerçekleştirilmektedir. 1982 yılında doğumların %100'e yakın bir kısmı hastanelerde olmuştur. Bazı hemşireler 1967 yılından sonra obstetrik konusunda özel eğitim almışlar, ancak bu hemşirelere tek başlarına doğum yaptırma yetkisi verilmemiştir.

1960 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde halk sağlığı okulu kurulmuş ve bu okulda klinisyenlerin ve diğer sağlık personelinin epidemiyoloji, sağlık yönetimi, hijyen, beslenme gibi konularda mezuniyet sonrası eğitimleri yapılmıştır. Bu okul iki yıllık master programları vermekte olup, diğer Latin Amerika ülkelerinden de çok sayıda öğrencisi olmuştur.

Küba'daki araştırma kuruluşlarında özellikle aşı teknolojisi, biyoteknoloji ve immünolojide önemli aşamalar kaydedilmiştir. Carlos Fınlay Enstitüsünde yılda 90-100 milyon doz meningokok aşısı yanında ülkenin gereksinimlerini karşılayacak dozlarda difteri, tetanoz, boğmaca ve leptospira aşısı üretilmektedir. Genetik Mühendisliği ve Biyoteknoloji Merkezi'nde rekombinant hepatit B aşısı, rekombinant alfa interferon, rekombinant epidermal büyüme faktörü ve rekombinant streptokinaz gibi biyoteknolojik ürünler yanında pek çok EIA tanı kiti

üretilmektedir. Son dönemde ise AIDS aşısı geliştirme çabaları yoğunlaştırılmış durumdadır.

Küba'lı klinisyenlerin maaşları rölatif olarak düşüktür. 1983 yılında asistan maaşı aylık 250 ABD doları iken, profesörler ayda 700 ABD doları kazanmaktaydı. Ortalama Küba'lı bir işçi ise 1983 yılında ayda yaklaşık 200 ABD doları kazanmaktaydı. Klinisyenlerle diğer sağlık personeli arasındaki maaş farkı ise sosyalist olmayan ülkelerdeki kadar açık değildir. Ancak klinisyenlerin toplumdaki saygınlığı çok fazladır.

III.5. Sağlık Olanakları: Devrim sonrası hastanelerin ülke içinde dağılımında, toplam yatak kapasitesinde ve ekipman kalitesinde olumlu gelişmeler olmuştur. 1958 yılında Küba'da 339 tane hastane vardı, ancak bunların çoğu yetersizdi. Ülkede 1000 kişiye 4.4 yatak düşüyordu. 1982 yılında toplam hastane sayısı 256'ya düşmüş olmasına karşın, toplam yatak sayısı 47.300'e yükselmisti (1000 kişiye düşen yatak sayısı 5.3). Hastane başına düşen ortalama yatak sayısı da devrim öncesi 80 kadarken, devrim sonrasında yaklaşık 200'e ulaşmıştır. Yıllar içinde hastane yataklarının coğrafi dağılımında da anlamlı değişiklikler olmuştur. Devrim öncesinde toplam hastane yataklarının %62'si Havana'da, geride kalan %38'i ise diğer büyük şehirlerde bulunmaktaydı. 1982 yılında bu oranlar tersine döndü (%39'u Havana'da, %61'i ülkenin geri kalan kısmında). 1985 yılında herkesin kolaylıkla ulaşabileceği bir hastanesi vardı. Her hastanenin büyüklüğü, personel sayısı ve fonksiyonları bölgeselleşme şemasındaki yerine bağlıydı. 14 ilin herbirinde yatak kapasitesi 350 ile 800 arasında değişen en az bir il hastanesi mevcuttu. İl düzeyinin altında, daha önce bölge olarak adlandırılan belediye gruplarının 150-350 yatak kapasiteli hastaneleri bulunuyordu. Kırsal alanda veya kentlerdeki 169 belediyenin çoğunda 50-100 yatak kapasiteli küçük hastaneler vardı.

Küba sağlık sisteminde ilk basamak olarak hastaneler değil poliklinikler kullanılmaktadır. Her poliklinikte iç hastalıkları uzmanı, pediatrist, kadın-doğum uzmanı, diş hekimi, hemşireler, teknisyenler vs bulunmaktadır. Bu poliklinikler 25.000-35.000 kişinin oluşturduğu sağlık bölgelerinde hizmet sunarlar. 1980'li yılların ortalarında 169 belediyede toplam 423 poliklinik vardı. 1984 yılında Küba'nın nüfusunun 10.000.000 olduğunu kabul edilirse, poliklinik başına 25.000 kişi düştüğü görülmektedir.

