



Horyzonty Polityki
2017, Vol. 8, N° 24



WIOLETTA NOWAK

Uniwersytet Wrocławski
Instytut Nauk Ekonomicznych
wioletta.nowak@uwr.edu.pl

DOI: 10.17399/HP.2017.082406

Współpraca rozwojowa Kuby z krajami Południa

Streszczenie

CEL NAUKOWY: Celem artykułu jest przedstawienie skali i form współpracy rozwojowej Kuby z krajami rozwijającymi się.

PROBLEM I METODY BADAWCZE: Podstawowym problemem artykułu jest ilościowa i jakościowa analiza współpracy rozwojowej Kuby z krajami Południa. W artykule wykorzystuje się dwa główne narzędzia badawcze: badania literaturowe oraz analizę statystyczną danych dostępnych na stronach internetowych UNESCO i ELAM.

PROCES WYWODU: Wywód składa się z trzech części. W pierwszej pokazano osiągnięcia Kuby w sferze edukacji i zdrowia. Następnie przedstawiono skalę i formy kubańskiej współpracy z krajami Południa w obszarze edukacji oraz kubański program współpracy medycznej dla krajów rozwijających się.

WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ: Kubańska pomoc rozwojowa koncentruje się głównie w obszarze edukacji i zdrowia. Głównymi beneficjentami są kraje Ameryki Łacińskiej, Karaibów, Afryki i Pacyfiku. Kuba kieruje się zasadą solidarności między biednymi społeczeństwami. Współfinansuje projekty w sferze edukacji i zdrowia, gdy dany kraj jest w stanie partycypować w kosztach. Jeśli kraju beneficjenta nie stać na częściowe sfinansowanie realizowanego projektu, wtedy sama pokrywa koszty. Ponadto przekazuje nieodpłatnie technologie i know-how. Nie ingeruje w sprawy wewnętrzne krajów, z którymi współpracuje. Kuba, mimo trudnej sytuacji ekonomicznej, przyczyniła się do poprawy stanu zdrowia i wykształcenia wielu milionów ludzi w krajach Południa.

Sugerowane cytowanie: Nowak, W. (2017). Współpraca rozwojowa Kuby z krajami Południa. *Horyzonty Polityki*, 8(24), 123-139. DOI: 10.17399/HP.2017.082406.

WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE: Kubański model pomocy/współpracy w zakresie edukacji i opieki zdrowotnej może stanowić wzór dla zachodnich donatorów.

SŁOWA KLUCZOWE:

współpraca Południe–Południe, dyplomacja medyczna, pomoc rozwojowa

CUBA'S DEVELOPMENT COOPERATION
WITH THE SOUTH

Summary

RESEARCH OBJECTIVE: The main aim of the paper is the presentation of the scale and forms of Cuba's development cooperation with developing countries.

THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS: The basic problem of the paper is a quantitative and qualitative analysis of Cuba's development cooperation with the South. The paper uses two main research tools, which are literature studies and statistical analysis of the data available on UNESCO and ELAM webpages.

THE PROCESS OF ARGUMENTATION: The line of reasoning consists of three parts. At first, Cuba's achievements in the area of education and health were shown. Then, the scale and forms of Cuban's cooperation with the South in the area of education were presented. Finally, the Cuban medical programme for developing countries was discussed.

RESEARCH RESULTS: The Cuban development assistance principally concentrates in the area of education and health. The main beneficiaries are Latin America, the Caribbean, Africa, and the Pacific countries. The Cuban development cooperation is based on the principle of solidarity among the poor societies. Cuba co-finances projects in the area of education and health when a given developing country is able to participate in the costs and covers full costs otherwise. Additionally, Cuba freely transfers technology and know-how to the South. Moreover, Cuba does not interfere into domestic affairs of the countries with which it cooperates. Despite its difficult economic situation, Cuba helped millions of people in the South to improve their health and education.

CONCLUSIONS, INNOVATIONS AND RECOMMENDATIONS: The Cuban model of the development assistance/cooperation with the South in the area of education and health should be copied by Western donors.

KEYWORDS:

South-South cooperation, medical diplomacy, development assistance

WSTĘP

Od początku XXI w. obserwuje się znaczny wzrost poziomu pomocy rozwojowej. Coraz więcej środków na pomoc przeznaczają kraje członkowskie Komitetu Pomocy Rozwojowej, kraje arabskie i gospodarki wschodzące. Każda grupa donatorów kieruje się własnymi zasadami udzielania pomocy. Zachodni darczyńcy udzielają pomocy warunkowej na realizację określonych celów (redukcję ubóstwa, zrównoważony rozwój, promowanie równości płci, wzmocnienie pozycji kobiet, poprawę jakości rządzenia) w krajach beneficjentach. Z kolei wschodzący donatorzy, dzieląc się własnymi doświadczeniami w zakresie rozwoju społeczno-gospodarczego, świadczą pomoc w celu osiągnięcia wzajemnych korzyści. Pomoc służy rozwojowi handlu z beneficjentami oraz stwarza warunki do inwestycji w krajach odbiorcach. Jest także narzędziem realizacji określonych celów politycznych i strategicznych nowych donatorów (Nowak, 2015a; 2015b).

