

SOSYALİZM VE SAĞLIK HAKKI: KÜBA'NIN BAŞARILARI

İlker Belek
Akdeniz Üniversitesi

ÖZET

Küba sağlık sisteminde 1958'den beri önemli değişiklikler meydana geldi. Küba, kamu sağlığı hedefleriyle uyumlu biçimde, ekonomide, eğitim sektöründe ve çalışma yaşamında radikal değişiklikler gerçekleştirdi. ABD ambargosuna bağlı olarak ortaya çıkan ve devam eden sorunlara rağmen, Küba, sosyoekonomik değerlerinin halk sağlığı öncelikleriyle uyumlu olmasına bağlı olarak halk sağlığında önemli gelişmeler göstermiştir. Küba sağlık sisteminin temelinde aile hekimliği ve hemşireliği sistemi vardır ve bu sistem yalnızca gelişmemiş ülkeler için değil gelişmiş ülkeler için de örnek olabilir niteliktedir. Bu program insan kaynaklarına büyük yatırım anlamına gelmektedir. Küba ekonomik güçle sağlık standartları arasındaki yaygın bağı kırmıştır. Sağlık sistemi tümüyle devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Herhangi bir aile ödemesi, özelleştirmenin herhangi bir biçimi, sağlık sigortası ya da katkı payı yoktur. Bütün bu gelişmeler sosyalist devletin sağlığa verdiği yüksek öncelik sayesinde başarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Küba, halk sağlığı, Küba'da sağlık, sağlık sistemi

ABSTRACT

Profound changes have occurred in the Cuban health services since 1958. Cuba has made radical reforms by realigning the economic, educational and work sectors so that these have become consistent with public health objectives. Despite continuing and emerging problems, related especially to the US embargo over the last 15 years, Cuba has made significant progress in public health because its socio-economic values are consistent with health care priorities. Cubans have developed a national healthcare system which has its roots in the family doctor-and-nurse system, and provides a model which could be emulated not only in less developed, but also in more developed countries. This program represents a large investment in human resources. Cuba has been able to break the usual bond between economic power and health standards because the Cuban health system is entirely financed from the state budget. No new costs to the family, or any form of privatization, health insurance system, or patient co-payment are foreseen. All these developments have been achieved through the high priority given to health by the socialist state.

Keywords: Cuba, public health, health in Cuba, health care system

GİRİŞ

Küba bugün geliri düşük ancak sağlık düzeyi yüksek bir ülkedir. Bu durum sosyalist devrime bağlı olarak ortaya çıkmıştır. 1959 devrimi halk sağlığı açısından önemli etkiler yaratmıştır. Halk sağlığında, tıp eğitiminde, temel sağlık hizmetlerinde ve uzmanlık gerektiren tıbbi bakımda hızlı gelişmeler olmuştur. 1970'lerin sonlarında Küba önemli hastalık ve ölüm göstergeleri açısından ekonomik olarak gelişmiş ülkelerin durumunu yakalamıştır. (Waitzkin, Idiart, Estrada, Lamadrid 2001: 319)

Küba'dan elde edilen veriler, devletin sağlık hakkını garanti etmesinin, sağlık hizmetlerinde öncelikleri belirlemesinin sağlık hedeflerine ulaşmak açısından belirleyici olduğunu göstermektedir. Bu bildiride Küba sosyalizminin Küba'ya sağlıkta sağladığı avantajlar, sağlık sisteminin bileşenleri ve sağlık düzeyi özelinde incelenecektir.

DEVİRİM VE SOSYAL KALKINMA

Batista'ya karşı savaştan Küba devrimci güçleri daha 1958 yılında, kaynakları kıt ve bir tarım ülkesi olan Küba'da, halka dünya standartlarında sağlık hizmeti sunma sözü vermişti. Bu, o zamanlar hem Küba'da hem de uluslar arası ortamda şüpheyle karşılanmıştı. Ancak, Küba hükümeti devrimden kısa süre sonra parasız ve yüksek nitelikli sağlık hizmeti sözünü yerine getirdi.