Kırsal alanda 1982 yılında sayıları 159'u bulan sağlık ocağı bulunmaktaydı. Burada sadece bir genel pratisyen ve bir hemşire bulunmaktaydı. 1982 yılında büyük şehirlerde de 66 adet sağlık ocağı bulunmaktaydı. 1982 yılında Küba'da 142 diş kliniği, 36 halk sağlığı laboratuvarı, 21 kan bankası ve 8 psikiyatrik günüçi tedavi merkezi vardı.

III.6. Tıbbi Üretimler: İlaç endüstrisinin ulusallaşmasından ve yeniden organize edilmesinden sonra, Küba gereksinim duyduğu ilaçların çoğunu (tüm ilaçların %83'ünü) üretmeye başlamıştır. İlaçlar Toplum Sağlığı Bakanlığı'nın kontrolünde tüm sağlık merkezlerine

ve yine bakanlığın kontrolünde bulunan 1444 eczaneye dağıtılıyordu.

III.7. Bilgi Ağı: Toplum Sağlığı Bakanlığı tüm Avrupa ülkelerinden tıbbi kitap ve süreli yayınları edinmeye çalışır, kendi süreli yayınlarında tekrar tipi makaleler yayınlar. Aynı zamanda taranan 800 düzenli süreli yayındaki önemli makaleler çevirilerek yayınlanır. Sovyet medeline benzer şekilde, Küba'da da çeşitli özel araştırma enstitüleri kurulmuştur. İl düzeyindeki hastanelerde küçük boyutlu araştırma üniteleri vardır. Küba'da yapılan tüm araştırmalar önemli sağlık sorunlarına yönelik olarak planlanmış, sosyal içeriği ağırlıklı çalışmalardır. Sadece bilimsel tatmin için yapılan araştırmalara pek rastlanmaz.

III.8. Sağlık Sisteminin Yönetimi: Devrim sonrası erken geçiş döneminde merkezi planlamanın çok önemli bir rolü olmuştur. Kamusal birimlerin sorumluluğunun yerel seçilmiş kişilere bırakılması 1975 yılında kanunlaşmıştır. Bu yıllarda, yerel seçilmiş kişiler için "Halkın Gücü" sloganı çok popüler olmuştur. Benzer uygulamalar sağlık sisteminde de yapılmıştır. Örneğin, hastanelerle ilgili genel standartlar ulusal olarak belirlenirken, bunların her birimdeki yürütme biçimleri yerel meclislerin sorumluluğuna bırakılıyordu. Bu konuda Fidel Castro'nun 1977 yılında yaptığı bir konuşma şöyledir: "Halkın Gücü'nün ana prensibi, tüm üretim yapan veya hizmet veren birimlerin çalıştırılmasının ve kontrolünün halkın elinde olmasıdır. Bu desantralizasyon her topluluğun kendi bildiğini yapacağı anlamına gelmemektedir. Mutlaka belli normalara uyulması gerekecektir (örneğin eşitsizliklere izin vermemek). Örneğin, bir belediye hastanesi herşeyi kendi istediği gibi yapamayacaktır. Tüm ülke için geçerli olan benzer kalitedeki normlara uyması gerekecektir. Yerel Halkın Gücü, o hastanede ne olduğunu, nasıl çalıştırıldığının, hastane çalışanlarının toplumun beklentilerini ne oranda gerçekleştirebildiklerinin sorumluluğunu hükümet adına üstlenir."

Küba'da doğumda beklenen yaşam süresi 1960 yılında 61.8 yıl iken, 1982 yılında 73.5 yıla uzamıştır. Devrim öncesi, 1958 yılında süt çocuğu mortalitesi 1000 canlı doğumda 33 iken, 10 yıl sonra bu değer 38.3'e yükselmıştır. Ancak daha sonra süt çocuğu mortalitesi giderek azalarak, 1976 yılında 23.3'e, 1982'de ise 17.3'e düşmüştür. UNICEF raporlarına göre 1986 yılında Küba'nın süt çocuğu mortalite hızı 15.0, WHO raporlarına göre 1996 değeri ise 7.9'dur.

