

DOSYA/DERLEME**KÜBA'DA SAĞLIK VE SAĞLIK SİSTEMİ***İlker BELEK****I. DEVRİM VE TOPLUMSAL KALKINMA**

Küba bugün geliri düşük, sağlık düzeyi ise merkez kapitalist ülkeler kadar yüksek bir ülkedir. Bu olumlu ve örnek durumu yaratan faktör doğrudan 1959 devrimidir. Küba'da devrim geniş çaplı sosyal, ekonomik değişiklikler sonucunda sağlık koşullarının ve sağlığın geliştirilmesini sağlamıştır (Waitzkin H, Idiart C, Estrada A, Lamadrid S 2001: 320).

1959 devrimi öncesinde, Küba'nın sosyal, ekonomik ve sağlık bakımından durumu diğer Latin Amerika ve az gelirli ülkelerin durumuna benzerdi. Bugün ise kıt kaynaklarına rağmen sağlık düzeyi diğer ülkelere göre çok daha iyi olan bir ülkedir. Bugün Küba'nın ekonomik ve politik sistemi yalnızca sağlığa öncelik vermekle kalmaz, aynı zamanda etkisi kanıtlanmış pek çok teknolojinin sağlık sorunlarının çözümünü için akılcı bir yolla kullanımı olanağını da sunar.

1958'de Batista rejimine karşı savaşan devrimci güçler, Küba'da diğer ülkelerdeki gibi bir sağlık sistemi kurmaya söz vermişlerdi. Bu deklarasyon, o dönemde, Küba'nın ekonomik koşullarını dikkate alan pek çok kişi tarafından şüpheyle karşılanmıştı. Oysa, Küba'nın devrimci hükümeti yalnızca üç yıl sonra bu sözünü tuttu. Küba Anayasasındaki dört ilke bunu açıkça yansıtır: 1- Sağlık bakımı ekonomik kar aracı değil, temel insan hakkıdır. Bu nedenle bütün sağlık hizmetleri parasızdır ve herkes için eşittir. 2- Topluma sağlık hizmetini sunmak devletin görevidir. 3- Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sosyal ve ekonomik gelişmeyle entegredir. 4- Toplum, sağlık sisteminin geliştirilmesine ve yönetimine katılır (Anayasanın 49. Maddesi) (Iatridis DS 1990: 29-30).

Sağlığı etkileyen koşullardaki değişimle ilgili olarak değişik örnekler verilebilir. Örneğin, devrim sonrasında, gelir dağılımı tamamen değişmiş ve eşitlikçi bir nitelik kazanmıştır. 1953 yılında toplumun yoksul olan yarısının ulusal gelirden aldığı pay %6.2 iken, bu oran 1978 yılında %32.8'e yükselmiştir (Roemer MI 1991: 464).

Küba'da kent ve kır eşitliğinin sağlanması açısından iki önemli gelişme olmuştur. Bunlardan ilki, hemen devrim sonrasında (1960), Kent Reformu Yasası (Law of Urban Reform) gereği her aileye bir ev sahibi olma hakkının tanınmasıydı. Diğeri ise toprak reformu yasasıydı (Richmond JB 1984: 995; Nikelly AG 1988: 19-21).

Kent reformunun içinde alt yapı yatırımlarının yeri de önemlidir. Örneğin 1959'da, nüfusu 1000'in üzerinde olan 303 kentsel topluluk vardı ve bunların (toplam nüfusu 2 milyon 163 bin olan) 175'i kanalizasyon sistemine sahipti. 1967'de ise 432 kentsel topluluğun (nüfusları 1000'in üzerinde ve toplam nüfusları 4 milyon 300 bin olan) 223'ünde kanalizasyon sistemi bulunuyordu. 1958'de nüfusun %35'i sağlıklı içme suyuna sahipti, kırsal nüfusun %75'i suyunu nehirlerden, birikintilerden sağlıyordu ve yalnızca %2'sinin evinde sağlıklı içme suyu vardı. 1969'da ise kentsel nüfusun %90'ına, kırsal nüfusun %60'ına sağlıklı içme suyu ulaştırılmıştı. Devrimin ilk yıllarında karayolu ulaşımı geliştirildi. 1959'da 6 bin km olan karayolu ağı uzunluğu, 1975'te 40 bin km'ye çıkmıştı. Kır kent eşitliğinin sağlanması açısından önemli bir adım toprak reformu uygulaması oldu. İlk toprak reformu yasası 1959'da çıkarıldı ve 1000 dönümden büyük şirketlerin tümü kamulaştırılarak topraksız köylülere, kiracılara dağıtıldı. 1958'de ABD şirketlerinin Küba'da sahip olduğu toprak miktarı 1.2 milyon hektardı ve bu Küba topraklarının %10'u büyüklüğünde bir alandı. Bu şirketlerin dokuzu Küba şeker üretiminin de %46'sını gerçekleştiriyordu. İkinci

* Doç. Dr., Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

toprak reformu 1963 yılında yapıldı. 67 hektarın üzerindeki bütün şirketler kamulaştırılarak devlet çiftlikleri haline dönüştürüldü. Bu ikinci reform sonrasında özel toprak büyüklüğünün toplamdaki payı %39'a geriledi. 1962'de emek gücünün %41'i tarımda, %18'i endüstride ve %41'i de hizmet sektöründe idi. 1970'de endüstrinin payı %29'a yükseldi, hizmetlerin payı da %30'a geriledi. Ancak tarımın payı aynı kaldı. (Navarro V1972: 397-403).

Devrim sonrasında Küba politik açıdan 14 eyalet (province) ve 1 özel statülü belediyeye (Isla de la Juventud) bölünmüştür. Bu bölgelerin nüfusu 0.5-1 milyon arasındadır. Havana ve Isla de la Juventud'un nüfusları 2 milyonun üzerindedir. Kentsel nüfusun oranı 1981'de %69 iken, 1995'de %74.5'e, 1999'da da %75'e yükselmiştir. Küba'nın bugünkü nüfusu 11 milyon kadardır (PAHO 2001; UNICEF 2001).

II. DEVRİM ÖNCESİ DÖNEMDE KÜBA SAĞLIK SİSTEMİ

Devrim öncesinde Küba sağlık sistemi bir kaç bakımdan diğer Latin Amerika ülkelerinin ve bugünkü Türkiye'nin durumuna benziyordu. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı çok başlıydı. Standardizasyon yoktu. Hizmet kalitesi değişik toplumsal sınıflar için değişiklik gösteriyordu.

Kentlerde orta sınıflar için paralı özel sağlık hizmeti ve küçük özel hastaneler vardı. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yoksullar için kentlerde hastaneler işletmekteydi. Aynı Bakanlık çevre sağlığı hizmetlerini de sunmakta ve araştırmalar yapmaktaydı. Özel sanayi ve tarım şirketlerinin kendi çalışanları için kurdukları küçük özel hastaneler de vardı. Bu hastaneler patron ve işçilerin katkılarıyla finanse ediliyordu. Ayrıca ulaşım işçileri ve öğretmen sendikalarının da birer hastanesi, dinsel kuruluşların işlettiği bir kaç küçük hastane vardı. Ordu kendisi için tıp fakültesi kurmuştu. Altı ilin her birisinde bir askeri hastane vardı. Ek olarak Küba'nın iki büyük kentinde Havana ve Santiago de Cuba'da ikinci bir büyük askeri hastane daha açılmıştı. Havana'da bir de polis hastanesi bulunuyordu.

1916 yılında endüstriyel yaralanmalara karşı ilk sosyal sigorta yasası çıkarılmıştı. Bu sigortalar genellikle yabancı özel sigorta şirketleri tarafından işletiliyor ve hizmet, hizmet başı ödeme yöntemiyle, özel sektörden satın alınıyordu. 1934 yılında, çalışan kadınların gebelikleri ve işçi eşleri için ikinci bir sosyal sigorta yasası yayımlandı. Tarım çalışanları sosyal güvenlik programlarının kapsamı dışındaydı. Devrimin gerçekleştiği yıl, var olan sigorta programlarına üye olanların sayısı 600 bindi ve üyelerin %80'i iki büyük kentte yaşamaktaydı.

1958 yılında 6421 hekim vardı, bunların çoğu özel hekimlik yapıyordu ya da yarı süreli çalışıyordu. Hekimlerin dağılımı kırsal kesim aleyhine büyük oranda dengesizlik gösteriyordu. Ülkenin en önemli sağlık kurumu Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığıydı. Bununla birlikte hekimlerin ancak %23'ü bu Bakanlığa bağlıydı. Hastane yataklarının

ise üçte biri Bakanlıkça işletiliyordu. Kalanlar özel sektöre ya da diğer kamu kurumlarına aitti. Bakanlık ulusal ölçekte çeşitli sağlık programları yürütse de, özellikle yerel düzeyde bu programlar arasında koordinasyon yoktu. Özetlemek gerekirse, zengin çok küçük bir azınlık tamamen özel hastanelerden yararlanıyordu. Toplumun %10'luk kesimini oluşturan orta sınıflar ve becerili işçiler gönüllü sigorta kuruluşları çevresinde organize olmuştu. Büyük çoğunluk, yani köylüler ve yoksul proletarya hükümetin işlettiği kalabalık, personeli yetersiz hastane ve klinikleri kullanmak zorundaydı (Roemer MI 1976: 5-9).