Küba'da sağlık hakkı Anayasa ve yasaların garantisi altındadır. 1976 yılında kabul edilen son Anayasa devlete bütün vatandaşlara parasız, evrensel, ulaşılabilir sağlık hizmeti sunma, bireylerin sağlıklarını geliştirme ve koruma görevini vermiştir. 43. maddede, bu bakımdan, cins, ırk, inanç, etnik gruplar arasında farklılığa izin verilmeyeceği garanti edilmiştir. 47. madde aynı hakları işlemekte ve 49. madde de yaşlılar açısından durumu ayrıntılı biçimde tanımlamaktadır. 1983 yılında uygulamaya sokulan Halk Sağlığı Yasası sağlığın korunması, geliştirilmesini devletin kalıcı ve temel görevi olarak tanımlamaktadır. Bu görevler de esas olarak Sağlık Bakanlığı'na yüklenmiştir. Yasa işyeri sağlık riskleri açısından özel düzenlemeler içermektedir. Sosyal Güvenlik Yasası ise devrimden iki ay sonra Şubat 1959'da yayınlanmıştır. Bu yasaya göre, anneler doğum öncesinde 34 hafta, doğum sonrasında da 18 hafta ücretli izinlidirler. Kadınların tehlikeli işlerde çalıştırılması yasaktır. (Iatridis 1990: 29-30; Evenson 2005)

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. Bu, önemli oranda sosyalizmin gereği olarak tercih edilen sosyal politikalarla ilişkilidir.

Örneğin, devrim sonrasında, gelir dağılımı tamamen değişmiş ve eşitlikçi bir nitelik kazanmıştır. 1953 yılında toplumun yoksul olan yarısının ulusal gelirden aldığı pay yalnızca %6.2 iken, 1978 yılında %32.8'e yükselmiştir. (Roemer 1991: 464)

Eğitim parasızdır ve eşitlik ve dayanışma felsefesi üzerine oturur. Okur yazar olmayanların oranı devrim sonrasındaki 20 yılda %21'den %7'ye düşürülmüştür. Daha 1980'li yıllarda çocukların %100'ünün ilkokula kayıt olması sağlanmıştır. Eğitim sürecinde öğrencilere yiyecek, giyecek ve tıbbi bakım parasız olarak verilir. (Nikelly 1988: 19-21) Devrim sonrasında yaygın okuma yazma kampanyaları düzenlendi, bütün özel eğitim kurumları kamulaştırıldı. 1961 yılında okulların hepsi geçici olarak kapatıldı ve bütün öğrenci ve öğretmenleri de (toplam 100 bin insan) kırsal alanlara okuma yazma öğretmek üzere gönderildi. Bugün 12 yıllık eğitim zorunludur. Okur yazarlık oranı %97'dir. (Spiegel, Yassi 2004)

Küba'da kent ve kır eşitliğinin sağlanması açısından iki önemli gelişme olmuştur. Bunlardan ilki, hemen devrim sonrasında (1960), Kent Reformu Yasası gereği her aileye bir ev sahibi olma hakkının tanınmasıydı. Diğeri ise Toprak Reformu Yasasıydı. (Richmond 1984: 995; Nikelly 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. (Navarro 1972: 397-403)

Küba sosyalizmi açısından konut politikalarının tanımlayıcı bir rolü vardır. Devrim sırasında Küba'da 1.4 milyon konut bulunuyordu ve bunun yarısı standart altı kabul ediliyordu. 1953 yılında (devrim öncesi son sayım yılı) kırsal konutların beşte dördünden fazlası bohios olarak bilinen, çatısı sazdan yapılmış, tabanı çamurlu kulübelere oluyordu. Kırsal evlerin %10'undan azında elektrik ya da su vardı.

Devrimden sonraki ilk yıllarda kiralar %50 indirildi. Evden çıkarmalar durduruldu. Bir dönüm noktası olan 1960 Kent Reformu Yasası kentte yaşayan kiracıların yarısından fazlasını ev sahibi durumuna getirdi. Eski ev sahiplerinin kayıpları tazmin edildi, hatta yaşam boyu maaş sahibi oldular. Kenar mahallelerde oturan kiracılara ücretsiz oturma izni verildi. Hükümetçe 1961'den sonra yapılan bütün evler hane halkı gelirinin %10'unu geçmeyen kiralar ve uzun süreli kontratlarla kullanıma açıldı.

En büyük ve en kötü durumdaki gecekondu mahalleleri yıkıldı. Buralarda oturanlar kendi kendine yardım ve karşılıklı destek programları yoluyla evler inşa ettiler. Ailelere kendi konutlarını yapmaları için ucuz krediler sağlandı. 100 binden fazla kırsal konut için tuvalet ve beton taban sağlandı. Kentlerdeki gecekonduculara elektrik ve su götürüldü. 1960'ların ikinci yarısında hükümet tümüyle kırsal konutlara yöneldi.