Tüberküloza bağlı ölüm sıklığı 1960 yılında 100.000 kişiye 14.9 iken, 1982 yılında 100.000 kişiye 1'e; tetanoza bağlı ölüm sıklığı 1960 yılında 100.000 kişiye 4.4 iken, 1982 yılında 100.000 kişiye 0.1'e; akut ishaller hastalıklarına bağlı ölüm sıklığı 1962 yılında 100.000 kişiye 57.3 iken, 1982 yılında 100.000 kişiye 4.1'e; maternal mortalite 100.000 canlı doğumda 118.2 iken, 1982 yılında 100.000 canlı doğumda 48.2'ye gerilemiştir. 1969 yılında 19 yaşın üzerindeki kadınlarda 1000 kadın başına düşen "smear" sayısı 91.5 iken, 1982 yılında 164.6'ya yükselmıştır.

Tablo 1. Küba'da 1996 yılında çeşitli yaşlarda beklenen yaşam süresi ve 100000 canlı doğum için çeşitli yaşlarda yaşamaya devam edenlerin sayısı.

Cins	Yaş	Çeşitli yaşlardaki yaşam beklentisi (yıl)	100.000 canlı doğum için yaşlarda yaşamaya devam eder
Erkek	0	73	100000
	1	72	99111
	15	59	98424
	45	31	93165
	65	15	77481
Kadın	0	77	100000
	1	76	99324
	15	62	98793
	45	34	95635
	65	17	83794

Tablo 2. Küba'da 1996 yılında 1000 ölüm başına, ölüm nedeni olan hastalıkların dağılımı.

Cins /Yaş	İnfeksiyöz ve parazitik	Malign tümörler	Dolaşım sistemi	Kalp hastalıkları	Serebro-vasküler	Solunum sistemi	Dış nedenler	Motorlu taşıt kazaları
0	14	201.4	445.9	291.8	93.8	116	94.5	20.3
1	13.4	203.2	449.8	294.3	94.7	116.5	94.9	20.5
15	13.4	204.1	452.7	296.3	95.3	117	93.4	19.8
45	13.3	210	470.4	307.5	98.9	121.3	69.1	11.5
65	12.4	200.9	488.7	316.4	102.1	132.2	56.7	5.6
Kadın	012.5	159.1	495.9	300.3	121.4	110.5	71.8	5.5
1	11.9	160.2	499	302.2	122.3	110.8	71.9	5.5
15	11.8	160.5	501.6	303.7	122.9	111.2	71.2	5
45	11.6	157.8	513.4	310.9	125.6	112.8	64.5	3
65	11.2	136.5	536.2	324.9	128.4	117.2	65.3	1.6

Tablo 3. Küba'nın 1996 yılı erkek-kadın nüfusu ve cinse göre canlı doğum sayısı

	Nüfus	Canlı doğum sayısı
Erkek	5.527 000	71541
Kadın	5.491 1000	68 735

Tablo 4. Küba'da 1996 yılındaki tüm ölümlerin yaşlara göre dağılımı

Yaş	Erkek	Kadın
<1	77	74
(1-4)	321	304
(5-14)	855	815
(15-24)	899	862
(25-34)	1.133	1.105
(35-44)	713	730
(45-54)	612	635
(55-64)	436	447
(65-74)	280	296
75+	201	224

Tablo 5. Küba'da 1996 yılındaki süt çocuğu ölümlerinin günlere göre dağılımı ve 1996 yılı bebek ölüm hızı (x 100).

Cins	< 1 yaş	< 1 gün	1-6 gün	7-27 gün	28-364 gün	100.000'de hız (<1yaş)
Toplam	1.109	128	328	250	403	790.6
Erkek	645	77	196	156	216	901.6
Kadın	464	51	132	94	187	675.1
		11.50%	29.60%	22.50%	36.30%	
		11.90%	30.40%	24.20%	33.50%	
		11.00%	28.40%	20.30%	40.30%	

Tablo 6. Küba'nın 1999 yılı sonundaki nüfus tahminleri

Toplam nüfus	Yıllık büyüme hızı	Bağımlılık	60 yaş üzeri nüfus (%)	Toplam fertilitite
1999	1990-1999	1990-1999	1990-1999	1990-1999
11160000	0.5	46 45	11.7 13.4	1.7 1.6

Küba'da 1996 yılına ait bazı sağlık göstergeleri Tablo 1-6'da verilmiştir.