III. SAĞLIKTA SOSYALİZME GEÇİŞ

Devrim sonrası ilk altı ayda sağlık hizmetlerinde önemli bir değişiklik olmadı. Doğal olarak yeni bir Bakan atandı. Bakan (Dr Martinez Pais) genç bir ortopedist ve Sierra Maestra'da gerillalarla birleşen ilk hekimdi. Martinez Pais sekiz ay görevde kaldı. Sonraki Bakan ise Havana'daki yeraltı devrimci hareketinde savaşmıştı. İlk yıllarda ABD'den ve yabancı petrol şirketlerinden gelen baskılar Küba'yı sosyalist ülkelerle ilişkilerini geliştirmeye yöneltti. 1960 Ağustos'unda göreve başlayan ve cerrah olan üçüncü Bakan (Major Jose Ramon Machado Ventura) bütün sağlık sisteminde kapsamlı değişiklikler başlattı (Roemer MI 1976: 10-12).

Yeni yapı içinde belki de en önemli gelişme standartların merkezileştirilmesi, buna karşılık yönetimin desantralizasyonu oldu. Bütün sağlık programları arasında, geleneksel olarak diğer bakanlıkların yürütmekte oldukları da dahil, il ve yerel düzeyde yatay entegrasyon gerçekleştirildi. Eskiden bunlar dikine örgütlenmişti. Sağlık alanındaki esas destek Çekoslovakya'dan (diğer sosyalist ülkelerin de desteği olmakla birlikte) sağlandı. Sağlık hizmetlerinin desantralizasyonunda ilk adım, 1961 yılında, altı ilde zaten bulunan Kamu Sağlığı Müdürlüklerinin (Public Health Directorates) yetkilerinin genişletilmesi oldu. Sağlık eyaletleri (health provinces), alt bölgelere (districts) bölündü ve bunlara daha sonra region adı verildi. 1962'de 32 alt bölge (region) oluşturulmuştu. Her alt bölgenin başına bir sağlık yöneticisi (official) getirildi, o da eyaletteki sağlık müdürüne bağlandı. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler müdürün sorumluluğunda entegre edildi. Her alt bölgeye en az bir hastane kuruldu. Alt bölgeler içinde sağlık alanları (health areas) oluşturuldu ve her alana ayaktan tedavi edici hizmetler için bir poliklinik ve bir küçük kırsal hastane kuruldu. Sağlık alanlarının oluşturulması 1968 yılında tamamlandı. Bundan sonra da sağlık alanlarının sağlık sektörlerine (health sectors) bölünmesi (4000 kişilik) planı gündeme alındı (Roemer MI 1976: 12-14).

Tablo 1. Devrim sonrası dönemde Küba sağlık sisteminin idari yapısı

İdari düzey	Bağlı nüfus	Sayı
Eyalet (Province)	1 milyon	8
Alt bölge (District sonra Region)	225-250 bin	32
Alan (Area)	25-35 bin	308
Sektör (Sector)	4 bin	2200

Devrim dönemi içinde Küba sağlık sistemi dört evrede incelenebilir. İlk dönem 1959-69 arasını kapsar ve geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde sağlık hizmetlerinde entegrasyon sağlandı, hizmet sunumu için ekipler oluşturuldu ve her aşamada toplum katılımının sağlanmasına çalışıldı. 1963 yılında sağlık hizmetlerinin bölgeselleştirilmesi (regionalization) yönünde bir çalışma başlatıldı. Sistem kırsal sağlık merkezleri üzerine oturtuldu ve sağlık merkezleri sağlıkla doğrudan ilişkili olmayan yol yapımı, yeni tarımsal tekniklerin uygulanması gibi işlerde de sorumluluk üstlendiler. Öncelikler ana çocuk sağlığı ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi sorunlara verildi. Çocuk felci (1963), sıtma (1968), difteri (1971), tetanoz ve kuduz bu dönemde eradike edildi. 1970-74 dönemi ikinci dönemdir ve poliklinik aşaması olarak isimlendirilir. Bu dönemde sağlık hizmetleri daha yeterli biçimde yaygınlaştırıldı ve temel birim olarak poliklinikler (birinci basamak sağlık merkezleri) kuruldu. Polikliniklerin temel işlevi koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini entegre etmek ve bireyi sosyal, kültürel, klinik ve çevresel boyutlarıyla bir bütünlük içinde ele almaktır. Polikliniklerde çocuk, dahiliye, kadın doğum uzmanları istihdam edildi. Bu dönemde, en önemli sorun olan gastroenteritlerde azalma sağlandı. Toplum sağlığı dönemi 1975-84 arasını kapsayan üçüncü aşamadır. Amaç, daha geniş bir nüfusun kapsanması, hizmet içeriğinin genişletilmesi ve bölgeselleştirme sürecinin tamamlanmasıdır. Bölgeselleştirmede dört aşama belirlendi: Area, region, province ve nation. 1984'den beri aile hekimliği-toplum temelli sağlık bakımı aşaması sürmektedir. Bu sistemin merkezinde aile hekimleri bulunur. Temel sorumluluk polikliniklerden aile hekimlerine geçmiştir. Amaç sağlık sistemini daha akılcı ve kamu gereksinimleriyle daha uyumlu kılmaktır.

IV. SAĞLIK SİSTEMİNİN ÖRGÜTLENME İLKELERİ

Sağlık Bakanlığı içinde çeşitli teknik konularla ilgili planlama yapmak üzere 30 kadar (8-10 üyeli) teknik komisyon bulunur. Bu yapı eyalet düzeyinde de tekrarlanır. Böylece ülke çapında yaklaşık 1000 kişilik en kalifiye teknik personelden oluşan grup Sağlık Bakanlığının temel politikalarına yön verir ve bu işleyiş "teknik aktivizm" olarak tanımlanır.

Küba sağlık sistemi üç bakımdan kapsayıcıdır: Amaç ve içerik olarak, içerdiği nüfus olarak ve organizasyonel biçim ve uzmanlaşma olarak (Iatridis DS 1990: 30).

1. Amaç ve içerik açısından kapsayıcılık: Bu, bireylerin organik gereksinimlerinin ötesinde sosyal ve psikolojik gereksinimleriyle de ilgilenmeyi ve tedaviye ek olarak koruma ve rehabilitasyon hizmetlerinin de sunulmasını içerir. Bu amaçların gerçekleştirilmesi konusundaki tek sorumlu Sağlık Bakanlığıdır.

2. Nüfus açısından kapsayıcılık: Bütün nüfusa sağlık hizmetinin sunulması eşitlikçi sosyalist ideolojinin gereğidir. Devrim öncesinde yoksullar ve kırsal bölgelerde yaşayanlar

hizmete ulaşamıyordu. Buralarda folk tıbbı yaygındı. Dolayısıyla, devrim sonrasında ilk amaç bütün toplumsal grupların sağlık hizmetine ulaşımını sağlamak olarak belirlendi. Bu nedenle hizmet parasızlaştırıldı. İlaçlardan, tıbbi malzemelerden ve dış hizmetlerinden alınan küçük ücretler dışında (rehabilitasyon hizmetleri, protez cihazları ve tekerlekli sandalyeler de dahil olmak üzere) her şey parasız olarak sunulmaya başlandı.

Sağlık hizmeti kullanımında eşitliği sağlamanın diğer yolu olarak kaynakların eşit dağılımı gerçekleştirilmeye çalışıldı. Devrim öncesinde sağlık kurumları büyük kentlerde toplanmıştı. Hekimlerin %65'i, psikiyatristlerin %95'i, hastane yataklarının %55'i Havana'daydı. Bölgesel eşitliği sağlamak amacıyla yeni sağlık kurumlarının tümü Havana dışına inşa edildi. Bütün yeni mezun sağlık personeline iki yıl kırsal kesimde çalışma zorunluluğu getirildi. (Daha sonradan bu süre üç yıla çıkarıldı (Gutmacher S, Danielson R 1977: 386.) Böylece 1970'lerin başında Havana'daki hekimlerin ve hastane yataklarının toplamdaki oranları %42 ve %40'a indirilmiş, psikiyatristlerin bütün kentlere dağılımı sağlanmıştır (Stein Z, Susser M 1972).

3. Organizasyon ve uzmanlaşma derecesi açısından kapsayıcılık: Küba'da sağlık hizmetleri üç amaç üzerinden organize edildi. Bu amaçlar, 1- planlamanın merkezleştirilmesi, yönetimin desantralizasyonu, 2- sağlığın geliştirilmesi çalışmalarına toplum kuruluşlarının katılımı, 3- koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin bütün olarak entegrasyonuydu (Iatridis DS 1990: 30).

Bugün Küba Anayasasına göre sağlık bakımı vatandaşlar için bir hak ve hükümet için sorumluluktur. 1983 yılında Halk Sağlığı Yasası (Public Health Law) kabul edildi ve halkın sağlığını korumak açısından devletin görevleri yeniden tanımlandı (Reed GA 2000).