Na tle rywalizacji starych i nowych donatorów na uwagę zasługuje pomoc rozwojowa świadczona przez Kubę. Od kilkudziesięciu lat kraj ten dzieli się swoimi doświadczeniami w obszarze edukacji i zdrowia z krajami rozwijającymi się. Intensyfikacja kubańskiej pomocy rozwojowej nastąpiła po 2003 r. (Blue, 2010, s. 31). Kuba, mimo trudnej sytuacji ekonomicznej, przyczyniła się do poprawy stanu zdrowia i wykształcenia wielu milionów ludzi w krajach Południa.

Celem artykułu jest przedstawienie skali i form współpracy rozwojowej Kuby z krajami rozwijającymi się. Analizy kubańskiej współpracy dokonano głównie na podstawie badań literaturowych oraz danych dostępnych na stronach internetowych UNESCO i ELAM.

KUBAŃSKI MODEL ROZWOJU SPOŁECZNEGO

Po obaleniu rządu Fulgencio Batisty w 1959 r. i dojściu do władzy Fidela Castro społeczeństwo kubańskie doświadczyło radykalnych zmian. Priorytetem polityki społecznej Castro stało się zapewnienie wszystkim Kubańczykom dostępu do powszechnej i bezpłatnej edukacji oraz służby zdrowia.

Przed rewolucją prawie co czwarty Kubańczyk nie umiał czytać i pisać, a na terenach wiejskich analfabeci stanowili ponad 40% społeczności. W 1960 r., podczas XV sesji ONZ, Castro zapowiedział, że wyeliminuje analfabetyzm wśród Kubańczyków w ciągu jednego roku. Masowa kampania uczenia dorosłych czytania i pisania rozpoczęła się w kwietniu 1961 r. i trwała osiem miesięcy. Wymagała zaangażowania tysięcy osób. Szacuje się, że w jej trakcie 250 tys. nauczycieli uczyło ponad 900 tys. analfabetów. Około 100 tys. uczniów w wieku 10-18 lat¹, po dwutygodniowym kursie nauczycielskim, zostało wysłanych na wieś, by przez 6 miesięcy uczyć niepiśmiennych chłopów, a także razem z nimi mieszkać i pracować. Pozostałe 150 tys. nauczycieli stanowili zawodowi nauczyciele, członkinie Związku Kubańskich Kobiet² czy robotnicy zrekrutowani w fabrykach. Celem kampanii było osiągnięcie umiejętności czytania i pisania przez dorosłych Kubańczyków na poziomie pierwszej klasy szkoły podstawowej. Po zakończeniu kampanii poziom analfabetyzmu na Kubie zmniejszył się do 4%. W dniu 22 grudnia 1961 r. Kuba została ogłoszona krajem wolnym od analfabetyzmu.

Kampania stanowiła pierwszy krok do podniesienia poziomu wykształcenia społeczeństwa. W kolejnych latach stworzono możliwości dalszego rozwoju dla tych, którzy w niej uczestniczyli. Do 1980 r. około 1,5 mln dorosłych Kubańczyków ukończyło program sześciu klas. Następnie mogli oni kontynuować naukę przez kolejne trzy lata w szkołach dla dorosłych (Artaraz, 2012, s. 26-27).

W latach 60. na Kubie przeprowadzono reformę systemu edukacji. Powstało wiele państwowych, powszechnych i bezpłatnych szkół podstawowych i średnich. Następnie rząd kubański zreformował

1 Najmłodszy zarejestrowany nauczyciel uczestniczący w kampanii miał 8 lat, a najstarszy uczeń 106 (Herman, 2012, s. 97).

2 Związek powstał w 1960 r. z inicjatywy Fidela Castro.

szkolnictwo wyższe i uruchomił system stypendiów umożliwiających podjęcie nauki studentom spoza stolicy. Ponadto w poszczególnych prowincjach zaczęły powstawać uniwersytety i szkoły medyczne.

Obecnie system edukacyjny na Kubie jest najefektywniejszy w Ameryce Łacińskiej. Kubańscy uczniowie w testach z matematyki, czytania i nauk przyrodniczych osiągają znacznie wyższe wyniki niż ich koledzy z krajów latynoamerykańskich (UNESCO, 1998, 2008)³. Niestety, trudno porównać go z systemami krajów wysoko rozwiniętych, ponieważ kubańscy uczniowie nie biorą udziału w międzynarodowych badaniach wyników nauczania PIRLS, TIMSS czy PISA.

Przed rewolucją ludność mieszkająca na terenach wiejskich praktycznie nie miała dostępu do podstawowej opieki medycznej. Ponad połowa łóżek szpitalnych znajdowała się w Hawanie, gdzie zatrudniona była połowa kubańskich lekarzy. Na Kubie funkcjonował tylko jeden szpital wiejski (Keck i Reed, 2012, s. 13). Poza tym służba zdrowia i szpitale były prywatne, a leki drogie.