Devlet 1959-70 döneminde 100 bin (toplamın %24'ü), 1971-75 döneminde 81 bin (toplamın %38'i), 1976-80 döneminde 82 bin (toplamın %33'ü), 1981-85 döneminde 135 bin (toplamın %39'u), 1986-88 döneminde 85 bin (toplamın %42'si) olmak üzere 482 bin (toplamın %34'ü) konut inşa etti. (Bu sayılara bohios ve ucuz apartman birimleri dahil değildir).

Halen süren konut açığını kapatmak için 1984 yılında yeni bir konut yasası çıkarıldı. Hükümetin yaptığı konutlarda oturanlar ev sahibi durumuna getirildi. Bireylere kendi evlerini yapabilmeleri için yeni ucuz krediler verildi.. (Hamburg 2001: 288-315)

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. Toprağın kalan kısmı ise devlet çiftlikleri şekline getirildi. 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 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. (Navarro 1972: 397-403)

Küba'nın sağıktaki ve toplumsal kalkınmadaki başarılarını ABD'nin devrimin ilk yıllarından beri uygulamakta olduğu ekonomik ambargoya rağmen gerçekleştirmiş olması ayrıca dikkat çekicidir.

DEVİRİM ÖNCESİ DÖNEMDE KÜBA SAĞLIK SİSTEMİ

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

Kentlerde orta sınıflar için paralı özel sağık hizmeti ve küçük özel hastaneler vardı. Sağık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yoksullar için kentlerde hastaneler işletmekteydi. 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.

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. Devrim yılında var olan sigorta programlarına üye olanların sayısı 600 bini 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 sağık kurumu Sağık ve Sosyal Yardım Bakanlığıydı. Bununla birlikte hekimlerin ancak %23'ü Bakanlığa bağlıydı. Hastane yataklarının ise üçte biri Bakanlıkça işletiliyordu. Özetlemek gerekirse, zengin çok küçük bir azınlık tamamen özel hastanelerden yararlanıyordu. Toplumun %10'luk kesimini oluşturan orta sınıflar ve becerili işçiler özel sigorta kuruluşları çevresinde organize olmuştu. Büyük çoğunluk, yani köylüler ve yoksul proletarya hükümetin işlettiği kalabalık, personeli yetersiz hastane ve klinikleri kullanmak zorundaydı. Sağık hizmetleri parasızlaştırıldı. Tıp eğitimi insancıl değerler doğrultusunda, toplum temelli olarak yeniden yapılandırıldı. (Roemer 1976: 5-9)

SAĞLIKTA SOSYALİZME GEÇİŞ

Devrim döneminde yaratılan yeni yapının içinde belki de en önemli gelişme standartların merkezileştirilmesi, buna karşılık yönetimin desantralizasyonu oldu. Bütün sağık programları arasında, geleneksel olarak diğer bakanlıkların yürütmekte oldukları da dahil, il ve yerel düzeyde yatay entegrasyon gerçekleştirildi. Eskiden bunlar dikine örgütlenmişti. Sağık alanındaki esas destek Çekoslovakya'dan (diğer sosyalist ülkelerin de desteği olmakla birlikte) sağılandı. Sağık hizmetlerinin desantralizasyonunda ilk adım, 1961 yılında, altı ilde zaten bulunan Kamu Sağığı Müdürlüklerinin (Public Health Directorates) yetkilerinin genişletilmesi oldu. Daha sonradan müdürlük sayısı, mevcut ikisinin bölünmesiyle sekize çıkarıldı. Sağık sorunları yoğun olan Oriente eyaleti sağık yönetimi açısından kuzey ve güney olarak ikiye, Havana eyaleti ise metropol ve merkez olmak üzere ikiye bölündü. Sağık 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 sağık yöneticisi (official) getirildi, o da eyaletteki sağık müdürüne bağlandı. Koruyucu ve tedavi edici hizmetler, müdürün sorumluluğunda entegre edildi. Her alt bölgeye en az bir hastane kuruldu. Alt bölgeler içinde sağık alanları (health areas) oluşturuldu ve her alana ayaktan tedavi edici hizmetler için bir poliklinik ve bir küçük kırsal hastane kuruldu. Sağık alanlarının oluşturulması 1968 yılında tamamlandı. Bundan sonra da sağık alanlarının sağık sektörlerine (health sectors) bölünmesi (4000 kişilik) planı gündeme alındı. (Roemer 1976: 12-14) (TABLO 1)