V. TABAKALI İDARİ YAPI

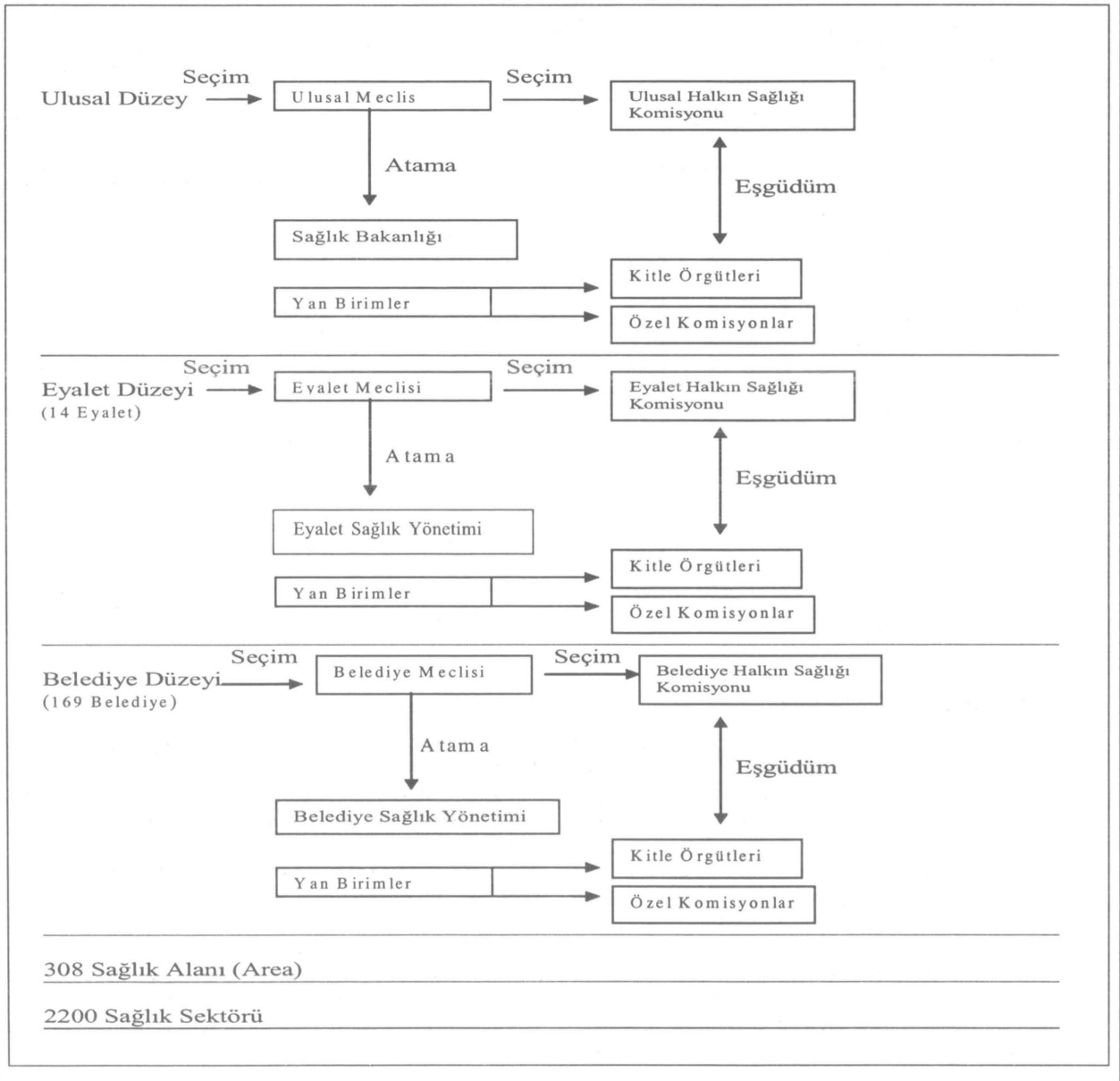
Sağlık sisteminin örgütlenmesinde ulusal düzeyin altında sağlık eyaletleri (health provinces) yer alır. Önceleri Sağlık Bakanlığının altında sekiz adet sağlık eyaleti vardı. Sağlık eyaletlerinin sayısı sonradan 14'e çıkarılmıştır. Her eyaletin başında bir sağlık direktörü ve iki de yardımcısı bulunur. Yardımcılardan birisi tıbbi bakım ve eğitimle, diğeri de hijyen ve epidemiyoloji ile ilgilenir. Eyalet düzeyindeki personel sayısı sınırlıdır, çünkü fazlasına gerek yoktur. Asıl iş alt bölge ve alan düzeyindedir. 1970'lerde Küba'da 38 sağlık alt bölgesi vardı. Alt bölgelerin başında bir tıbbi direktör ve iki yardımcısı bulunuyordu. Direktörün yanında bir alt bölge sağlık kurulu yer alıyordu. Bu kurul yardımcı direktörler, hastane direktörleri ve poliklinik direktörlerinden oluşuyordu. Ayrıca bu resmi yapının yanında çeşitli kitle örgütlerinin temsilcilerinin oluşturduğu komiteler çalışıyordu. Bu komiteler hem geri bildirim organları olarak işlev görüyorlar, hem de sağlık kampanyalarında doğrudan sorumluluk alıyorlardı. Sonradan, alt bölge yönetim yapısı kaldırıldı. Eyaletlerin

altında, ülkenin genel siyasal örgütlenmesiyle uyumlu biçimde belediye düzeyli bir sağlık organizasyonu oluşturuldu. 1970'lerde Küba'da 308 sağlık alanı (health area) ve 2209 sağlık sektörü (health sector) vardı (Roemer MI 1976: 29-34; Roemer MI 1991: 455).

1980'lerin başında Küba'da 169 belediye vardı. Bunların her birisi her beş bin nüfus için belediye meclisine 3 temsilci seçiyordu. Bu meclisler de sırasıyla eyalet ve sonra ulusal meclisleri belirliyordu. Her meclisin tam gün çalışan bir yönetim konsülü vardı. Her konsül, diğerlerinin yanı sıra belediye ve eyalet düzeyindeki halk sağlığı müdürlerini atıyor ve sağlık programlarının yönetimi yetkisini bu müdürlere veriyordu (Roemer MI 1991: 455).

Bugün ulusal düzeyde sağlıkla ilgili üç önemli yapı bulunur: Bakan ve devlete sağlık danışmanlığı yapan Ulusal Meclis (Nacional Asamblea), Sağlık Bakanlığı (Ministerio de Salud Publica) ve ulusal birimler (Unidades Nacionales). Eyalet düzeyindeki yapı, Halkın Gücü Eyalet Meclisi (Asamblea Provincial del Poder Popular), Eyalet Sağlık Yönetimi (Dirección Provincial de Salud) ve eyalet birimleri biçimindedir. Belediye düzeyindeki sağlık örgütlenmesi ise şu yapılardan oluşur: Halkın Gücü Belediye Meclisi (Asamblea Municipal del Poder Popular), Belediye Sağlık Yönetimi (Dirección Municipal de Salud), belediye sağlık birimleri (Unidades Municipales), sağlık alanı (Area de Salud), aile hekimleri (www.sld.cu/sistema_de_salud/ssalud.html).

Şekil 1. Küba'da sağlık örgütlenmesinin bugünkü yapısı



Küba'da sağlık bakım sistemi tıbbi bakım hizmeti sunan kurumlar ağı bakımından altı basamaktan oluşmaktadır: 1- Bütün nüfusa hizmet veren, uzmanlaşmış ulusal dördüncü basamak hastaneler ve sağlık enstitüleri. 2- Eyalet düzeyinde her bir milyon kişiye üçüncü basamak hizmeti veren uzman hastaneler. 3- Her 250 bin kişiye ikinci basamak hizmet veren belediye hastaneleri (municipality hospitals). 4- Alan düzeyinde her 25-30 bin kişiye hizmet veren birinci basamak (belediye) poliklinikleri. 5- Her 4-5 bin kişiye destekleyici birincil bakım hizmeti sunan sağlık ekipleri. 6- 120 aileye ya da yaklaşık 500 kişiye komşuluk ortamı içinde hizmet veren ve bir aile hekimi, bir hemşire ve sıklıkla da bir sosyal çalışmacıdan oluşan aile hekimliği birimleri (mini poliklinikler). Bu basamaklar arasında sevk sistemi işler. Buna karşılık ters yönde işleyen bir de konsültasyon hizmeti vardır (Iatridis DS 1990: 31).

Yukarıdaki tabloda belirtilen sağlık kurumları dışında 2001 yılı için diğer sağlık kurumlarının sayısı şu şekildedir: 14 tane eyalet hijyen ve epidemiyoloji merkezi, 46 tane belediye hijyen ve epidemiyoloji merkezi, 122 tane belediye hijyen ve epidemiyoloji birimi, 11 tane skolastik tıp merkezi, 24 tane günlük psikiyatri bakım merkezi, 15 tane AIDS sanatoryumu, 14 tane diş protez laboratuvarı, 12 tane ortopedik protez laboratuvarı, 114 tane bitkisel ilaç üretim laboratuvarı, 20 tane fizyoterapi merkezi, 1 tane oftalmoloji kliniği, 4 tane günlük diyabet merkezi, 38 tane acil müdahale merkezi, 11 tane onkoloji merkezi, 11 tane yeni doğan hastalıkları merkezi, 1 tane romatoloji merkezi, 9 tane lens fabrikası, 42 tane elektronik tıp cihazları üreten fabrika ve 1995 tane eczane ile 120 tane gözlükçü vardı (Küba Sağlık Bakanlığı verileri).