By zapewnić obywatelom powszechny dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej, na początku lat 60. rozpoczęto na Kubie reformę służby zdrowia oraz reorganizację edukacji medycznej. Wprowadzono system nakazów pracy dla lekarzy i personelu medycznego. Ze względu na to, że po przejęciu władzy przez Castro połowa kubańskich lekarzy opuściła kraj, absolwenci szkół i studiów medycznych mieli obowiązek przepracować rok na terenach wiejskich po skończeniu nauki. Ponadto wprowadzono powszechne programy szczepienia i starano się poprawić warunki sanitarne wśród ludności wiejskiej. W 1964 r. powstały publiczne przychodnie obejmujące swoim zasięgiem od 25 000 do 30 000 mieszkańców. Następnie kraj podzielono na sektory, w których jeden lekarz internista przypadał na 5 tys. dorosłych, jeden ginekolog/położnik na 3-4 tys. kobiet w wieku powyżej 15 lat oraz jeden lekarz pediatra na 2-3 tys. dzieci poniżej 15. roku życia. Dokonano także standaryzacji usług medycznych (Feinsilver, 2010a). Do 1967 r. utworzono narodowy system zdrowia zapewniający Kubańczykom bezpłatny i powszechny dostęp

3 Badania przeprowadzono wśród uczniów trzecich i czwartych klas szkoły podstawowej w 1997 r. oraz trzecich i szóstych klas w 2006 r. Kuba nie uczestniczyła w Third Regional Comparative and Explanatory Study (TERCE) w 2013 r.

do usług medycznych. Dwa lata później zlikwidowano prywatne placówki świadczące usługi medyczne.

W połowie lat 70. w celu zdiagnozowania stanu zdrowia społeczeństwa i zwiększenia efektywności leczenia wysłano w teren zespoły medyczne. Ich zadaniem było gromadzenie danych dotyczących zachorowalności, śmiertelności i szczepień przeprowadzonych wśród ludności, określenie potrzeb i możliwości ich realizacji oraz wyodrębnienie grup wysokiego ryzyka w celu natychmiastowej interwencji.

W latach 80. na Kubie wprowadzono system lekarzy i pielęgniarek rodzinnych. Jeden lekarz i pielęgniarka przypadali na 120-150 rodzin (600-700 osób). Zajmowali się nie tylko leczeniem, ale także badaniem i monitorowaniem stanu zdrowia podopiecznych, wykrywaniem czynników ryzyka, promowaniem aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia. Ponadto mieli obowiązek mieszkać w pobliżu osób, nad którymi sprawują opiekę medyczną (Keck i Reed, 2012, s. 15).

W latach 90., po rozpadzie Związku Radzieckiego (głównego partnera handlowego Kuby), nastąpiło pogorszenie warunków sanitarnych i wyżywienia⁴ na wyspie. Skupiono się wówczas głównie na działaniach w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania chorobom. Ponadto rozwinęła się medycyna naturalna i terapie alternatywne. Sytuacja w kubańskiej służbie zdrowia poprawiła się w drugiej połowie pierwszej dekady XXI w., gdy Kuba nawiązała współpracę gospodarczą z Wenezuelą.

Kuba, mimo kilkudziesięcioletniej blokady ekonomicznej i izolacji, zbudowała system opieki zdrowotnej wysoko oceniany przez ekspertów międzynarodowych. Pod względem długości życia osiągnęła wyniki zbliżone do krajów wysoko rozwiniętych, natomiast w zapobieganiu śmiertelności noworodków i dzieci poniżej 5. roku życia ma lepsze wskaźniki niż Stany Zjednoczone. Ponadto Kuba jest światowym liderem pod względem liczby lekarzy przypadających na 1000 mieszkańców. W 2010 r. jeden kubański lekarz przypadł na 149 mieszkańców. Na uwagę zasługuje fakt, że Kuba osiągnęła wysokie wartości wskaźników rozwoju społecznego przy stosunkowo niewielkich wydatkach (tab. 1).

4 Zmniejszono racje żywnościowe i dostęp do podstawowych artykułów po subsydiowanych cenach w ramach systemu kartkowego.

Tabela 1

Wybrane wskaźniki rozwoju społecznego w USA, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i na Kubie

Wskaźnik	USA	Kanada	Wielka Brytania	Kuba
PKB <i>per capita</i> (USD, 2014)	54 306	50 169	46 461	7 274
Wydatki na zdrowie <i>per capita</i> (USD, 2014)	9403	5292	3935	817
Liczba lekarzy na 1000 mieszkańców	2,452 (2011)	2,068 (2010)	2,809 (2013)	6,723 (2010)
Oczekiwana długość życia w latach (2015)	79,3	82,2	81,2	79,1
Umieralność noworodków na 1000 żywych urodzeń (2015)	6	4	4	4
Umieralność dzieci poniżej 5. roku życia na 1000 żywych urodzeń (2015)	7	5	4	6

Źródło: <http://data.un.org/>, <http://apps.who.int/gho/data>, <http://data.worldbank.org/>.

Kuba ma bardzo dobrze wyedukowane społeczeństwo, dobrze rozwiniętą biotechnologię i inżynierię genetyczną. Samodzielnie produkuje większość leków i szczepionek. Ponadto jest liderem w leczeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia wątroby typu B, nowotworów, choroby Parkinsona oraz chorób tropikalnych i chorób wywołanych przez pasożyty.

Na Kubie funkcjonuje kilkadziesiąt uniwersytetów i instytutów technicznych. Niewydolny system ekonomiczny nie jest jednak w stanie zaabsorbować wszystkich absolwentów uczelni wyższych. Wielu nauczycieli, lekarzy i inżynierów jest wysyłanych do pracy za granicę na kilka lat. Kuba staje się głównym dostawcą usług medycznych i edukacyjnych w krajach rozwijających się.