TABLO 1: DEVRİM SONRASI DÖNEMDE KÜBA SAĞLIK SİSTEMİNİN İDARİ YAPISI

<i>İdari düzey</i>	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

Kaynak: Roemer 1976: 12-14

EVRENSEL VE KAPSAYICI SAĞLIK SİSTEMİ

Küba sağlık sistemi üç bakımdan kapsayıcıdır: Amaç ve içerik olarak, içerdiği nüfus olarak ve organizasyonel biçim ve uzmanlaşma olarak. (Iatridis 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 tıbbi yaygındı. Dolayısıyla, devrim sonrasında ilk amaç bütün toplumsal grupların sağlık hizmetine ulaşımını sağlamak olarak belirlendi. Bu nedenle hizmet parasızlaştırıldı.

Sağlık hizmeti kullanımında eşitliği sağlamanın diğer yolu olarak kaynakların eşit dağılımı gerçekleştirilmeye çalışıldı. Devrim öncesinde sağlık kurumları büyük kentlerde toplanmıştı. Hekimlerin %65'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. (Guttmacher, Danielson 1977: 386) Böylece 1970'lerin başında Havana'daki hekimlerin ve hastane yataklarının toplamdaki oranları %42 ve %40'a indirilmiştir. Kurum ve personel dağılımının yeniden düzenlenmesinin dışında, yolların yapılması da kırsal kesimde sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırmıştır. (Stein, Susser 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.

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. Küba Halk Sağlığı Yasasında ulusal sağlık sisteminin ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir: Hükümet tarafından organize edilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, bütün nüfusun ulaşabileceği ve parasız, evrensel nitelikli sağlık hizmeti, koruyucu hizmetlerin sistemin merkezinde bulunması, tıbbi bilimsel ve teknik gelişmelerin güncel olarak uygulanması, sağlık hizmetine toplum katılımı, uluslararası işbirliği, sistemin planlı gelişimine kapsamlı yaklaşım. Bu ilkelerin 1960'lardaki uygulanması eldeki kit kaynaklarla kırsal sağlık sisteminin yaratılması biçiminde olmuştur. 1970'lerde poliklinik modeli oluşturulmuş, böylece ilk kez sağlık hizmetleri topluluklara kadar ulaştırılmıştı. 1980'lerde sağlık sistemi ulusal ölçekte konsolide edilmişti. 1984 yılında sağlık hizmetleri açısından devrim niteliğinde bir gelişme oldu ve aile hekimleri ile hemşirelerden oluşan aile hekimliği sistemine geçildi. Bu gelişme UNDP'nin 1999 yılında hazırladığı bir raporda (Human Development and Equity in Cuba) ulusal sağlık sistemindeki en önemli reform ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olarak tanımlandı. Aile hekimliği modeli ilk kez Havana'da Lawton komşuluk alanında başlatıldı. (Reed 2000)

TABAKALI İDARİ YAPI

Ulusal sağlık sistemi üç düzeyde organize edilmiştir: Ulusal, eyalet ve belediye düzeyinde. Bu yapı ülkenin yönetsel organizasyonu ile uyumludur. Ulusal, eyalet ve belediye düzeyli meclislerde, sağlıkla ilgili sürekli komisyonlar bulunur. Ulusal düzey Sağlık Bakanlığı tarafından temsil edilir. Eyalet düzeyi eyalet halk sağlığı komisyonunca temsil edilir ve aynı düzeydeki yönetim konsülünün doğrudan yönetsel ve finansal yönetimi altındadır. Belediye düzeyinde belediye halk sağlığı ofisleri vardır ve bunlar da belediye yönetim konsülünün finansal ve yönetsel otoritesi altındadır. (PAHO 2001) 1995'den beri Sağlık Bakanlığı

ile birlikte Küba Parlamentosu Sağlık Komisyonu (Health Commission of the Cuban Parliament) var olan yasaları revize etmeye çalışmaktadır. (PAHO 2001)

Kısacası 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) (ŞEKİL 1)

