

FREUNDSCHAFTS-GESELLSCHAFT

BRD



KUBA

**Materialien
zum
Gesundheits-
wesen
in Kuba**

Herausgeber: Freundschaftsgesellschaft BRD-KUBA e.V.
Postfach 3103 - 4800 Bielefeld 1 Bielefeld 1977

KUBA

DIE GESUNDHEIT IN DER REVOLUTION

(herausgegeben vom Ministerium für Öffentliche Gesundheit (MINSAP)
anlässlich des Ersten Kongresses der Kommunistischen Partei Kubas)

Vorbemerkung

Der Erste Kongress der Kommunistischen Partei Kubas im Jahre 1975 ist ein günstiger Anlass für eine Zusammenfassung der Erfolge, die unsere sozialistische Revolution im öffentlichen Gesundheitswesen erreicht hat.

Auf dem Weg, den unser Volk zum Aufbau einer neuen Gesellschaft eingeschlagen hat, zeichnen sich beachtenswerte Erfolge ab, die zu einer Anhebung der öffentlichen Gesundheit geführt haben. Mit dem hier vorliegenden Text sollen die wichtigsten Ereignisse während des Prozesses der Organisation und Entwicklung des Gesundheitsdienstes in der revolutionären Periode dargestellt werden. Insbesondere soll auf die Fakten aus jüngerer Zeit eingegangen werden, die immer deutlicher die Richtigkeit der in den ersten Jahren der Revolution gewählten Linie für die jüngste Entwicklung der öffentlichen Gesundheit bestätigen.

Es erscheint angebracht, sich heute der lebendigen Beschreibung zu erinnern, die unser Erster Sekretär der Kommunistischen Partei Kubas und Premierminister der Revolutionsregierung, Chefkommandant Fidel Castro Ruz von der Gesundheitslage des kubanischen Volkes in seiner Verteidigungsrede anlässlich des Angriffs auf die Moncada Kaserne vor Gericht gegeben hat. In seiner Rede, die unter dem Titel: " Die Geschichte wird mich freisprechen " überliefert ist, sagt er:

" Von soviel Elend kann man sich nur durch den Tod befreien, und der Staat half ihnen dabei. 90 % der Kinder auf dem Land waren von Parasiten zerfressen, die von der Erde durch die Sohlen der ungeschützten Füße in ihre Körper eindrangten.

Die Gesellschaft ist bewegt von der Nachricht der Verhaftung oder Ermordung einer Kreatur, aber verharret in krimineller Indifferenz vor dem Massenmord begangen an tausend und abertausend Kindern, die Jahr für Jahr durch das Fehlen von Finanzierungsmitteln in der Agonie vor Schmerzen röchelnd sterben, deren unschuldige Augen, in denen schon der Glanz des Todes steht, in die Unendlichkeit zu blicken scheinen, als ob sie um Verzeihung bäten für den menschlichen Egoismus und dass der Fluch Gottes nicht über die Menschen fiele. Von was kann ein Familienvater, der 4 Monate im Jahr arbeitet, Kleidung und Medizin für seine Söhne kaufen? Es werden Rachitiker heranwachsen, sie werden mit 30 Jahren keinen einzigen gesunden Zahn im Mund haben, sie

werden 10 millionenfaches Gerede angehört haben und am Ende in Elend und Enttäuschung sterben.

Der Zugang zu den überfüllten Krankenhäusern des Staates ist nur über die Empfehlung eines politischen Magnaten möglich, der dafür die Stimmzettel des Unglücklichen und seiner ganzen Familie verlangt, damit Kuba immer so bleibe oder aber sich verschlechtere. "

22 Jahre sind vergangen seit dem Augenblick, in dem diese exakte Charakterisierung der Gesundheit des kubanischen Volkes formuliert wurde, und 16 Jahre sind vergangen seit der Machtergreifung durch die revolutionäre Bewegung. Man kann behaupten, dass man eine so tiefgreifende Transformation in den Gesundheitsbedingungen einer Nation noch nicht gesehen hat, wie sie die kubanische Revolution in der kurzen Periode seit 1959 erreicht hat.

Die Basis für noch mehr Fortschritt in der Zukunft ist geschaffen. Die Richtlinien, die der Erste Kongress unserer Partei für unseren Sektor entwerfen wird, werden die kontinuierliche Entwicklung des Gesundheitsniveaus im ganzen Land absichern.

Das Land

Kuba ist ein souveränes und unabhängiges Land, als Republik konstituiert, in dem die politische Macht den Arbeitern gehört, die eine sozialistische Gesellschaft aufbauen.

Die institutionalisierten Grundlagen der politischen Führung sind: die Beseitigung jeder Form von Ausbeutung des Menschen, die Ausübung des höchsten Grades an sozialer Gerechtigkeit, die Entwicklung des individuellen und kollektiven Wohlbefindens, der Aufbau von internationalen Beziehungen auf den Normen und Prinzipien des internationalen Rechts und die Solidarität mit allen Völkern der Erde.

Territoriale Ausdehnung: Einschliesslich der Inseln und Cayos des kubanischen Archipels beträgt die territoriale Ausdehnung 110 922 km².