WSPÓŁPRACA ROZWOJOWA W SFERZE EDUKACJI

Współpraca rozwojowa Kuby z krajami Południa w sferze edukacji przybiera różne formy. Pod koniec lat 70. XX w. Kuba umożliwiła dzieciom i młodzieży z krajów rozwijających się (głównie afrykańskich) naukę w szkołach podstawowych i średnich na swoim terenie. Szacuje się, że w latach 1978-1990 około 18 000 tys. uczniów

z 37 krajów otrzymało stypendia umożliwiające im podjęcie nauki na kubańskiej Wyspie Młodości (*Isla de la Juventud*), gdzie powstały międzynarodowe szkoły. Najwięcej uczniów pochodziło z Mozambiku, Angoli, Gwinei-Bissau, Etiopii, Ghany, Konga i Namibii. Lekcje z matematyki, nauk przyrodniczych, hiszpańskiego i zajęć praktycznych były prowadzone przez kubańskich nauczycieli. Nauczyciele sprowadzeni z krajów pochodzenia uczniów uczyli ich języka ojczystego, literatury, geografii i historii. Na Wyspie Młodości zdobywali wykształcenie nie tylko uczniowie z krajów rozwijających się, ale także nauczyciele. W latach 80. i na początku lat 90. ponad tysiąc nauczycieli z Zimbabwe, Angoli i Namibii podwyższyło swoje kwalifikacje z fizyki i nauk przyrodniczych (Hickling-Hudson, 2004).

Obecnie Kuba przyznaje stypendia przede wszystkim studentom z krajów rozwijających się. Od 1999 r. mają oni możliwość podjęcia bezpłatnej nauki w zakresie podstawowej opieki medycznej w ELAM (*Escuela Latinoamericana de Medicina* – Latynoamerykańska Szkoła Medyczna)⁵. ELAM kształci młodych ludzi pochodzących głównie z najbardziej ubogich warstw społecznych w swoich krajach. W pierwszej kolejności stypendia otrzymują przedstawiciele tych grup etnicznych, które nie mają dostępu do opieki medycznej u siebie. Po ukończeniu studiów stypendyści są zobowiązani do podjęcia pracy na rzecz swoich społeczności. Szkoła zapewnia zakwaterowanie, trzy posiłki dziennie, podręczniki i niewielkie stypendium przez 6 lat nauki. Ponadto dla kandydatów, którzy nie mają wystarczającej wiedzy w zakresie biologii, chemii i fizyki, organizowane są specjalne kursy przed rozpoczęciem studiów. Do 2016 r. ELAM ukończyło ponad 25 tys. studentów z 84 krajów (ELAM, 2016). Stypendia przyznawane są także studentom z krajów rozwiniętych (w tym z USA), pod warunkiem, że po ukończeniu studiów medycznych podejmą pracę wśród najuboższych grup w swoich krajach.

Nauczyciele z krajów rozwijających się mogą podwyższać swoje kwalifikacje w IPLAC (*Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeño* – Instytut Pedagogiczny Ameryki Łacińskiej i Karaibów).

5 Castro podjął decyzję o utworzeniu szkoły i bezpłatnym kształceniu studentów pochodzących z krajów latynoamerykańskich po przejściu huraganu Mitch przez państwa Ameryki Środkowej w 1998 r. W wyniku huraganu kilkadziesiąt tysięcy osób straciło życie lub zostało rannych. Największe straty huragan spowodował w Hondurasie i Nikaragui.

Instytut oferuje studia podyplomowe oraz wiele różnych kursów doszkalaćcych dla nauczycieli z regionu i Afryki.

W ramach współpracy rozwojowej Kuba nie tylko kształci u siebie studentów zagranicznych, ale także wysyła własnych nauczycieli i trenerów sportowych do pracy w krajach rozwijających się. W latach 70. nauczyciele, którzy zdobyli doświadczenie podczas kubańskiej kampanii edukacyjnej, uczyli w Angoli (1976), Gwinei-Bissau (1978) i Nikaragui (1979-1980). Szacuje się, że od roku 1973 do 1985 około 22 tys. kubańskich nauczycieli pracowało w krajach Południa (Muhr, 2015, s. 129).

Obecnie do pracy w krajach rozwijających się Kuba wysyła nauczycieli na okres do dwóch lat. Wyjeżdżają osoby bardzo dobrze wykształcone z dużym doświadczeniem zawodowym. Wszyscy mają ukończone pięcioletnie studia oraz różne kursy doszkalaćjące. Niejednokrotnie w krajach rozwijających się pracę podejmują osoby po doktoratach. Nauczyciele, którzy deklarują chęć wyjazdu, podlegają ostrej selekcji. W skład komisji kwalifikującej do wyjazdu, obok Kubańczyków, wchodzi także przedstawiciele krajów, do których nauczyciele są wysłani. Kubańscy nauczyciele pracują przede wszystkim w szkołach podstawowych, średnich oraz szkołach zawodowych. Uczą głównie matematyki, fizyki, chemii, języka hiszpańskiego i wychowania fizycznego. Nauczyciele pracujący w bardzo biednych krajach (np. Haiti, Nikaragua) otrzymują wynagrodzenie od kubańskiego rządu, natomiast bogatsze kraje rozwijające się (Jamajka czy Belize) same wypłacają im pensje. Kubańscy nauczyciele i trenerzy sportowi są cenieni za profesjonalizm i pracę w bardzo trudnych warunkach. Często pracują na terenach wiejskich, gdzie miejscowi nauczyciele nie chcą podjąć pracy. Ponadto potrafią prowadzić lekcje bez skomplikowanych pomocy naukowych, a treningi bez profesjonalnego sprzętu.