Tablo 2. Küba'da eyaletlere göre sağlık kurumlarına ilişkin çeşitli veriler(2001)

	10 bin kişi için hastane yatağı	Yoğun bakım ünitesi	200'den fazla yatağı olan hastane	Has-tane	Sağlık evi	Poli-klinik	Arş. Enst.	Yaşlı evi	Ana evi	Özürlü evi	Sağlık kurum-larında kütüp-hane
Pinar del Dio	38.6	3	5	20	24	24	-	14	20	-	34
La Habana	17.2	-	-	9	38	41	1-	22	20	2	41
Ciudad Habana	60.0	12	9	37	3	82	13	55	19	14	188
Matanzas	30.8	5	-	10	5	40	-	19	17	2	38
Villa Clara	31.4	4	1	18	8	39	-	23	23	2	53
Cienfuegos	23.9	1	1	6	6	18	-	11	14	1	30
Sancti Spiritus	36.0	1	1	25	22	21	-	20	8	1	34
Ciego de Avila	25.8	2	2	7	12	17	-	15	13	2	30
Camaguey	43.4	4	3	23	7	25	-	26	19	1	46
Las Tunas	33.2	4	1	13	13	11	-	12	16	2	29
Holguin	36.0	4	2	28	5	41	-	17	36	1	56
Granma	36.0	2	2	23	1	25	-	22	20	-	35
St de Cuba	46.8	4	4	26	9	39	-	19	24	2	52
Guantanamo	33.0	2	1	17	-	18	-	15	16	1	30
Isla de la Juventud	34.1	1	-	1	-	3	-	5	2	1	9
Toplam	41.6	49	29	263	153	444	13	295	267	32	705

Küba Sağlık Bakanlığı verileri

VI. AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

1970'lerde Küba'nın sağlık sorunları, polikliniklerde gerçekleştirilen çalışmalara bağlı olarak değişti. Sağlık sorunları çocuklardan yetişkinlere kaydı, bulaşıcı hastalıklar azalırken, bulaşıcı olmayan kronik nitelikli hastalıklar ön plana çıktı. Bu değişiklik poliklinikler temelinde işleyen sağlık sisteminde kimi kısıtlılıkların baş göstermesine neden oldu. Bunlar şu şekilde sıralanmaktadır: 1- Poliklinikler arasında entegrasyon eksikliği. Polikliniklerde ekip çalışmasının gerekliliklerinin yeterince yerine getirilemediği. 2- Hekim çalışmalarında tedavi edici hizmetlerin koruyucu hizmetlerin önüne geçmesi. 3- Hekim-hasta-toplum arasındaki ilişkilerin yetersizliği. 4- Birinci basamakta, hastaların sorunlarına

yeterli çözümlerin üretilmemesi, buna bağlı olarak hastanelere sevklerin artması. 5- Hekim eğitiminde birinci basamakta çalışmayı özendirilecek yönelimin olmaması. 6- Birinci basamaktaki eğitim ve araştırma olanaklarının eksikliği nedeniyle sağlık personeli arasında motivasyon düşüklüğü. 7- Hastanelerle ilişkinin zayıflığı. 8- Hekimler arasında birinci basamakta çalışma konusundaki isteksizlik. 9- Toplumun yaratıcı potansiyelinin yeterince değerlendirilemediği. 10- Bunların sonucu olarak toplumun birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin düşüklüğü. Bütün bunlar, birinci basamak sağlık hizmeti modeli olarak toplum sağlığı (community medicine) modelinin geliştirilmesine neden oldu. Bu modelde polikliniklerin işlevleri yeniden

tanımlanarak geliştirildi. Sürekli bakıma, sürekli değerlendirme ve risk değerlendirmesine önem verildi, profesörlerin poliklinik hizmetlerinde sorumluluk almaları sağlandı, uzmanlar arasında disiplinler arası ilişkiler geliştirildi, polikliniklerde araştırma ve eğitim çalışmaları başlatıldı. Ancak yine de şu sorunlar çözülemedi: 1- Bu gelişmelerde harmoni sağlanamadı. Eğitim polikliniklerindeki (toplamin %10'u) hizmetin kalitesi diğerlerinden yüksekti. 2- Sağlık ve hastalık süreçleri değerlendirilirken teknik ve biyolojik yaklaşım, psikolojik ve çevresel faktörleri de gözetilen bütüncül yaklaşıma göre daha belirgindi. 3- Sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi çalışmaları yetersizdi, aile ve topluma yeterince önem verilmiyordu. 4- Kronik hastalıkların değerlendirilmesinde çevresel, sosyal, psikolojik ortama yeterince yer verilmiyordu. 5- Hekimler hastalıkların korunması çalışmalarına aktif olarak katılmak yerine hastaların ayaklarına gelmesini bekliyordu. 6- Eğitim polikliniği olmayan polikliniklerde hasta yığılması vardı. Buradaki hizmetten memnun olmayan hastalar ise hastanelerin acil servislerine başvuruyordu. 7-Polikliniklerle hastaneler arasındaki ilişkiler hala yetersizdi. 8- Polikliniklerin maddi olanakları yetersizdi. Bütün bunlar nedeniyle Fidel Castro, aile hekimliği olarak yeni bir uzmanlık alanı önerdi. 1984 yılında Havana Lawton'da pilot uygulama başlatıldı (Novas JD, Sacasas JAF 2000).

Küba'da 1983 yılında yayımlanan bir yasayla aile hekimliği sistemine geçildi. Aile hekimlerinin eğitiminde ekip çalışması tekniklerine ve toplum tabanlı yaklaşımlara yer vermeye başlandı. Eğitimin içeriği hastalıktan sosyal tıbbaya yöneltildi (Iatridis DS 1990: 31). Her komşuluk alanına, fabrika ve okula bir aile hekimi verildi. Aile hekimleri ile poliklinikler arasında sevk bağlantısı oluşturuldu. Poliklinikler ve belediye hastaneleri laboratuvar ve röntgen tetkikleri bakımından da aile hekimlerine destek sunmaya başladılar (Cardelle AJF 1994: 422). Hastasını hastaneye sevk eden aile hekimi onunla birlikte gitmek zorundadır (bölge dışındaki bir eyalet hastanesine ya da ulusal hastaneye sevk etmediği sürece). 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. Aile hekimliğinden başlayan ve ulusal bir düzeye ulaşan elektronik veri akış sistemi vardır. Bütün ülke, modem ve elektronik posta ile bilgisayar bağlantısına sahiptir. Bilgisayar ağı son yıllarda kırsal kesimdeki sağlık merkezlerine de yaygınlaştırılmaktadır (Waitzkin H, Wald K, Kee R ve diğ 1997).

Ayrı bir tıp disiplini olarak aile hekimliği 1984'de uygulamaya konuldu. Aile hekimliği üç yıllık bir uzmanlık eğitimi gerektirir. Bu program Genel Kapsayıcı Tıp (General Comprehensive Medicine) olarak da tanımlanır (Cardelle AJF 1994: 422). Bu programda, bütün asistanlara üç yıl süreyle (sonradan başka bir uzmanlığı seçecek olmalarına bakmaksızın) üç yıl aile hekimliği eğitimi alma zorunluluğu getirildi. Bu eğitim programı iç

hastalıkları, çocuk hastalıkları, doğum ve jinekoloji dallarında rotasyonları, ayrıca da bir aile hekiminin yanında ve toplum içinde eğitimi içerir. Bu eğitim sonrasında, asistan eğer aile hekimi olarak çalışmayı tercih ederse bir topluluk içinde yaşamaya başlar. Aile hekimi, içinde yaşadığı topluluğun üyelerini yılda en az iki kez görmek zorundadır (Waitzkin H, Wald K, Kee R ve diğ 1997).

Aile hekimleri hizmet verdikleri alanda yaşarlar. Bundan amaç toplumla hekim arasındaki ilişkilerin geliştirilmesidir. Görevleri hem tıbbi bakım hizmetini, hem de çevreye yönelik sağlık hizmetlerini içerir. Aile hekimi ve ekibi şişmanlık, diyet, gebelik bakımı ve depresyon konularındaki eğitime özel önem verir. Yerel liderler ve kitle örgütleri ile birlikte çevresel ve koruyucu programları uygular. Ekip, hastalıkların ortadan kaldırılmasından çok birey ve ailenin iyiliği için çalışır. 1986 sonunda 2473 aile hekimi komşuluk alanlarında, okullarda, fabrikalarda ve diğer iş merkezlerinde çalışmaktaydı. Hükümet, ilk yıllarda, 2000 yılına kadar uygulamayı bütün nüfusu içerecek biçimde yaygınlaştırmayı ve 20 bin aile hekimi yetiştirerek, kentel alanda her bloğa bir aile hekimi atamayı planlamıştı (Iatridis DS 1990: 31-32). Küba'da, 2000 yılında, komşuluk alanlarında çalışan 17810 aile hekimi, 444 toplum polikliniği tarafından uzmanlık hizmetleri açısından desteklenmekteydi. 12037 aile hekimi ise çocuk bakım merkezi, okul ve iş yeri gibi kurumlarda hizmet vermekteydi (Osa J, Reed G 2000). Mart 2001 itibarıyla ise aile hekimlerinin sayısı 30297'ye yükselmiştir ve nüfusun %98.6'sı aile hekimliği sistemi tarafından kapsamaktadır. Aile hekimlerinin akademik eğitimlerinin geliştirilmesi amacıyla 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 (Küba Türkiye Büyükelçiliği verileri). Aile hekimleri dar alanlı topluluklarda sosyal değişimi sağlayacak aktörler olarak düşünülmektedir (Waizkin H, Iriart C, Lamadrid S 2001: 320). Her aile hekimi yaklaşık 150 aileden sorumludur (Oxfam America 1997).