Bevölkerung: Die vorläufige Schätzung der zentralen Planungsbehörde für den Zeitraum 1970 - 1985 auf der Basis der Volkszählung von 1970 ergibt für 1974

eine Einwohnerzahl von 9 089 888; 51,1 % sind männlichen Geschlechts, 60,5 % leben in städtischen Gemeinden. Die Bevölkerung verteilt sich wie folgt auf die grossen Altersgruppen: 37,5 % sind jünger als 15 Jahre, 56,4 % haben ein Alter zwischen 15 und 64 Jahren und 6,2 % sind 65 Jahre oder älter. Die Bevölkerungsdichte liegt bei 82 Einwohnern pro km².

Geographische Lage: Kuba liegt in der tropischen Zone zwischen dem 19. und 24. Breitengrad und dem 74. und 85. Längengrad (Greenwich).

Temperatur: Die Temperatur schwankt zwischen jährlichen mittleren Maxima von 28,5 - 31°C und Minima von 19,5 - 24°C.

Niederschläge: Die mittleren Niederschläge schwanken zwischen 1 500 mm im Westen und 1 000 mm im Osten.

Relative Luftfeuchtigkeit: Die mittlere jährliche Luftfeuchtigkeit zeigt nur geringe Schwankungen und liegt zwischen 78 % und 80 %.

Konfiguration und Oberfläche: Die Insel Kuba ist im Ost-West-Sinn lang und im Nord-Süd-Sinn breit. Die grösste Breite beträgt 191 km, die Länge beträgt 1 250 km. Die Oberfläche ist vorwiegend eben, das bedeutendste Gebirge liegt in der östlichsten Provinz an der Südküste und erreicht eine Höhe von 1 974 m. Die Flüsse verlaufen allgemein in Nord-Süd-Richtung, haben eine geringe Tiefe und sind für Schiffe nicht befahrbar. Der grösste von ihnen hat eine Länge von 370 km.

Politische Gliederung: Das Land ist in 6 Provinzen und eine autonome Region eingeteilt. Die Provinzen sind in Regionen (región) und diese in Gemeinden (municipios) unterteilt. Für die Verwaltung des Gesundheitswesens wurde das Land in 7 Provinzen und 44 Regionen unterteilt.

Ökonomie: Zur Zeit des Sieges der Revolution erreichte die Anzahl der Arbeiter kaum 1 600 000, die Anzahl der Arbeitslosen wurde auf 700 000 geschätzt, die 30 % der Arbeitskraft darstellten. Heute ist die Arbeitslosigkeit beseitigt, die Vollbeschäftigung der männlichen Arbeitskraft ist gesichert ebenso wie eine starke Beteiligung der Frau am Arbeitsprozess ¹⁾.

¹⁾ " ... Von 194 000 Beschäftigten (Frauen) im Jahre 1958 - davon arbeiteten 70 % in Haushalten - wuchs die Zahl auf 647 000 im Jahre 1975, d.h. auf das 3,3fache. Allein im staatlichen Sektor beträgt der Anteil der Frauen 28 % ... In letzter Zeit ist die Zahl der beschäftigten Männer um 23 % und die der Frauen um 40 % gestiegen..." (aus: siehe ²⁾)

1958 wurden 1 400 000 Löhne ausgezahlt, 1973 waren es 3 690 000. Die Ausgaben für soziale Sicherheit betragen 1958 105 000 000 Pesos, 1973 erreichten sie 547 000 000 Pesos ²⁾.

1962 betrug die landwirtschaftliche Nutzfläche 2 900 000 ha, 1974 betrug sie mehr als 5 000 000 ha.

Die gestaute Wassermenge lag 1958 bei 29 000 000 m³; 1974 wurde die Kapazität auf mehr als 4 000 000 000 m³ geschätzt.

Die Ernte an Zitrusfrüchten betrug 1962 98 100 t, 1974 wurden 176 000 t geerntet.

Zwischen 1960 und 1973 wurden 664 021 verholzbar Bäume gepflanzt.

Die Milchproduktion lag 1962 bei 192 300 t, 1974 bei 549 000 t.

1958 lag die Eierproduktion bei etwas mehr als 300 000 000 Einheiten pro Jahr, 1974 erreichte die Produktion 1 759 100 000 Einheiten.

Der Fischfang lag 1958 bei 21 900 t und erreichte 1974 165 000 t.

Es folgen Daten über die fundamentalen Erfolge der Industrieproduktion in der revolutionären Periode:

- Die Produktion von Nickelmineralien stieg von 18 000 t (1958) auf 35 200 t (1973).
- Die Gewinnung von Erdöl ist von 50 400 t (1958) auf 137 800 t (1973) angestiegen.
- Die Stahlproduktion erreichte 1974 250 300 t.
- Die Produktion von grauem Zement stieg auf das 2,6fache von 665 000 t (1957) auf 1 800 000 t (1974).
- Die Bausteinproduktion erreichte 1974 7 600 000 m³.