Na szczególną uwagę zasługuje zaangażowanie Kuby w walkę z analfabetyzmem w krajach rozwijających się. Kubańscy eksperci opracowali specjalną metodę uczenia dorosłych czytania i pisania YSP (*Yo, Sí Puedo* – Ja potrafię to zrobić). Jest ona dostosowana do wymagań kulturowych i językowych w danym kraju. Uczestnicy kursu uczą się w małych grupach, 5-6 godzin tygodniowo. Nauka trwa trzy miesiące i obejmuje 65 jednogodzinnych lekcji. Przez 30 minut uczniowie oglądają nagraną na DVD lekcję z udziałem aktorów-uczniów

i aktora-nauczyciela, a następnie wykonują samodzielne ćwiczenia. Lekcje są prowadzone przez lokalnych nauczycieli, którzy wcześniej zostali przeszkoleni przez kubańskich specjalistów.

Kampania *Yo, Sí Puedo* jest podzielona na trzy etapy. Pierwszy polega na budowaniu odpowiednich struktur na szczeblu lokalnym, regionalnym i krajowym w celu wyłonienia liderów kampanii i przekonania lokalnych społeczności do wzięcia w niej udziału. Następny etap to kurs nauki czytania i pisania. Po jego zakończeniu uczestnicy kursu są zachęceni do podjęcia inicjatyw, które pomogą im utrwalać i poszerzać nabyte umiejętności (Boughton i Durnan, 2014a, s. 333-334). Na przykład, mogą uczestniczyć w programie YSPS (*Yo, Sí Puedo Seguir – Ja potrafię kontynuować*), w ramach którego prowadzone są zajęcia z geografii, historii, matematyki i nauk przyrodniczych.

Kuba uruchomiła kampanię YSP na początku XXI w. W 2001 r. sfinansowała program masowego uczenia dorosłych czytania i pisania na Haiti, gdzie około połowy mieszkańców było analfabetami. Dwa lata później Kubańczycy pomogli zorganizować kampanię w Argentynie i Meksyku. Kuba wysłała także materiały do nauki i niezbędny sprzęt audiowizualny do Paragwaju. W latach 2003-2005, dzięki kubańskiej pomocy, ponad 5 tys. dorosłych Paragwajczyków opanowało umiejętność czytania i pisania na poziomie podstawowym (UNESCO, 2006). Spektakularnym sukcesem zakończyła się kubańska kampania w Wenezueli. Szacuje się, że od roku 2003 do 2005 około 1,5 mln Wenezuelczyków nauczyło się czytać i pisać (Robertson, 2012).

Kuba zwiększyła swoje zaangażowanie w kampanię na rzecz walki z analfabetyzmem w krajach latynoamerykańskich po utworzeniu ALBA (*Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América*)⁶. W latach 2004-2006 beneficjentami programu *Yo, Sí Puedo* było ponad 16 tys. Ekwadorczyków (UNESCO, 2006). Kubańscy specjaliści w zakresie technik nauczania czytania i pisania dorosłych pojechali także do Nikaragui w 2006 r. Ponadto kraj ten otrzymał pomoc techniczną

6 Boliwariański Sojusz dla Narodów Naszej Ameryki powstał w 2004 r. z inicjatywy Kuby i Wenezueli. W 2006 r. do ALBA dołączyła Boliwia, a następnie Nikaragua (2007), Saint Vincent i Grenadyny (2007), Dominika (2008), Antigua i Barbuda (2009), Ekwador (2009), Surinam (2012), Saint Lucia (2013), Grenada (2014) i Saint Kitts i Nevis (2014).

w postaci materiałów do nauczania, kilku tysięcy telewizorów i odtwarzaczy kaset wideo.

W latach 2006-2008 Kuba współfinansowała boliwijską kampanię na rzecz walki z analfabetyzmem. Dostarczyła materiały do nauczania i podręczniki dla boliwijskich nauczycieli, 30 tys. telewizorów i wideokaset z nagranyimi lekcjami, 8 tys. paneli słonecznych, a także testy do badania wzroku i 50 tys. par okularów do czytania dla osób uczestniczących w kampanii (Artaraz, 2012, s. 33). Ponadto wysłała swoich ekspertów w zakresie logistyki i technik uczenia dorosłych czytania i pisanie. Po zakończeniu trzyletniej kampanii YSP w Boliwii pozostał zespół kubańskich doradców pomagający przygotować kolejną *Yo, Sí Puedo Seguir*. Kampania ta rozpoczęła się w 2009 r. i była skierowana do osób, które nie ukończyły edukacji na poziomie podstawowym. Szacuje się, że z programu skorzystało około 1 mln dorosłych Boliwijczyków.

W 2007 r. Kubańczycy pomagali w uruchomieniu kampanii YSP w Urugwaju oraz Gwatemali. Około 5 tys. Urugwajczyków było beneficjentami programu w latach 2007-2010 (UNESCO, 2016) oraz ponad 19 tys. Gwatemalczyków w latach 2007-2014 (Matos, 2014). Zarówno w Urugwaju, jak i Gwatemali dorośli mogli kontynuować edukację w ramach YSPS.

Kuba zaangażowała się w walkę z analfabetyzmem także w innych krajach Ameryki Łacińskiej. Wysłała pomoc do Brazylii, Dominikany, Grenady, Hondurasu, Kolumbii, Panamy, Peru, Salwadoru i na Jamajkę. Ponadto współfinansowała i pomagała przygotować kampanie YSP w kilku krajach afrykańskich. Beneficjentami kubańskiej pomocy są: Angola, Gwinea-Bissau, Gwinea Równikowa, Mozambik, Namibia, Nigeria i RPA (Boughton i Durnan, 2014a). W latach 2007-2012 Kuba pomogła zorganizować kampanię w Timorze Wschodnim, w której uczestniczyło około 200 tys. osób (Boughton i Durnan, 2014b).