Küba'nın sağlık göstergelerindeki yukarıda bahsedilen iyileşmeleri sadece sağlık sistemine bağlamak yanıltıcı olabilir. Küba halkına ait pek çok diğer özellik, örneğin, yeterli nutrisyonel desteğin sağlanması, eğitim olanaklarıyla okur-yazarlık oranının %100'lere çıkarılması, çok düşük ücretlerle uygun barınma olanaklarının sağlanması sağlık göstergelerini etkilemiş olabilir. Bu sosyal olanaklarla birlikte sağlık sistemindeki düzenlemeler sonucu Küba, 1982 yılında tüm Latin Amerika ülkeleri ve diğer gelişmekte olan ülkeler içinde süt çocuğu ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresi en iyi durumda olan ülke konumuna gelmiştir.

III.9. Ekonomik Destek: Küba sağlık sisteminin harcamaları benzer ülkelere göre çok daha fazladır. 1986 yılında Sağlık Bakanlığı tüm bütçenin %10'ndan daha fazlasını kullanmaktaydı. Bu harcamaların büyük bir kısmı devlet tarafından finanse edilmektedir. Resmî olarak sadece hastane veya poliklinikler dışındaki ilaç ücretleri özel olarak karşılanmaktadır. Çocuklar, yaşlılar, gebeler, tüberküloz ve kanser gibi hastalık nedeniyle tedavi görenler vs bu kuralın dışında yer alırlar.

III.10. Sağlık Hizmetlerinin Dağılımı: Küba sağlık sisteminde kısıtlı sayıda ilaç dışında sağlık hizmeti herkes için ücretsiz olup, sağlık hizmetini sunan sağlık personeli devletin maaşlı görevlileridir.

III.11. Ambulatuvar Hizmetler: Sağlık sisteminin temelinde tüm Küba'ya yayılmış ve sayıları 1984 yılında 423'ü bulan poliklinikler yer almaktadır. Her poliklinikte 25.000 kişiye hizmet sunan yaklaşık 5 takım vardır. Her takım ise 5000 kişinin sağlığından sorumlu olan iç hastalıkları uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, kadın-doğum uzmanı ve diş hekiminden oluşur. Poliklinikler insanların sağlıkla ilgili sorunları için ilk başvuru yerleridir, buralarda öncelikli olarak birincil sağlık hizmetleri sunulur, gerekli görülen hastalar buralardan hastanelere

sevk edilirler. 1975 yılından itibaren ülkedeki tüm poliklinikler personel açısından yeterli duruma gelmiştir. Polikliniklerin tüm ülkede yaygınlaştırılmasından sonra, yaklaşık her 5000 kişiye bir sağlık takımı düşecek şekilde bir organizasyona gidilmiştir. Bu şekilde, hastalar ile hekimleri arasındaki iletişim artırılmış ve sağlık hizmetinin devamlılığı sağlanabilmiştir. Bağlı olduğu sağlık takımının hizmetinden memnun olmayan bir kişinin sağlık takımını değiştirmesi serbesttir, ancak bu duruma nadiren şahit olunmuştur. Her sağlık takımı bağışıklama veya Pap "smear" gibi koruyucu hizmet çalışmalarının yanında, öğleden sonraları ev ziyaretleri de yapabilmektedir.

Küba'da, bulaşıcı hastalıkların ve çocukluk çağı mortalitesinin azalmasıyla birlikte, kanser gibi kronik hastalıkların sıklığı doğal olarak artış göstermiştir. Bu artış erişkinlerin periyodik muayenelerinin ve kronik hastalıkların monitörizasyonunun önemini daha da artırmıştır. Sonuçta 1970'li yılların ortalarında Küba poliklinikleri dispanserleşmeye başlamıştır. Her sektörde erişkinlere sistematik olarak muayeneler ve tanı testleri yapılmaya başlanmıştır. Poliklinik muayenesine gelmeyen olgulara mektupla veya ev ziyaretleri ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Ayrıca, sigara içme, diyet ve diğer risk faktörleri açısından sağlık eğitimine önem verilmiştir.

1983 yılında bazı seçilmiş polikliniklerde aile hekimliği kavramı yerleştirilmeye çalışılmıştır. Buna göre aile hekimi olarak uzmanlaşacak kişiler sadece 130 aileden veya 600-700 kişiden sorumlu olacaklardır. Bu sistem başarılı olursa tüm ülkeye yayılması düşünülmektedir.