AİLE HEKİMLİĞİ SİSTEMİ

Küba'da 1983 yılında yayınlanan bir yasayla aile hekimliği sistemine geçildi. (Iatridis 1990: 31) Her komşuluk alanına, fabrika ve okula bir aile hekimi verildi. Amaç sağlık hizmetlerinin toplum temelli örgütlenmesi, küçük toplulukların sağlık sorunlarının daha iyi çözülmesiydi. Aile hekimleri ile poliklinikler arasında sevk bağlantısı oluşturuldu. Poliklinikler ve belediye hastaneleri laboratuvar ve röntgen tetkikleri bakımından da aile hekimlerine destek sunmaya başladılar. (Cardelle 1994: 422)

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. Her aile hekimi yaklaşık 150 aileden sorumludur. (Oxfam America 1997)

Aile hekimlerinin görevleri sağlık eğitimi, tanısal testler, doğum öncesi bakım, bağışıklama, beslenmenin izlenmesi, servikal yayma, mamografi hizmetleri, hipertansiyon, tütün alışkanlığı, stres ile mücadele ve sağlığın geliştirilmesi çalışmalarınıdır. Aile hekimlerinin, fiziksel çevreden, aile içi yaşama kadar uzanan bir dizi alandaki sorunlarda toplum liderliği görevlerini de üstleneceği belirtilmektedir. (Roemer 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 1988: 22-23).

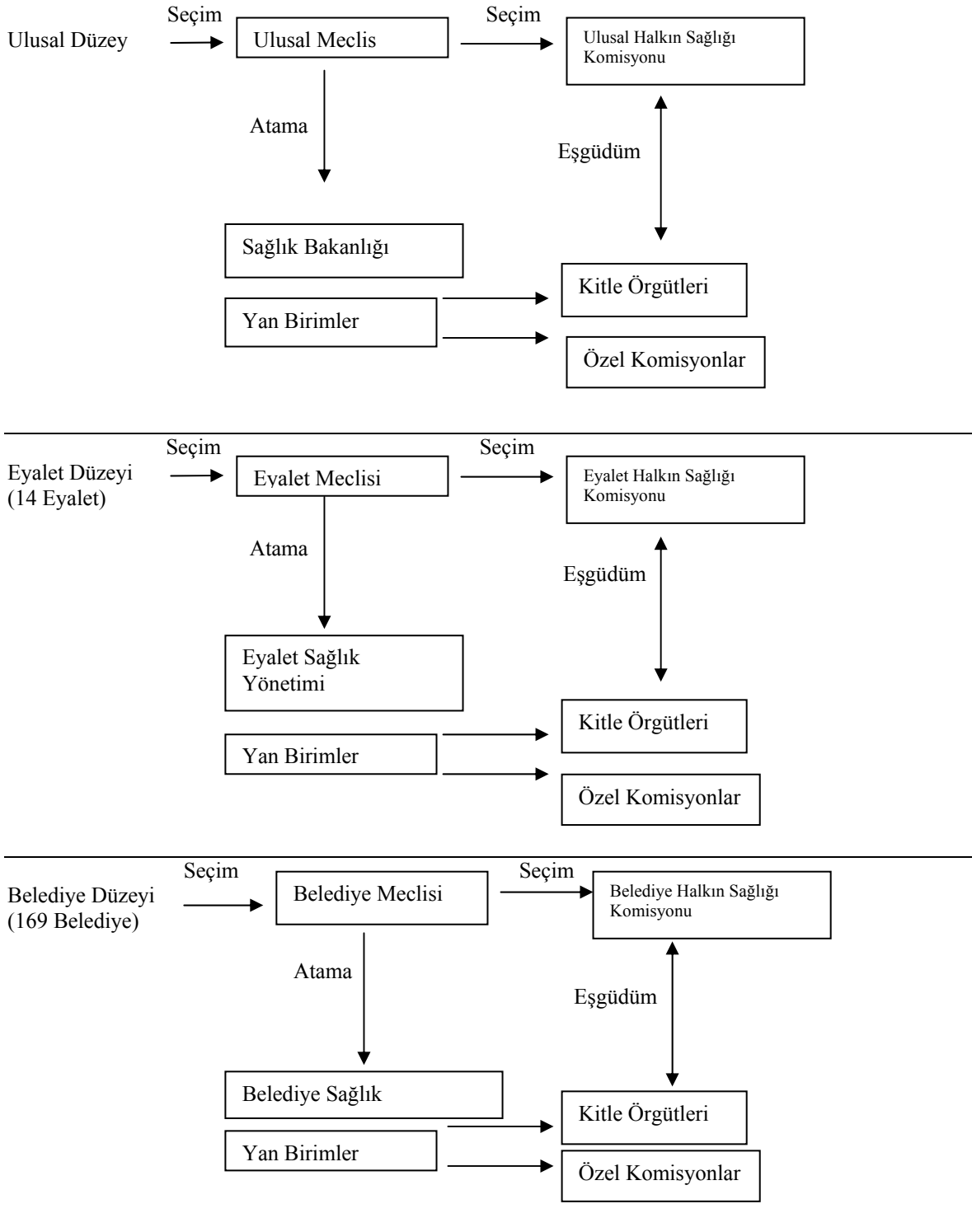
Küba'daki bu toplumla iç içe geçmiş sağlık sistemi Topluma Yönelik Primer Bakımın (Community Oriented Primary Care) iyi bir örneği olarak görülmekte ve ABD'ye örnek olarak gösterilmektedir. (Ventres, Hale 1993: 1548)