Kubańską metodę zdecydowały się także wykorzystać kraje rozwinięte do walki z analfabetyzmem wśród rdzennej ludności. W latach 2003-2007 program uruchomiła Nowa Zelandia, a następnie Kanada (2007-2010) i Australia (2012-2014). W 2015 r. kampanię *Yo, Sí Puedo* zorganizowano w stanie Nowy Meksyk w Stanach Zjednoczonych. Z kubańskiej metody skorzystano także w hiszpańskiej Sewilli w 2007 r.

Zaletą kampanii YSP jest możliwość nauczenia czytania i pisania dużej liczby dorosłych w krótkim czasie i przy użyciu niskich nakładów. Kampania stanowi tańszy sposób uzyskania wykształcenia na poziomie podstawowym niż nauka w formalnym systemie szkolnym. Wymaga mobilizacji i zaangażowania władz w kraju beneficjenta, organizacji pozarządowych i lokalnych społeczności. Warto zauważyć, że po zakończeniu nauki do dyspozycji lokalnej społeczności pozostaje dostarczony wcześniej sprzęt do przeprowadzenia lekcji w systemie audiowizualnym oraz generatory prądu i panele słoneczne niezbędne na obszarach wiejskich pozbawionych elektryczności. Ponadto każdej kampanii towarzyszy badanie wzroku, a jej uczestnicy otrzymują okulary do czytania.

Boughton i Durnan (2014a, s. 325) twierdzą, że dzięki kubańskiej metodzie *Yo, Sí Puedo* ponad 6 milionów ludzi w 29 krajach nauczyło się czytać i pisać. Z kolei Kubańczycy szacują, że w kampaniach wzięło udział 10 mln analfabetów, z czego ponad 9 mln opanowało umiejętność czytania i pisania (Correa, 2015).

KUBAŃSKA WSPÓŁPRACA MEDYCZNA Z KRAJAMI POŁUDNIA

Współpraca Kuby z krajami rozwijającymi się w obszarze zdrowia została zapoczątkowana w 1963 r. Fidel Castro wysłał grupę lekarzy i pracowników medycznych do Algierii, by pomóc jej w tworzeniu systemu opieki zdrowotnej po zakończeniu wojny o niepodległość. Już w latach 70. kubańscy lekarze udzielali pomocy medycznej w ponad 30 krajach Afryki. Specjaliści z Kuby uczestniczyli we wdrażaniu programów opieki zdrowotnej w Gwinei-Bissau, Gwinei Równikowej, Botswanie, Burkinie Faso, Angoli, Ghanie, Gabonie, Mali, Namibii, Nigrze, Suazi, Mozambiku i Rwandzie. Ponadto Kuba otworzyła szkoły medyczne w Etiopii (1984), Ugandzie (1986), Ghanie (1991), Gambii (2000), Gwinei Równikowej (2000), Haiti (2001) i Gwinei-Bissau (2004) (Huish i Kirk, 2009, s. 129). W 1995 r. Kuba podpisała porozumienie o współpracy medycznej z Republiką Południowej Afryki. Kubańscy lekarze częściowo wypełnili lukę po południowoafrykańskich kolegach, którzy opuścili kraj po objęciu władzy przez Nelsona Mandelę. Obecnie, w ramach porozumienia, kilkudziesięciu

studentów z RPA rocznie bezpłatnie studiuje w ELAM (Hammett, 2014, s. 45).

Od kilku dekad kubański program współpracy medycznej jest realizowany w krajach Ameryki Łacińskiej. Dzięki niemu dostęp do lekarzy i opieki medycznej uzyskały miliony biednych osób zamieszkujących zacofane obszary w Belize, Boliwii, Brazylii, Ekwadorze, Gwatemali, Hondurasie, Nikaragui, Peru, Salwadorze oraz na Dominikanie i Karaibach (Jamajka, Saint Kitts i Nevis, Saint Vincent i Grenadyny). Obecnie, największy program współpracy medycznej Kuba realizuje z Wenezuelą. W zamian za ropę po niskich cenach, inwestycje i linie kredytowe, Kuba wysyła swój personel medyczny do pracy w biednych rejonach Wenezueli, zakłada ośrodki zdrowia i rehabilitacji, szkoli wenezuelskich lekarzy i pracowników medycznych oraz umożliwia naukę wenezuelskim studentom w ELAM.

W 2004 r. Kuba uruchomiła program pomocy okulistycznej „Operacja cud” w krajach Ameryki Łacińskiej. Inicjatywa ta zrodziła się w wyniku obserwacji skali problemów ze wzrokiem wśród uczestników programu *Yo, Sí Puedo*. Szacuje się, że ponad 2 miliony osób w 34 krajach rozwijających się skorzystało z pomocy kubańskich okulistów. W ramach programu wykonuje się głównie bezpłatne zabiegi usuwania katarakty i jaskry.

Kuba ma także duży udział w tworzeniu publicznego systemu opieki zdrowotnej w krajach Pacyfiku. W 2004 r. kubańscy lekarze pojechali pracować do Timoru Wschodniego i Nauru, a w latach 2006-2008 leczyli i pomagali zbudować system opieki na Kiribati, Vanuatu, Tuvalu i Wyspach Salomona (Walker i Kirk, 2013). Ponadto Kuba przyznała stypendia studentom medycyny z krajów Pacyfiku. W 2007 r. na Kubę przyjechali studenci z Kiribati, a następnie z Wysp Salomona (2008), Tongi (2009), Tuvalu (2009) i Fidżi (2010) (Asante i in., 2012, s. 4).