Daha ayrıntılı bir resmi döküme göre 30 bin aile hekiminin 17217'si (%56.0) topluluklar içinde, 1413'ü (%4.6) okullarda, 724'ü (%2.6) kreşlerde, 958'i (%3.1) iş yerlerinde, 1971'i (%6.4) yönetim işlerinde, 1112'si (%3.6) eğitimde, 14671'i (%47.8) kendi ofislerinde çalışmaktadır (Küba Sağlık Bakanlığı verileri).

Aile hekimliği organizasyonunun hastaneler üzerindeki hastaneler üzerindeki yükü azaltacağı ve bireylerin sağlık sorunlarının yaşadıkları alanda çözümleneceği düşünülmektedir. Nitekim, aile hekimlerinin çalıştığı bir bölgede hastaneye sevk hızı 1985 ile 1990 arasındaki dönemde %18 azaldı. Daha önceden sevk nedenleri temelde solunum yolu hastalıkları ve ishaldi. 1990 yılında ise önde gelen sevk nedenleri travmalar ve cerrahi müdahale gereksinimi olarak değişmişti. Aile hekimlerinin, fiziksel çevreden, aile içi yaşama kadar uzanan bir dizi alandaki sorunlarda toplum liderliği görevlerini de üstleneceği belirtilmektedir (Roemer MI 1993: 318).

Bebekler, gebeler, yüksek riskli işçiler ve yaşlılar düzenli tıbbi muayeneden geçirilir. Ayrıca yatağa bağlı hastaların bakımı için ev ziyaretleri gerçekleştirilir. Kronik hastalıklara özel önem verilir. Hekimler ve hemşireler zamanlarının önemli kısmını su sanitasyonu, beslenme, gebelik bakımı, doğum kontrolü gibi koruyucu hizmetlere ayırırlar (Nikelly AG 1988: 22-23).

Her 15-20 aile hekimi, kendileriyle çalışan hemşirelerle birlikte bir çalışma grubu oluşturur. 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 gerçekleştirilir (Cuban News From Havana, Cuban Interests Section 1997).

Aile hekimliği sistemi ikinci ve üçüncü basamaktaki kurumların da yapısal ve işlevsel konumunu değiştirmiştir. Hastaneler artık, daha özelleşmiş yerel sağlık gereksinimlerinin çözümü görevini de üstlenmiş durumdadırlar. Hastane-poliklinik-aile hekimliği ekiplerinden oluşan bu üçlü yapının işlevi bütün topluma (tanısal hizmetler ile, sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler de içinde olmak üzere) ayakta, yataklı ve acil tedavi hizmetlerini sunmaktır. Bunlara ek olarak sosyal çalışma, eğitim, araştırma ve sağlığın izlenmesi de görev alanları içinde yer almaktadır. Ancak bu sistem içinde birinci basamak ile hastaneler arasındaki bildirim ve geri bildirim mekanizmalarında halen sorunlar yaşanmaktadır. Özellikle hastane hekimlerinin aile hekimlerine yaptıkları geri bildirimlerde yeterli dikkat gösterilmemektedir. Oysa hastanelerden taburcu edilen hastaların kendi yaşam alanları içinde, sürekli bakımlarının gerçekleştirilmesi aile hekimlerinin işidir ve aile hekimleri ile hastaneler arasında yakın işbirliğini gerektirmektedir. Bunu sağlamak bakımından hastane personeli ile hastanenin sorumlu olduğu poliklinik yöneticilerinin ve toplum temelli sağlık yöneticilerinin katıldığı düzenli toplantılar yapılmaktadır. Bu toplantıların amacı hastane personeli ile birinci basamak personeli arasındaki ilişkilerin geliştirilmesidir. Bu yönetsel toplantıların dışında, yine birinci basamak ile hastane çalışanlarının katılımıyla klinik-patolojik ve klinik-radyolojik toplantılar ile literatür toplantıları düzenlenmektedir. Bunlara ek olarak, Halkın Gücü Belediye Meclisi (Municipal Assemblies of People's Power) Başkanı, Belediye Parti Komitesi Genel Sekreteri ve diğer belediye kuruluşlarının temsilcilerinin katılımıyla belediye düzeyindeki toplum sağlığı sorunlarının tartışıldığı toplantılar düzenlenmektedir. Bu uygulamaların sağlık göstergelerinde de gelişmeler sağladığı bildirilmektedir. Hastaneler ile toplum temelli sağlık kuruluşları arasındaki bu ilişki topluma entegrasyon (integration with the community) olarak tanımlanmaktadır. Entegrasyon üç zeminde gelişmektedir: 1) Hastaneler hizmet ettikleri toplumun sağlık düzeyinin, sağlık sorunlarının ve sağlık sorunlarını etkileyen faktörlerin istatistiksel düzeyde farkında olmalıdırlar. 2) Toplum kendi sağlık durumuna ilişkin göstergelerden (örneğin hastanelerin acil servislerine ve polikliniklerine başvuran hastaların temel yakınmaları, hastaneye yatış nedenleri, ölüm nedenleri gibi bilgilerden)

haberdar edilmelidir. 3) Hastalar hastane ve birinci basamak hizmetler arasındaki entegrasyonu yansıtan bir hizmet almalıdırlar. Örneğin, laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmeli, ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinin sonuçlarını elde edebilmelidirler, rehabilitasyon hizmetleri sürekli olmalıdır, evde bakım desteklenmelidir ve hastane yatakları rasyonel kullanılmalıdır (Prats IAP, Abrines JR 2000).

VII. SAĞLIK İNSANGÜCÜ

1959'da ülkedeki hekim sayısı 6300'dü ve hekimlerin %65'i Havana'daydı. Devrim sonrası 3000'i Küba'yı terk etti. Hükümetin bu gelişme karşısındaki tutumu hekimliği özendirici önlemlerin alınması oldu. Bunların başında da hekimlere diğer ücretlilere göre en yüksek ücretlerin verilmesi gelir. Tıp öğrencilerinin tümü mezuniyet sonrasında istedikleri uzmanlığa devam etme olanağına sahiptirler. Bu stratejilerin, hekimlik mesleğinin özendirilmesi bakımından etkili olduğu görüldü. 1970 yılında bütün üniversite öğrencilerinin %30'u tıp fakültesinde okumaktaydı. 1959-1970 arasında 5293 yeni hekim yetiştirildi. 1971'de Havana'da çalışan hekimlerin oranı %42'ye düştü (Navarro V 1972: 420-422).

Devrim sonrasında tıp eğitimi değiştirildi. 5 yıllık tıp eğitiminin arkasına bir yıllık internlik eğitimi eklendi. Bunun ardına iki yıl (bir ara üç yıl) süreyle kırsal kesimdeki hastane ya da sağlık merkezlerinde çalışma zorunluluğu (zorunlu hizmet) getirildi. Hekimlere ancak bundan sonra 42 dalda iki ile dört yıl arasında değişen uzmanlık eğitimi olanağı tanındı. Tıp eğitiminin ilk iki yılı epidemiyoloji, istatistik, sosyal tıp (sağlık hizmetleri yönetimini de kapsayan) ve temel tıp bilimlerine ayrıldı. İzleyen üç yıl klinik çalışma ve altıncı yıl da internlikle geçiriliyordu. Beşinci ve altıncı sınıf tıp öğrencileri haftada iki kere dört saatlerini sağlık merkezinde geçiriyorlardı. Dördüncü, beşinci ve altıncı sınıfta sorumlu oldukları ve yaklaşık 2000 işçinin çalıştığı bir şeker kamışı kampında, bir hemşire, bir sanitasyon teknisyeni ile birlikte çalışıyorlardı. Tıp eğitiminin ilk beş yılı üniversitenin, son yılı ise Sağlık Bakanlığının sorumluluğundaydı. Uzmanlık alanı olarak epidemiyoloji, hijyen ve sanitasyon, beslenme ve sağlık hizmetleri yönetimini seçenler Sağlık Bakanlığının eğitim kurumlarında asistanlık yapıyorlardı. Tıp öğrencilerinin yalnızca en iyi %10'luk dilimi ile eğitimlerinin son yılında bu alanlara özel ilgi göstermiş olanlar bu dört dala uzmanlık için kabul ediliyordu. Küba tıp eğitimi 1970'lerin başında dünyadaki en topluma yönelik eğitim sistemi olarak tanımlanıyordu (Navarro V 1972: 417-420).