FİNANSMAN

Küba'da bütün sağlık kurumları kamundur, hizmet parasızdır ve personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak ücretlendirilir. Finansman genel bütçeden sağlanmaktadır. Cepten ödemeler yalnızca ayaktan tedavide yazılan ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik cihazlar, gözlük, tekerlekli sandalye ve benzeri cihazlar için katkı payı biçiminde yapılmaktadır. Bunlara da önemli devlet desteği sunulmaktadır. (PAHO 2001)

Devrim öncesi dönemde sağlık harcamalarının %60'ı Havana'da gerçekleşiyorken, 1961'de bu oran %44'e geriledi. Toplam hükümet harcamalarının %23'ü Sağlık Bakanlığınca yapılmaktadır. (Roemer 1976: 62; Roemer 1991: 461; UNICEF 2001)

ŞEKİL1: KÜBA'DA SAĞLIK ÖRGÜTLENMESİNİN BUGÜNKÜ YAPISI



308 Sağlık Alanı (Area) Halk Meclisi

2200 Sağlık Sektörü Seçilmiş delegeler

Kaynak: Spiegel, Yassi 2004

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. (Roemer 1991: 461; PAHO 2001)

2005 yılında toplam sağlık harcaması bir önceki yıla göre 507.2 milyon peso (%24) daha yüksekti. Toplam harcamaların %65'i ücretleri ödemek için yapılmaktaydı. 2006 için öngörülen bütçe 3193 milyon pesoydu. (TABLO 2) Bu da 2005 bütçesinin %23 üzerindeydi. 2006 için toplam bütçenin %41'i birinci basamak, %2.6'sı bilimsel ve teknolojik gelişme, %52'si hastane hizmetleri için tahsis edilmişti. (www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesing) Tahsisat oranları önceki yıllarda şöyleydi: Birinci basamağa 1990'da %32.4, 1994'de %36.1, hastanelere aynı yıllar için %52.7 ve 45.2. (Ochoa, Pardo 1997: 800-802)

TABLO 2: KÜBA'DA YILLARA GÖRE TOPLAM VE KİŞİ BAŞI SAĞLIK HARCAMASI (PESO)

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	1796.6	160.0
1978	390.8	40.3	2003	2028.1	180.3
1980	440.2	45.0	2005	2596.3	230.6
			2006	3193.3	

Kaynak: Küba Sağlık Bakanlığı verileri 2001 ve 2005; www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesing/

Sağlık finansmanı yüksek derecede desantralize edilmiştir. Kamu sağlık harcamalarının %92.6'sı belediye bütçelerinden yapılır. Eğitim finansmanının %82'si, sosyal yardım hizmetlerinin finansmanının da %92.4'ü belediyelerce karşılanır. (Ochoa, Pardo 1997: 800-802)

Küba bütün bu zor yıllar boyunca sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri içinde de birinci basamak sağlık hizmetlerine verdiği önceliği değiştirmemiştir. Buna karşılık savunma harcamalarını düzenli bir biçimde azaltmıştır. Bu gerçek ABD ambargosunun etkilerinin en çok hissedildiği 1990-1993 dönemi için de geçerlidir.

KÜBA'NIN SAĞLIKTAKİ DURUMU

Bir ülkenin sağlık durumunu değerlendirmede kullanılan en önemli gösterge bebek ölüm hızıdır. Bu gösterge canlı doğup bir yaşını tamamlayamayan bebeklerin oranını gösterir. Aynı zamanda en önemli gelişmişlik göstergelerinden birisidir.