Od początku lat 60. XX w. Kuba udziela wsparcia medycznego w czasie różnych klęsk żywiołowych. W 1960 r. grupa kubańskich lekarzy została wysłana do Chile, by nieść pomoc po silnym trzęsieniu ziemi, które nawiedziło ten kraj. Ponadto kubańscy lekarze i ratownicy uczestniczyli w akcjach ratunkowych: po trzęsieniu ziemi w Peru (1970, 2007), Chile (1971), Nikaragui (1972), Meksyku (1985), Salwadorze (1986, 2001), Ekwadorze (1987), Kolumbii (1999), Pakistanie (2005), Chinach (2008) i na Haiti (2010); po przejściu huraganów

w Hondurasie (1974, 1998), Nikaragui (1988, 1998), na Dominikanie (1998), Haiti (1998, 2004); po powodziach w Nikaragui (1991), Hondurasie (1999), Wenezueli (1999), Gwatemali (2005) i Boliwii (2008); po przejściu tsunami w Indonezji (2004, 2007) i na Sri Lance (2004); w czasie epidemii dengi w Salwadorze (2000) i Hondurasie (2002) czy epidemii eboli w Gwinei, Liberii i Sierra Leone (2014-2015).

Od 1986 r. około 20 tys. dzieci z Ukrainy, Białorusi, Mołdawii i Armenii, które ucierpiały w wyniku wybuchu elektrowni jądrowej w Czarnobylu, było bezpłatnie leczonych na Kubie (Feinsilver, 2010a).

Kubańska współpraca medyczna z krajami Południa ma charakter wieloaspektowy. Przede wszystkim, kubańscy lekarze świadczą usługi medyczne w rejonach, gdzie brakuje lokalnych lekarzy. Monitorują sytuację epidemiologiczną, przeprowadzają kampanie szczepienia i edukacji zdrowotnej. Ponadto opracowują i wdrażają programy podstawowej opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. Uczestniczą także w tworzeniu i prowadzeniu przychodni, szpitali, klinik i laboratoriów. Poza tym, zakładają szkoły medyczne w krajach beneficjentach oraz doksztalcają miejscowy personel medyczny w ramach różnych szkoleń. Kuba dostarcza leki, produkty i sprzęt medyczny do krajów rozwijających się. W zależności od potrzeb oferuje pacjentom z krajów Południa leczenie u siebie. Ponadto organizuje konferencje, na których kubańscy lekarze dzielą się doświadczeniami ze swoimi kolegami z krajów rozwijających się. Uczestniczy także w programach wymiany naukowej z tymi krajami, przekazuje im technologie i know-how oraz finansuje wydawanie czasopism medycznych. Studenci medycyny z krajów Południa mogą się ubiegać o stypendia na naukę na Kubie (Feinsilver, 2010b, s. 88).

Kubański personel medyczny udziela pomocy medycznej głównie w krajach Ameryki Łacińskiej, Afryki Subsaharyjskiej i Pacyfiku. Od lat 60. XXI w. około 130 tys. kubańskich lekarzy i pielęgniarek pracowało w 104 krajach na świecie. Obecnie 30 tys. lekarzy i 20 tys. pracowników medycznych świadczy usługi w 100 krajach (ELAM, 2016).

Stosowana od kilku dekad dyplomacja medyczna przynosi Kubie korzyści gospodarcze i polityczne. Jest sposobem na nawiązanie stosunków dyplomatycznych z krajami rozwijającymi się i zdobycie ich poparcia na arenie międzynarodowej.

PODSUMOWANIE

Od kilku dekad Kuba angażuje się w pomoc rozwojową dla krajów Południa. Pomoc ta koncentruje się głównie w obszarze edukacji i zdrowia. Tysiące uczniów i studentów z krajów rozwijających się otrzymało stypendia umożliwiające naukę w kubańskich szkołach podstawowych i średnich oraz na kubańskich uniwersytetach. Ponadto Kuba wysyła swoich dobrze wykształconych nauczycieli i trenerów sportowych do pracy w krajach rozwijających się. Pomaga w budowie niezbędnej infrastruktury szkolnej oraz finansuje wyposażenie klas w pomoce naukowe. Kubańscy specjaliści i doradcy uczestniczą także w organizacji systemów szkolnictwa podstawowego, średniego i wyższego w krajach Południa. Na szczególną uwagę zasługują osiągnięcia Kuby w zakresie masowego uczenia dorosłych czytania i pisanie w krajach rozwijających się.

W Ameryce Łacińskiej, Afryce i na Pacyfiku Kuba jest także ceniona za swoje misje humanitarne i medyczne. Kubański program pomocy medycznej jest zorientowany na potrzeby krajów rozwijających się i skierowany do najbardziej potrzebujących. Jego podstawę stanowi dobrze wykwalifikowany personel medyczny, a nie drogie technologie. Kubańscy lekarze nie tylko leczą, ale także kształcą miejscowych lekarzy i uczestniczą w budowaniu publicznych systemów opieki zdrowotnej w krajach Południa.