Küba'da poliklinik hizmetlerindeki büyüme ve gelişmeyi en iyi yansıtan gösterge ambulatuvar hizmetlerin kullanımınıdır. 1965 yılında yıllık ortalama vizite sayısı 1.4 kişi iken, bu değer 1982 yılında 3.3 olmuştur. Aynı şekilde acil servis başvuruları 1963 yılında kişi başına 0.5 iken, 1982 yılında 1.8'e yükselmiştir. Diş poliklinikleri başvurusu yılda kişi başına ortalama 0.1 iken, 1982 yılında bu değer 10 kat artarak 1.1'e ulaşmıştır.

Küba'da aile planlaması çalışmaları ülke nüfusunun

çok fazla olmaması nedeniyle aktif yürütülmemektedir. Hatta, devrim sonrasında özellikle tarım kesiminde nüfus azlığı sorunu yaşanmıştır. Bununla birlikte kontraseptif yöntem uygulamak isteyen ailelere polikliniklerde yardımcı olunmaktadır. Düşüklerle ilgili kanun ise devrim sonrasında değiştirilmemiştir. Bu kanuna göre, bir gebelik ancak annenin yaşamını veya sağlığını ilgilendiriyorsa sonlandırılabilir. Pratik uygulamada ise düşük ile ilgili kanuni kısıtlamalara pek rastlanmamaktadır. Bu durum illegal düşük riskinden koruyucu bir etki de göstermiştir. Yine de, 1977 yılında kayıtlarda her üç canlı doğuma karşın iki hastane düşüğü görülmektedir.

Hem süt çocuğu (özellikle neonatal) hem de maternal mortalitenin anlamlı şekilde azalması hiç şüphesiz ki hastane doğumlarının artmasına bağlıdır. 1963 yılında doğumların %62'si hastanelerde doktor tarafından veya doktor gözetiminde yapılmakta iken, bu oran 1982'de %98'in üzerine çıkmıştır.

Devrim sonrası sağlık parametrelerindeki hızlı düzelleme pek çok ülke için Küba'yı bir ilgi odağı haline getirmiştir. Bunun sonucunda Afrika, Asya ve diğer Latin Amerika ülkelerinden çok sayıda insan tıp fakültelerinde ve teknik okullarda eğitim görmek üzere Küba'ya gelmişlerdir. Aynı şekilde Küba hükümeti uluslararası iletişime verdiği önemin bir göstergesi olarak ihtiyacı olan 26 ülkeye 1743'ü doktor 3000 sağlık çalışanını göndermiştir. Bu ülkelerden bir kısmı Vietnam, Angola gibi sosyalist ülkeler olmakla beraber, bir kısmı da Irak, Tanzanya gibi sosyalist olmayan ülkelerdir.

Küba'nın sosyalist rejimi yerleştirme çabaları ulusal sağlık sisteminde başarılı olmuş gözükmektedir. Sağlık yanında eğitim, beslenme, sosyal güvenlik, barınma, genel yaşam düzeylerinde de anlamlı iyileşmeler olmuştur. Sosyal eşitsizlikler giderek azalmaya başlamıştır. 1953 yılında nüfusun ekonomik açıdan altta kalan yarısının total gelir içindeki payı %6.2 iken, 1978 yılında %32.8'e yükselmiştir.

IV. KÜBA'DA 1990'LI YILLARDA SAĞLIK VE EKONOMİ

Küba'nın ekonomik alandaki üretkenliği, sağlık ve diğer bazı alanlardaki kadar etkin olamamıştır. Endüstriyel gelişme yetersiz kalmıştır ve ülke ekonomisinin şeker ihracatına bağımlılığından kurtulunamamıştır. Ancak turuncu, balık, tekstil ürünü, et ve süt ürünleri, buzdolabı, televizyon gibi malların dışa satımında da artış olmuştur. Gıda üretiminde kendi kendine yetmesine karşın, diğer pek çok sektörlerde dışa bağımlılığı devam etmektedir. Devrimin getirdiği özellikle sosyal içerikli kazanımlara karşın, Küba hükümeti ekonomik reformların yapılamayışı, toplumun refah düzeyinin artırılmayışı, siyasi demokrasinin gerçekleştirilemeyeşi, bürokratikleşme, uluslararası politikadaki çelişkiler nedeniyle günümüzde ağır eleştiriler altında kalmaktadır.