Küba'nın BÖH birkaç önemli sonucu ortaya koyar: 1- Küba'nın sağlık durumu sosyalizm dönemi boyunca hızla gelişmiştir. 2- Küba, Latin Amerika ülkeleri içinde sağlık durumu en iyi olan ülkedir. 3- Küba'nın sağlık durumu yüksek gelirli kapitalist ülkeler düzeyindedir. (TALO 3 VE 4)

Bu gerçekler uluslar arası kuruluşlar tarafından da kabul edilmekte ve Küba'nın kamucu sağlık sistemine bağlanmaktadır.

TABLO 3: KÜBA, TÜRKİYE, ABD VE İNGİLTERE'DE SAĞLIK (2006, 2007)

	Küba	Türkiye	ABD	İngiltere
Kişi başı GSMH (satın alma gücü paritesi, dolar)	6876	11535	43968	32654
5 yaşın altında ölüm hızı (binde)	7	23	8	6
BÖH (binde)	5	21	7	5
Düşük doğum ağırlıklı bebek (%)	5	16	8	8
0-5 yaşta orta-aşırı derecede düşük ağırlıklı oranı (%)	4	14	2	?
Orta öğretim okullaşma oranı (%) (kızlarda, brüt)	88	64	88	94
Doğuşta beklenen yaşam umudu	78	72	78	79
Kaba ölüm hızı (binde)	8	6	8	10
Ana ölüm hızı (yüz binde)	21	29	8	7
Doğum kontrol araçlarının yaygınlığı (%)	77	71	76	84
Merkezi hükümet harcamalarında sağlığın payı (%)	23	3	25	15
15-49 yaşta HIV sıklığı (%) (prevalans)	0.1	?	0.6	0.2

Kaynak: UNDP 2008 ve UNICEF 2009

TABLO 4: KÜBA VE DİĞER BAZI LATİN AMERİKA ÜLKELERİNDE SAĞLIK (2006, 2007)

	Küba	Arjantin	Brezilya	Meksika	Venezüella
Kişi başı GSMH (satın alma gücü paritesi, dolar)	6876	11985	8949	12176	11115
5 yaşın altında ölüm hızı (binde)	7	16	22	35	19
BÖH (binde)	5	10	20	29	17
Düşük doğum ağırlıklı bebek (%)	5	7	8	8	9
0-5 yaşta orta-aşırı derecede düşük ağırlıklı oranı (%)	4	4	5	5	5
Orta öğretim okullaşma oranı (%) (kızlarda, brüt)	88	82	83	71	71
Doğuşta beklenen yaşam umudu	78	75	72	76	74
Kaba ölüm hızı (binde)	8	8	6	5	5
Ana ölüm hızı (yüz binde)	21	48	53	62	61
Doğum kontrol araçlarının yaygınlığı (%)	77	?	77	71	77
Merkezi hükümet harcamalarında sağlığın payı (%)	23	5	6	5	8
15-49 yaşta HIV sıklığı (%) (prevalans)	0.1	0.5	0.6	0.3	?

Kaynak: UNDP 2008 ve UNICEF 2009

Aynı durum insani gelişme açısından da söz konusudur. Küba insani gelişmedeki performansı en yüksek ülkedir. İnsani Gelişme İndeksi (İGİ) 0 ile 1 puan arasında bir değer alan ve 1) yaşam umudunun, 2) erişkin okur yazarlık oranının, 3) ilk, orta, lise eğitimlerine katılma oranının ve 4) kişi başı ulusal gelirin birleştirilmesinden elde edilen bileşik bir göstergedir. Puan 1'e ne kadar yakınsa durum o kadar iyidir.

Bu analizde, esas önemli olan, ülkelerin ham insani gelişme puanlarına göre sıralanması değil, her ülkenin bu puana göre dünya ülkeleri arasındaki sırası ile kişi başı ulusal gelire göre sırası arasındaki farka bakmaktır. Eğer bir ülke insani gelişme bakımından (kişi başı gelirdeki konumuna göre) daha yukarılarda yer alıyorsa, bu, o ülkenin insani gelişmedeki performansının olumlu olduğunu, yani gelirine göre daha iyi bir insani gelişme düzeyi elde ettiğini gösterir. (TABLO 5)

TABLO 5: ABD, TÜRKİYE VE KÜBA'NIN İNSANİ GELİŞMEDEKİ DURUMLARI

	İnsani gelişme puanı				İnsani gelişmedeki sırası				Performans puanı			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
ABD	0.944	0.948	0.951	0.950	10.	8.	12.	15.	-6	-6	-10	-7
Türkiye	0.750	0.757	0.775	0.798	94.	92.	84.	76.	-18	-22	-18	-15
Küba	0.817	0.826	0.838	0.855	52.	50.	51.	48.	+40	+43	+43	+40

SONUÇ: KÜBA NEYİ GÖSTERİYOR?