We współpracy rozwojowej z krajami rozwijającymi się Kuba kieruje się zasadą solidarności między biednymi społeczeństwami. Współfinansuje projekty w sferze edukacji i zdrowia, gdy dany kraj jest w stanie partycypować w kosztach. Jeśli kraju beneficjenta nie stać na częściowe sfinansowanie realizowanego projektu, wtedy sama pokrywa koszty. Ponadto przekazuje nieodpłatnie technologie i know-how. Kuba nie ingeruje w sprawy wewnętrzne krajów, z którymi współpracuje.

Warunkiem koniecznym skuteczności pomocy zagranicznej jest zrozumienie uwarunkowań kraju beneficjenta i traktowanie z szacunkiem tych, którym się pomaga. Pod tym względem kubański model pomocy/współpracy w zakresie edukacji i opieki zdrowotnej może stanowić wzór dla zachodnich donatorów.

BIBLIOGRAFIA

- Artaraz, K. (2012). Cuba's Internationalism Revised: Exporting Literacy, ALBA, and a New Paradigm for South-South Collaboration. *Bulletin of Latin American Research*, 31 (Supplement), 22-37.
- Asante, A.D., Negin, J., Hall, J., Dewdney, J. i Zwi, A.B. (2012). Analysis of policy implications and challenges of the Cuban health assistance program related to human resources for health in the Pacific. *Human Resources for Health*, 10(10), 2-9.
- Blue, S.A. (2010). Cuban Medical Internationalism: Domestic and International Impacts. *Journal of Latin American Geography*, 9(1), 31-49.
- Boughton, B. i Durnan, D. (2014a). Cuba's Yo, Sí Puedo. A Global Literacy Movement? *Postcolonial Directions in Education*, 3(2), 325-359.
- Boughton, B. i Durnan, D. (2014b). Cuba's "Yes, I Can" mass adult literacy campaign model in Timor-Leste and Aboriginal Australia: A comparative study. *International Review of Education*, 60(4), 559-580.
- Correa, Y. (2015). *El programa Yo, sí puedo llega a más de 10 millones de personas*. Pozyskano z: <http://www.granma.cu/cuba/2015-11-06/el-programa-yo-si-puedo-llega-a-mas-de-10-millones-de-personas>.
- ELAM. (2016). *Historia de la ELAM*. Pozyskano z: <http://instituciones.sld.cu/elam/historia-de-la-elam>.
- Feinsilver, J. (2010a). *Cuba's Health Politics: At Home and Abroad*. Pozyskano z: <http://www.coha.org/cuba%E2%80%99s-health-politics-at-home-and-abroad>.
- Feinsilver, J.M. (2010b). Fifty Years of Cuba's Medical Diplomacy: From Idealism to Pragmatism. *Cuban Studies*, 41, 85-104.
- Hammett, D. (2014). Physician Migration in the Global South between Cuba and South Africa. *International Migration*, 52(4), 41-52.
- Herman, R. (2012). An army of Educators: Gender, Revolution, and the Cuban Literacy Campaign of 1961. *Gender and History*, 24(1), 93-111.
- Hickling-Hudson, A. (2004). South-South collaboration: Cuban teachers in Jamaica and Namibia. *Comparative Education*, 40(2), 283-311.
- Huish, R. i Kirk, J.M. (2009). Cuban Medical Internationalism in Africa: The Threat of a Dangerous Example. *The Latin Americanist*, 53(3), 125-139.
- Keck, C.W. i Reed, G.A. (2012). The Curious Case of Cuba. *American Journal of Public Health*, 102(8), 13-22.
- Matos, L. (2014). *Alfabetizados más de 19 mil guatemaltecos con el programa Yo, sí puedo*. Pozyskano z: <http://www.granma.cu/mundo/2014-08-29/alfabetizados-mas-de-19-mil-guatemaltecos-con-el-programa-yo-si-puedo>.

- Muhr, T. (2015). South-South cooperation in education and development: The ¡Yo, Sí Puedo! literacy method. *International Journal of Educational Development*, 43, 126-133.
- Nowak, W. (2015a). Pomoc rozwojowa krajów BASIC. *Ekonomia XXI Wieku. Economics of the 21st Century*, 3(7), 46-64.
- Nowak, W. (2015b). Turcja jako wschodzący donator. *Optimum. Studia Ekonomiczne*, 3 (75), 168-179.
- Robertson, E. (2012). *Venezuela's Mission Robinson Literacy Program at 9 Years*. Pozyskano z: <https://venezuelanalysis.com/news/7402>.
- UNESCO. (1998). *First Regional Comparative and Explanatory Study (PERCE)*. Pozyskano z: <http://www.unesco.org/new/en/santiago/education/education-assessment-llece/first-regional-comparative-and-explanatory-study>.
- UNESCO. (2006). *Study on effectiveness and feasibility of the literacy training method Yo, sí puedo*. Pozyskano z: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001468/146881e.pdf>.
- UNESCO. (2008). *Second Regional Comparative and Explanatory Study (SERCE)*. Pozyskano z: <http://www.unesco.org/new/en/santiago/education/education-assessment-llece/second-regional-comparative-and-explanatory-study-serce>.
- UNESCO. (2016). *En el país de Varela: Yo, sí puedo – Education Programme for Young People and Adults*. Pozyskano z: <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=4&programme=93>.
- Walker, C. i Kirk, J.M. (2013). From Cooperation to Capacitation: Cuban Medical Internationalism in the South Pacific. *International Journal of Cuban Studies*, 5(1), 10-25.

Copyright and License



This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>