1980'lerde tıp eğitiminde reformlar gerçekleştirildi. 6 yıllık mezuniyet öncesi eğitimin üzerine 4 yıllık kapsayıcı Genel Tıp Uzmanlığı (Aile Hekimliği) eklendi, böylece zorunlu eğitim süresi 10 yıla çıkarıldı. Hekimlerin %97'si bir başka uzmanlık eğitimine başlamadan önce bu 10 yılı tamamlarlar, kalan %3'ü ise eğitimleri sırasında başka uzmanlık programlarına geçerler. 10 yıllık eğitimi tamamlayan yeni hekimlere Temel Genel Hekim (Basic General Physician) ya da Aile Hekimi denir. Yeni eğitim programı sağlığı sosyobiyojik bir disiplin olarak ele alır, toplum temellidir ve aktif eğitim yöntemlerini kullanır. Temel Genel Hekim şu niteliklere sahip olmalıdır: 1- Ailede,

iş ortamında, toplumun bütün bireylerine, sağlığı geliştiren, koruyan, ayaktan tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri sunabilmelidir. 2- Sağlık risklerini saptayabilmeli ve riskleri denetleyecek, ortadan kaldıracak önlemler alabilmelidir. 3- Kaynakların en etkin biçimde kullanılmasını sağlayacak yönetim becerisine sahip olmalıdır. 4- Toplum eğitimi programlarını planlayıp, gerçekleştirebilmelidir. 5- Sağlık sorunlarına bilimsel yöntemle yaklaşabilmeli, bunun için sağlık sorunlarıyla ilgili veri toplayıp, değerlendirebilmelidir. Altı yıllık tıp eğitimi programının ilk üç yarım yılı biyomedikal ve sosyal bilimlere ayrılır: Temel Bilimler Dönemi. Sonraki iki yarım yıl Temel Klinik Dönem adını alır ve patoloji, klinik yöntemler, klinik laboratuvar, radyoloji, tıbbi patoloji, psikiyatri, biyoistatistik ve bilgisayar bilimlerini içerir. Kalan 7 yarım yıl Klinik Dönem olarak adlandırılır ve farklı düzeydeki sağlık kurumlarında klinik rotasyonları, sağlık yönetimi, hijyen, epidemiyoloji eğitimlerini kapsar. Eğitim programında birinci basamağa horizontal bir yer verilir, altı yıl boyunca bütün stajların içine sokulur. Böylece birinci basamağa akademik, pratik ve bilimsel bir yaklaşım sağlanır. Öğrencilerin birinci basamakla teması eğitimlerinin ilk yılında başlar. Eğitim 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. Küba Sağlık Bakanlığına göre aile hekimliği klinikleri ve poliklinikler küçük tıp fakülteleridir. Aile hekimlerine, tıp eğitiminin gerektirdiği eğitici nosyonu kazandırmak amacıyla Kapsayıcı Genel Tıp Uzmanlık programı içine pedagoji programları eklenmiştir. Tıp eğitimi dokuz haftalık bir aile hekimliği rotasyonu ile biter. Tıp eğitiminin son üç yılının %25'i tamamen birinci basamakta ve halk sağlığı eğitimi içinde geçer. Son üç yılın kalan kısmı ise önemli oranda polikliniklerde pediatri ve dahiliye rotasyonlarıyla tamamlanır. Öğrenciler birinci basamaktaki araştırma programlarına da katılırlar. 1988 yılında ülke çapında birinci basamakta yürütülen araştırma programlarının sayısı 554'tü. 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. Tıp eğitimindeki bu reformun öğrencilerin birinci basamağa yönelik eğilim ve tercihlerini değiştirdiği belirtilmektedir. Örneğin reformun ilk yılında öğrencilerin yarısı bir başka uzmanlık alanını seçmek istediklerini belirtirlerken, bu oran üç yıl sonra %5'e inmiştir. Aile hekimliği programının uygulanmasından altı yıl sonra, aile hekimlerinin %72'si halen toplum sağlığı programlarında çalışmaktaydı. Yeni eğitim sistemiyle mezun olan aile hekimlerinin %88'i bu birinci basamak modelinin eskisinden daha iyi olduğunu belirtmektedir. 1990'larda aile hekimliği programının uygulandığı bölgelerde astım ve hipertansiyon tanı sıklığının, diğer bölgelerin iki katı olduğu bilinmekteydi. Aile hekimliği sistemi hastaneye sevk hızını 1985-1990 aralığında %15 azaltmıştır (Cardelle AJF 1994: 422-427).

Küba'da tıp eğitiminin temel amacı pratiğe dayalı eğitim vermektir. Öğrenciler 1. sınıfın ilk beş haftasını polikliniklerde geçirirler. Bu süre içinde haftanın üç günü Küba sağlık sistemi konulu dersler görülür ve öğrencinin sistemi tanınması sağlanır. Teorik dersler yarım gündür. 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 öğrenci 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. İlk beş haftanın sonunda yapılan sınavda başarılı olanlar temel eğitime (temel bilimler dönemi) geçmeye hak kazanırlar.

Temel dersler üç yarı yılda (dönemde) verilir. 1. dönemde anatomi, biyokimya, histoloji, sağlık ve felsefe, sağlık ve spor ve İngilizce dersleri okutulur. 2. dönemde yukarıdaki derslere fizyoloji ve embriyoloji eklenir. 3. dönem 2. ile aynı içerikte sürdürülür. 4. dönemden itibaren (yani yaklaşık ilk 2 senenin sonunda dersane eğitimi tamamlanmış olur ve öğrenciler hastanelere dağıtılır. Eğitimin hastanelere erken taşınmasının nedeni, hekim yetiştirmenin fazla pratikle ilişkili olduğunun düşünülmesidir.

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 hazırır. (Tıp eğitimiyle ilgili bu bilgiler Küba'da tıp okuyan ve halen 2. sınıfta bulunan Ceren Tamgüler'den e-röportaj yoluyla elde edildi.)

Tıp eğitiminin üzerine oturduğu 11 ilke vardır: 1- Marksizm-Leninizm öğretimi. 2- Dogmatizm ve pragmatizmden kaçınan bilimsel düşüncenin geliştirilmesi. 3- Teori ve pratik arasındaki açıklığın giderilmesi. 4- Temel bilimlerin kliniğe entegrasyonu. 5- Sağlık ve hastalıkta psikolojik faktörlerin yeniden organize edilmesi. 6- Tıbbın hümanistik ve sosyal bir kavram olarak ele alınması. 7- Tıp eğitimine üretken el emeğinin sokulması. 8- Sosyalist ekip çalışması ve burjuva bireyselciliğinin ortadan kaldırılması. 9-Tıp eğitiminin bir parçası olarak genel kültür eğitimi. 10- Sağlığın korunmasına vurgu. 11- Ulusal sağlık hizmetlerinin yönetim yapısına uyum (Roemer MI 1991: 457-458).

Bugün Küba'da 28 tıp fakültesi, 4 diş hekimliği fakültesi, sağlık teknisyeni yetiştiren 55 merkez, 66325 hekim (10 bin kişiye 59.1 hekim), 9877 diş hekimi (10 bin kişiye 8.8 diş hekimi), 76013 hemşire (10 bin kişiye 69.1 hemşire) vardır. Hemşirelerin %17'si üniversite mezunudur ve çeşitli sağlık teknisyenlerinin sayısı 193 bindir. Küba'da temel eğitimin üzerine çeşitli kurslarla sağlık teknisyeni de yetiştirilmektedir. 2001 yılında bu tür kurslarla eğitilmiş sağlık teknisyeni sayısı 973'dür (PAHO 2001; Küba Sağlık Bakanlığı verileri). Teknik sağlık kursları çeşitli dallarda düzenlenmektedir. Genel hemşirelik, çocuk (pediatri) hemşireliği, kadın doğum hemşireliği, diş

yardımcılığı, oftalmoloji, psikometri, hijyen ve epidemiyoloji, patolojik anatomi, klinik laboratuvar, mikrobiyoloji laboratuvarı, röntgen teknisyenliği, fizik tedavi teknisyenliği, diyet, sitohistopatoloji kursları gibi (Küba Sağlık Bakanlığı verileri). Bugünkü zorunlu hizmet uygulamasına göre hekimler mezun olduktan sonra yine iki yıl süreyle ya kırsal kesimde ya da dünyanın gelişmemiş bir ülkesinde çalışmak zorundadırlar. Örneğin Güney Afrika'da 400'den fazla Kübalı hekim çalışmaktadır (Cuban Medical 2001). Castro'nun vurguladığı gibi, Küba hem geri kalmış ülkelere kendi hekimlerini göndermeye, hem de kendi tıp fakültelerinde yabancı ülkelere gelen tıp öğrencilerini eğitmeye devam edecektir (Castro F 1988). Bir hekime düşen nüfus 167 kişidir ve bu dünyadaki en iyi orandır (Cuban Medical 2001a).

Tıp eğitimi tamamen parasızdır, eğitim için cepten herhangi bir harcama yapılmaz. Bugün de hekimlerin %48'i, aile hekimlerinin de %61'i kadındır. Cins farklılığı yoktur. Son yıllarda, bulaşıcı hastalıkların eradikasyonuna bağlı olarak, geriyatrik tıp önem kazanmaktadır. Asistanlık eğitimi sırasında, bütün hekimler geriatri rotasyonu yaparlar. Aile hekimliği ve dahiliye uzmanlıkları sırasında, tercih yapanlar, yaşlı bakım evlerinde rotasyon yapabilirler. Bu kurumlar yaşlılara günlük bakım sunarlar, düzenli egzersiz programı uygularlar, seyahat ve kültürel programlar düzenlerler ve ülke çapında yaygın durumdadırlar (Waitzkin H, Wald K, Kee R ve diğ 1997).