1990 sonrası döneme bakıldığında ulusal sağlık sistemi programlarında önceki dönemlere göre aksamalar gözlenmektedir. Bunun başlıca nedeni ekonominin

giderek çıkmaza girmesidir. Avrupa'daki sosyalist bloğun çökmesinden önce de varolan ekonomik sorunlar sosyalist sistemin çöküşüyle iyice gün ışığına çıkmıştır. Ekonomik darboğazda 30 yıldan fazla süredir devam etmekte olan ABD ambargosunun rolü de büyüktür. Ambargonun içeriği sosyalist bloğun çöküşünü takiben 1992 yılındaki Torricelli yasası ve 1996 yılındaki Helms-Burton yasası ile daha da ağırlaştırılmıştır. Ambargo etkisiyle gıda ve ilaç gereksinimleri karşılanamayınca Küba malnutrisyona bağlı olarak yüzyılın en büyük nörolojik hastalık epidemisi ile karşı karşıya kalmıştır. Bu krizin sağlık sistemi üzerine etkisi sağlık için ayrılan bütçenin 1994 yılında 1989 yılına göre 1/3 oranında azaltılmış olmasıyla özetlenebilir. Küba bu krizi aşabilmek için bazı önlemlere yönelmiş ve duyarlı gruplara öncelik ve eşitlik sağlayan bir politika geliştirilmiştir. Önlemler arasında en önemlileri tüketim maddelerinin eşit olarak dağıtılması, tüketimin azaltılması için üretimin de azaltılması, üretimin etkinliğinin artırılmasıyla büyütülmesi, yabancı ülkelerle ekonomik ilişkilerin güçlendirilmesi, yabancı şirketlerle ortaklıklar geliştirilmesi, kaynakların gıda, biyoteknoloji ve turizm gibi alanlara aktarılmasıdır. Kadın ve çocukların temel gereksinimlerinin karşılanması öncelikli hedef olarak benimsenmiştir. Ancak bu durumda erkekler ve yaşlılar sağlık açısından riskli hale gelmişlerdir. Bu dönemde ekonominin kötü gidişine karşın bebek ölüm hızları düşmeye devam etmiş, bununla birlikte örnek olarak tüberkülozdan ölümlerde yaklaşık %50'lik artış olmuştur.

Küba ABD ambargosu ve ekonomik krizin yarattığı olumsuz etkilerden kurtulabilmek için bazı özel önlemler almış olmakla birlikte, ekonomisi ve yaşam koşulları halen istenen düzeylerde değildir. Bununla birlikte sosyal önceliklere önem veren politik kararlılık nedeniyle sağlık parametrelerinde 1990 yılların başlarında gözlenen kötüye gidiş 1990'ların ortalarından itibaren eski değerlerine dönmeye başlamıştır.

Devrimi sağlık uygulamaları açısından değerlendirirsek, ulusal sağlık sistemi Küba'nın sosyalist rejiminin en parlak zaferi olarak görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü "Health For All" hedeflerinin başarılabileceği konusunda ülkeleri motive etmek için sürekli olarak Küba örneğini vermektedir.

KAYNAKÇA

- Castro, F. (1998), "Küba Emperyalizmi Yargılıyor". İstanbul:Çiviyazıları Yayınevi.
- Garfield R and Santana, S. (1997), "The Impact of the Economic Crisis and the US Embargo on Health in Cuba", *Am J Public Health*, 87(1):15-20.
- Habel, J.(1997), "Küba'da Kırılmalar. Kastrizm Krizde". İstanbul:Yazın Yayıncılık.
- Kirkpatrick, AF. (1996), "Role of the USA in shortage of food and medicine in Cuba", *Lancet*, 348:1489-91.
- Ochoa, FR and Pardo, CML. (1997), "Economy, Politics and Health Status in Cuba", *International Journal of Health Services*, Baywood Publishing Co., Inc, 27(4):791-807.
- Özcengiz, E. (1998), "Küba'da Araştırma ve Sağlık", *Toplum ve Hekim*, TTB Yayını, 13(6):444-45.
- The Europa World Yearbook 2000. (2000) Europa Publications, 47st Edition, Volume I.
- World Health Organization Web Site, WHOSIS, (2001).