Küba sosyal ve ekonomik sorunlarını radikal sistem değişikliğiyle önemli derecede çözmüş bir ülkedir. Hem üçüncü dünya ülkelerinin hem de yüksek gelirli kapitalist ülkelerin Küba'dan öğrenebileceği çok şey vardır. Eşitlikçi ekonomik sistem, tam istihdam, insani eğitim, sağlık kaynaklarına ulaşımında eşitlik, toplum katılımı ve nihayet toplumun sosyalist organizasyonu, sağlık programlarının etkin uygulanması açısından gerekli zemini oluşturur. Bu olumlu durumun altındaki temel etken sosyalizmdir.

KAYNAKÇA

- Cardelle AJF (1994), "The preeminence of primary care within Cuban predoctoral medical education", *Int J Health Serv*, No: 24(3), S. 424-429.
- Cuba Ministry of Public Health (MINSAP) data. 2001.
- Evenson D (2005), "The right to health care and the law", *Medicc Review*, No: 7(9).
- Guttmacher S, Danielson R (1987), "Changes in Cuban health care: an argument against technological pessimism", *Int J Health Serv*, No: 7(3), S. 383-400.
- Hamberg J (2001), "Sosyalist üçüncü dünyada konut politikaları: Küba deneyimi", ("Cuba" (1990), Kosta Mathey (der.) içinde, *Housing Policies in the Socialist Third World*, London, NY, Çev: Aytekin EA), *Praksis Sosyal Bilimler Dergisi*, No: 2 (Kent ve Kapitalizm), S. 288-315.
- Iatridis DS (1990), "Cuba's health care policy: prevention, and active community participation", *Social Work*, January, S. 29-35.
- Küba Sağlık Bakanlığı verileri (2005), www.medicc.org/resources/documents/Anuary%20Cuba%202005.pdf
- Navarro V (1972), "Health, health services, and health planning in Cuba", *Int J Health Serv*, No: 2(3), S. 397-432.
- Nikelly AG (1988), "Health care in Cuba", *Public Health*, No: 102, S. 19-25.
- Ochoa FR, Pardo ML (1997), "Economy, politics and health status in Cuba", *Int J Health Serv*, No: 27(4), S. 791-807.
- Oxfam America (1997), "About the US embargo on medicine and supplies to Cuba", [///A/Cuba Myths and Facts.htm](http://A/Cuba Myths and Facts.htm)
- The Pan American Health Organization (2001), *Basic Country Health Profiles: Cuba*. www.paho.org.
- Reed GA, Frank M (2000), "Cuba's 30-year track record in community-based health care", *Medicc Review*, No: 2(3), www.medicc.org.
- Richmond JB (1984), "A conversation with Fidel Castro about health services", *The New England Journal of Medicine*, No: 310(15), S. 994-995.
- Roemer MI (1976), *Cuban Health Services and Resources*, PAHO, Washington DC.
- 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*, No: 83(3), S. 317-318.
- Spiegel JM, Yassi A (2004), "Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox", *Journal of Health Policy*, No: 25(1), S. 85-110.
- Stein Z, Susser M (1972), "The Cuban health system: a trial of a comprehensive service in a poor country", *Int J Health Serv*, No: 2(4), S. 551-566.
- UNDP (2008), *Human Development Indices*, http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Complete.pdf
- UNICEF (2001), *Dünya Çocuklarının Durumu*. Ankara.

UNICEF (2009), The State of World's Children, www.unicef.org/sowc09/statistics/tables.php

Ventres W, Hale F (1993), "Community-oriented primary care: the Cuban plan", JAMA, No: 270(13), S. 1548.

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A, Lamadrid, S. (2001), "Social Medicine in Latin America: productivity and dangers facing the major national groups", The Lancet, No: 358, S. 315-323.

www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisesing

www.sld.cu/sistema_de_salud/ssalud.html