Tablo 3. Küba'da sağlık personelinin yıllara göre durumu

	Toplam sağlık çalışanı sayısı	Toplam çalışan nüfusun içindeki oranı%	Sağlık çalışan. içinde kadın oranı%	Yıllık mezun sayıları				Hekim		Diş Hekimi	
				Hekim	Diş hekim	Lisanslı sağlık teknisyeni	Hemşire	Sayı	Nüfus/Hekim	Sayı	Nüfus/Diş hekim
1960				335	42		56				
1965				395	115		510				
1970				700	101		801	6152	1393	1366	6274
1975	131005	2.9	63.7	1361	294		1655	9328	996	2319	4006
1980	157933	3.2	69.3	764	218	10	992	15247	641	3646	2681
1985	248643	4.3	69.7	2551	545	163	3259	22910	439	5335	1885
1990	298708	4.9	72.4	4223	555	1273	6051	38960	274	6959	1534
1995	320427	5.0	72.6	4019	491	2421	7025	56836	193	9148	1199
2000	359653	5.5	72.4	1840	141	1957	3953	65997	170	9917	1131
2001	358569	5.6	72.9	1765	232	1706	3705	66325	169	9877	1135

Küba Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 4. Küba'da sağlık çalışanlarının eyaletlere dağılımı

	Nüfus/Toplam %	Nüfus/Hekim	Nüfus/Aile hekim	Nüfus/Diş hekim	Nüfus/Hemşire lisanslı	Hemşire toplam
Pinar del Dio	34.2	209	391	1302	464	128
La Habana	38.5	239	483	1210	518	132
Ciudad Habana	24.0	107	350	872	777	107
Matanzas	33.5	194	377	1092	747	133
Villa Clara	35.1	174	318	1288	477	145
Cienfuegos	32.7	183	359	1187	427	149
Sancti Spiritus	28.5	187	336	1242	483	129
Ciego de Avilla	36.7	187	350	1110	553	154
Camaguey	29.5	181	343	1154	423	135
Las Tunas	37.2	222	386	1393	556	161
Holguin	41.4	215	378	1388	681	177
Granma	37.2	233	402	1353	671	142
Santiago de Cuba	24.8	167	332	1080	500	146
Guantanamo	31.8	208	412	1315	643	123
Isla de la Juventud	28.0	173	391	809	383	111
Toplam	31.3	169	366	1137	569	133

Küba Sağlık Bakanlığı verileri

VIII. FİNANSMAN

Küba'da bütün sağlık kurumları kamunundur, hizmet parasızdır ve personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak ücretlendirilir. Finansman genel bütçeden sağlanmaktadır (PAHO 2001).

Küba'da sağlık harcamalarında yıllar içinde büyük artış olmuştur ve bu gelişme sağlığa verilen öncelikli ilişkilidir. 1958'de Sağlık Bakanlığının işletme harcamaları 22.7 milyon pesoydu, 1968'de 210.6 milyon pesoya, sabit harcamalar da eklenince, 220.7 milyon pesoya yükseldi. Böylece kişi başı kamu sağlık harcaması 1958'de 3.5 peso iken, 1968'de 27.3, 1986'da 85.9 pesoya çıktı. Devrim öncesi dönemde sağlık harcamalarının %60'ı Havana'da gerçekleşiyorken, 1961'de bu oran %44'e geriledi. Veremle ilgili harcamalarda aynı dönemde 4.4 kat artış oldu. Verem mücadelesi eskiden beri hükümetin görevi olduğu için, bu artış, sağlığa verilen önceliğin iyi bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Toplam hükümet harcamalarının %23'ü Sağlık Bakanlığınca gerçekleştirilmektedir (Roemer MI 1976: 62; Roemer MI 1991: 461; UNICEF 2001).

1994 yılında sağlık harcamalarının toplamı 1166 milyon pesoyu buldu (kişi başı 106.4 peso) ve bu miktar 1989'a göre %17 daha yüksekti. 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 (1989'da %12.2 idi) sağlık harcaması biçiminde gerçekleşiyordu. Bu kadar çok kaynağın sağlık hizmetlerine ayrılmasını endüstriyel gelişmeyi geriletiriyor düşüncesiyle eleştiren yerli ve yabancı iktisatçılar vardı. Sağlık harcamalarının %60'ı ücretlere tahsis ediliyordu. 1990'larda ilaç için yılda 141 milyon peso harcanmaktaydı (Roemer MI 1991: 461; PAHO 2001).

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 (Ochoa FR, Pardo CML 1997: 800-802).

Görüldüğü gibi, bütün zor koşullara rağmen, Küba sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri içinde de birinci basamak sağlık hizmetlerine verdiği önceliği değiştirmemiştir. Buna karşılık savunma harcamalarını düzenli bir biçimde azaltmıştır. Toplam sağlık harcamalarının %90'ı genel bütçeden karşılanır.

Tablo 5. Küba'da, yıllara göre toplam ve kişi başı sağlık harcaması miktarı (peso olarak)

Yıllar	Toplam(milyon)	Kişi başı	Yıllar	Toplam(milyon)	Kişi başı
1958	20.6	3.0	1982	594.7	60.6
1959	25.7	3.7	1984	740.5	74.4
1960	51.3	7.3	1986	875.2	85.9
1962	103.3	14.1	1988	978.9	94.1
1964	130.4	17.1	1990	1045.1	98.6
1966	157.7	19.8	1992	1038.8	96.0
1968	180.2	21.8	1994	1166.4	106.4
1970	216.4	25.3	1996	1310.1	119.0
1972	232.5	26.3	1998	1473.1	132.4
1974	281.3	30.7	2000	1857.0	166.0
1976	323.8	34.2	2001	1897.6	169.0
1978	390.8	40.3			
1980	440.2	45.0			

Küba Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 6. Küba'da ulusal bütçenin dağılımı (milyon peso olarak)

	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Eğitim	1640	1600	1652	1651	1620	1504	1427	1385	1334	1370	1430
Sağlık	770	810	873	905	937	925	938	1077	1061	1100	1180
Savunma	1268	1241	1274	1259	1149	882	736	713	651	632	602
Sosyal güvenlik	897	961	1032	1094	1164	1226	1348	1452	1532	1585	1630
Yönetim	530	495	495	490	453	400	366	413	354	365	357
Konut	444	412	396	406	383	280	248	260	316	400	470
Kültür, sanat	185	171	173	191	201	203	178	173	160	157	150
Bilim, teknoloji	127	120	121	124	124	126	122	125	121	133	133
Spor	105	107	115	116	117	125	100	104	106	111	115
Refah	83	93	97	101	96	86	98	94	94	110	150

AAWH 1997: 36

IX. KÜBA'DA TOPLUMSAL SAĞLIK GÖSTERGELERİ

IX.1. YAŞAM UMUDU VE TOPLUMUN YAŞ YAPISI

Küba'da doğuştan beklenen yaşam süresi (yaşam umudu) 1950-55 döneminde 58.8 yıldır, (Valdes-Brito JA, Henriquez A 1983: 480-483), 1982'de 73.5 yıla yükseldi (Roemer MI 1991: 458). Bugün ise erkeklerde 74.7, kadınlarda 78.6'dır. 60 yaş ve üzerindeki nüfusun toplamdaki oranı 1996 yılında %12.7'ye, 2001 yılında da %13.9'a ulaşmıştır. 15 yaş altındakilerin oranı ise 1992'de %22.4 iken, 1996'da %22'ye, 2001 yılında da %21.6'ya gerilemiştir. Gerek yaşam umudu, gerek nüfusun yaş yapısı bakımından Küba'nın durumu yüksek gelirli ülkelere benzemektedir (PAHO 2001; Küba Sağlık Bakanlığı verileri).

IX.2. BEBEK ÖLÜM HIZI (BÖH)

BÖH 1959 yılında binde 70'den fazlaydı (Valdes-Brito JA, Henriquez A 1983: 480-483), ambargo yıllarında bile düşmeye devam ederek 1999'da binde 6.4'e ve 2001'de de binde 6.2'ye indi (Osa J, Reed G 2000 ve Küba Sağlık Bakanlığı verileri). Bebek ölümlerinin bütün ölümler içindeki oranı 1992'de %2.1, 1996'da ise %1.4'tü (PAHO 2001).

BÖH'nin düşmesinde aile hekimliği sisteminin büyük etkisi olduğu bildirilmektedir. Bu sistem içinde gebeler, muayenelerde, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından kan testleri, genetik testler ve diğer gerekli testlere tabi

tutulurlar. Yeni doğanlar hipotroidizm, hepatit B ve fenilketonüri açısından test edilirler. Bebeklere yaşamlarının ilk yılı içinde verem, hepatit B, menenjit B ve C, hemofilus influenza, çocuk felci, difteri, tetanoz, boğmaca, kızamık, kabakulak, su çiçeği aşıları yapılır (Osa J, Reed G 2000).

Küba'da BÖH açısından kır-kent, etnik gruplar arasında önemli bir fark yoktur. BÖH'nin en yüksek olduğu bölgeler Havana (başkent), Ciego de Avila (şeker kamışı üretimiyle geçinen bir bölge) ve Camagüey (bir başka tarım bölgesi) dir.

Bebek ölümlerinin en önemli nedeni perinatal döneme (gebeliğin 20. haftası ile doğumdan sonraki ilk bir hafta arasındaki dönem) ilişkin nedenlerdir. Bu grubu malformasyonlar ve kromozom anomalileri izlemektedir. Bebek ölüm nedenleri içinde önlenebilir nedenlere bağlı ölümlerin (influenza ve pnomoni) oranının hızla azaldığı görülmektedir. Bu tam bir gelişmişlik göstergesidir (bakınız tablo).

IX.3. ÖLÜM NEDENLERİ

Devrimden yalnızca 10 yıl sonra, 1969 yılında, ilk üç ölüm nedeni, ABD'de olduğu gibi ve düşük gelirli ülkelere tamamen farklı olarak, kalp hastalıkları, kanserler ve kalp damar sistemi hastalıkları olarak sıralanmaktaydı (Navarro V 1972: 405-407).

Tablo 7. Küba'da Yıllara ve Bölgelere Göre Bebek Ölüm Hızı (binde)

Bölge	1975	1989	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Pinar del Rio	31.5	11.2	10.2	8.4	6.2	7.7	6.5	5.9	5.8
La Habana	25.1	9.7	9.8	9.7	5.6	8.6	6.7	7.6	6.6
Ciudad Habana	24.1	10.4	9.7	7.9	7.2	7.5	7.1	7.5	6.7
Matanzas	23.0	10.7	9.0	5.9	6.5	7.9	5.3	6.4	4.4
Villa Clara	18.8	9.2	7.1	5.9	5.4	5.5	4.8	5.0	6.2
Cienfuegos	25.2	8.2	6.5	8.0	7.1	7.5	5.9	5.4	5.6
Sancti Spiritus	20.3	12.6	8.5	9.7	5.7	5.5	5.3	6.2	6.6
Ciego de Avila	35.1	12.6	9.2	7.6	6.0	7.3	7.1	8.1	4.8
Camagüey	31.2	10.6	9.2	5.5	8.7	5.5	7.6	7.0	6.5
Las Tunas	34.5	13.2	9.9	9.0	10.0	7.3	6.4	7.0	5.7
Holguin	31.2	11.6	8.7	9.2	7.8	6.6	6.8	7.3	6.7
Granma	26.9	11.9	11.0	7.6	8.4	7.0	5.7	8.2	5.0
S. de Cuba	28.9	11.8	10.2	7.7	6.6	7.8	6.0	8.7	6.2
Guantanamo	29.8	12.0	10.1	9.3	8.5	6.5	6.5	9.1	7.9
Youth Adası Belediyesi	31.5	10.9	10.7	10.3	12.0	5.2	9.5	4.9	9.0
Küba	27.5	11.1	9.4	7.9	7.2	7.1	6.4	7.2	6.2

Osa J, Reed G 2000 ve Küba Sağlık Bakanlığı verileri

Tablo 8. Küba'da bebek ölümlerinin nedenlerine ilişkin hızlar (binde)

	1970	1980	2000	2001
Perinatal nedenler	15.0	9.4	3.1	2.9
Malformasyonlar, kromozom anomalileri	3.8	3.9	1.9	1.7
Kazalar	0.7	0.6	0.2	0.2
İnfluenza ve pnomoni	5.1	1.6	0.3	0.2
Bakteriel menenjit	0.8	0.5	0.2	0.2

Küba Sağlık Bakanlığı verileri

1981'de en önemli beş ölüm nedeni sırasıyla kalp hastalıkları (yüz binde 176.1), kanserler (yüz binde 109.0), serebrovasküler hastalıklar (yüz binde 56.2), influenza ve pnomoni (yüz binde 41.1) ve kazalar (yüz binde 38.8) (Valdes-Brito JA, Henriquez A 1983: 480-483). Bu ölüm haritası yüksek gelirli ülkelerin durumuna benzerdi. 1980'lerin sonuna gelindiğinde ilk dört ölüm nedeni sıralamasında değişiklik gerçekleşmişti: Kalp hastalıkları, kanserler, serebrovasküler hastalıklar ve kazalar. Böylece, influenza enfeksiyonu, önlenebilir bir ölüm nedeni olarak geri plana düşmüştür (Cardelle AJF 1994: 422).

IX.4. ARTIK GÖRÜLMİYEN BULAŞICI HASTALIKLAR

Çocuk felci (1963'de), difteri (1971'de), kızamık (1996'da), sıtma (1967'de), verem sonrası gelişen menenjit ve yeni doğan tetanozu (1970'lerin başında) eradike edilmiş, iki önemli komplikasyon (kabakulak menenjiti ve konjenital kızamıkçık sendromu) artık görülmez olmuştur. 1992 yılında 5 tetanoz, 15 kızamık, 1996'da 4 tetanoz vakası saptanmış, kızamık ve kabakulağa rastlanmamıştır (Valdes-Brito JA, Henriquez A 1983: 480-483; PAHO 2001).

Bu yazı Yazarın "Küba'da Sağlık: Sosyalizmin Başarısı" (Nazım Kültürevi Kitaplığı, İstanbul, Aralık 2002) isimli kitabının özeti niteliğindedir.

KAYNAKLAR

American Association for World Health (AAWH) (1997) The Impact of the US Embargo on Health and Nutrition in Cuba.

Cardelle AJF (1994) The Preeminence of Primary Care Within Cuban Predoctoral Medical Education, International Journal of Health Services, 24(3): 421-429.

Castro F (1988) Cuba Offers 5000 Scholarships for Central American Medical Students (Excerpts from the speech of President Castro to 12th National Science Technology Forum, November 21, 1988), www.cubasolidarity.com

Ceren Tamgüler (Küba'da 2. sınıf Tıp öğrencisi) ile yapılan e-röportaj, 12-17 Eylül 2002.

Cuban Medical (2001) Cuba Health Care System, www.cubanmedical.net/

Cuban Medical (2001a), Cuba Medical on Cuban Health Care, www.cubanmedical.net/

Cuban News From Havana, Cuban Interests Section (1997) What is the Family Physician Program ? www.hartford-hwp.com/archives

Galindo MA (1999) Cuba's National Immunization Program, Medicc Reviews, 1(2), www.medicc.org

Gutmacher S, Danielson R (1977) Changes in Cuban Health Care: An argument Against Technological Pesimism, International Journal of Health Services, 7(3): 383-400.

Iatridis DS (1990) Cuba's Health Care Policy: Prevention and Active Community Participation, Social Work, January: 29-35.

Küba Sağlık Bakanlığı verileri (2001).

Küba Türkiye Büyükelçiliği Dokümanları (2002).

Navarro V (1972) Health, Health Services, and Health Planning in Cuba, International Journal of Health Services, 2(3): 397-432.

Navarro V (1972) Health Services in Cuba, The New England Journal of Medicine, 287(19): 954-959.

Novas JD, Sacasas JAF (2000) From Municipal Polyclinics to Family Doctor-and-Nurse Teams, Medicc Review, 2(3), www.medicc.org

Nikelly AG (1988) Health Care in Cuba, Public Health, 102: 19-25.

Ochoa FR, Pardo ML (1997), Economy, Politics and Health Status in Cuba, International Journal of Health Services, 27(4): 791-807.

Osa JA (2000) Life Expectancy: Cuba Leads Latin America, Medicc Review, 2(2), www.medicc.org

Osa J, Reed G (2000) Cuba Registers 6.4 Infant Mortality, Medicc Review, 2(1), www.medicc.org

Oxfam America (1997) About the US Embargo on Medicine and Supplies to Cuba, ///A/Cuba Myths and Facts.htm

Pan American Health Organization (2001) Basic Country Health Profiles: Cuba, www.paho.org

Presno C (2000) Interview with President, Cuban Society of Family Medicine (Clarivel Presno), Medicc Reviews, 2(3), www.medicc.org

Reed GA (2000) Cuba's 30-Year Track Record in Community-Based Health Care, Medicc Review, 2(3).

Richmond JB (1984) A Conversation with Fidel Castro about Health Services, The New England Journal of Medicine, 310(15): 994-995.

Roemer MI (1976) Cuban Health Services and Resources, PAHO.

Roemer MI (1991) National Health Systems of the World, Oxford University Press, New York.

Roemer MI (1993) Primary Health Care and Hospitalization: California and Cuba, American Journal of Public Health, 83(3): 317-318.

Stein Z, Susser M (1972) The Cuban Health System: A Trial of a Comprehensive Service in a Poor Country, International Journal of Health Services, 2(4): 551-566.

UNICEF (2001) Dünya Çocuklarının Durumu 2001, Ankara.

Valdes-Brito JA, Henriquez A (1983) Health Status of the Cuban Population, International Journal of Health Services, 13(3): 479-485.

Waitzkin H, Wald K, Kee R ve diğ. (1997) Primary Care in Cuba: Low- and High-Technology Developments Pertinent to Family Medicine, www.ciponline.org/cuba

Waitzkin H, Iriart C, Lamadrid S (2001) Social Medicine in Latin America: Productivity and Dangers Facing the Major National Groups, The Lancet, 358: 315-323.