²⁾ " ... Um zu verdeutlichen, wieviel Geld das Land für das Sozialwesen aufwendet, genügt es, darauf hinzuweisen, dass im Jahre 1975 der Haushaltsplan 593,3 Millionen Pesos aufweist, mehr als das Fünffache der Ausgaben von 1959, die 114,3 Millionen Pesos betragen oder fast soviel wie das gesamte Budget des Landes vor der Revolution. ... Der ausgezahlte Lohnfonds 1970 betrug 3 079 Millionen Pesos und stieg 1975 auf 4 255 Millionen - das ist eine Erhöhung von 40 %. 1975 machten die Löhne 79 % des Gesamteinkommens der Bevölkerung aus. Der monatliche Durchschnittslohn beträgt 136 Pesos, 21 % mehr als 1970. Das Monatseinkommen einer Familie liegt bei 203 Pesos. ... " (aus: Rechenschaftsbericht des Zentralkomitees der Kommunistischen Partei Kubas, in: I Parteitag der Kommunistischen Partei Kubas. Materialien, Dietz Verlag - Berlin - 1976)

- Die Elektrizitätserzeugung im öffentlichen Dienst stieg von 1 768 000 000 Kilowattstunden (1958) auf 6 016 400 000 (1974).
- Die Düngemittelproduktion stieg von 270 000 t (1957) auf das 2,3fache von 728 000 t (1974).
- Die Papierproduktion betrug vor 1959 nicht mehr als 45 000 t, 1974 wurden 119 000 t Papier und Karton produziert.
- 1957 wurden etwa 60 000 000 m² Gewebe produziert, 1974 erreichte man 139 000 000 m².
- 1959 lag die Schuhproduktion unter 9 000 000 Paaren, 1974 wurden 19 800 000 Paare hergestellt.
- In der Milchproduktion wurden Investitionen zur Errichtung von Anlagen für die Pasteurisierung, von verschiedenen Fabriken für die Herstellung von Speiseeis und des Milchkombinats vorgenommen, das sich zur Zeit noch in Konstruktion befindet. Die Speiseeisproduktion stieg von 2 500 000 Gallonen zu Beginn der 60-er Jahre auf 14 200 000 Gallonen (1973).
- Die Produktion von Nahrungspasteten stieg von 841 t (1955) auf 52 300 t (1974).
- Die Erzeugung von Kindernahrungsbrei stieg von 2 832 t (1963) auf 19 000 t (1974).

1962 wurden Baukonstruktionen im Wert von 380 600 000 Pesos durchgeführt. 1974 betrug der Wert das etwa 2,7fache (1 158 500 000 Pesos).

Die internationale Handelsflotte verfügte 1958 über 14 Einheiten mit einem Leergewicht von 58 000 t; 1974 waren es 72 Einheiten mit einem 10 mal so grossen Leergewicht.

Der Umschlag von Einfuhr- und Ausfuhrsgütern kubanischer Häfen hat sich fast verdoppelt: 1962 wurden 13 200 000 t umgeschlagen, 1974 erreichte man 24 000 000 t.

Der Handelsaustausch erreichte 1959 1 310 800 000 Pesos und stieg auf 4 433 400 000 Pesos im Jahre 1974.

I D a s N a t i o n a l e G e s u n d h e i t s w e s e n

Prinzipien und Eigenschaften des nationalen Gesundheitswesens.

Die Schaffung einer Organisation für die Gesundheitsdienste in Kuba oder eines kubanischen Gesundheitswesens ist ein Ergebnis der Transformationen, die seit der Machtergreifung der Sozialistischen Revolution (1959) durchgesetzt wurden.

Unsere Situation zu jener Zeit kann wie folgt zusammengefasst werden:

- a) Fehlen eines nationalen Gesundheitswesens, der elementaren Koordination der geschaffenen Dienstleistungen oder von vertikalen Programmen zur Suche nach Lösungen für die Probleme höherer Priorität.
- b) Quantitative Insuffizienz der Dienstleistungen, unzureichende Bedarfsdeckung.
- c) Schlechte Qualität der staatlichen Dienstleistungen gegenüber einer relativ besseren Qualität der privaten Dienstleistungen.
- d) Alle Dienstleistungen waren vom therapeutischen Typ. Eine präventive Medizin wurde nicht durchgeführt.
- e) Ein medizinischer Unterricht entfernt von den sozialen Notwendigkeiten. Ausbildung von Medizinern für die private kurativ-pflegerische Berufsausübung.

Die Basis für die tiefgreifenden Transformationen in unserem Gesundheitswesen seit jener Epoche sind die Prinzipien, die für seine Entwicklung bis zum Niveau und zur Struktur der Dienstleistungen von heute angewendet werden:

Die Gesundheit des Volkes ist eine Verantwortlichkeit des Staates

Die beste Methode, die wir für die Formulierung, Organisation und Ausführung einer nationalen Gesundheitspolitik für die gesamte Gemeinschaft gefunden haben, ist die Integration der vorher versprengten Komponenten des Gesundheitssektors in der Struktur des Ministeriums für Öffentliche Gesundheit (MINSAP), dem alleinigen Führungsorganismus für diese Aktivitäten.

Als Folge der Anwendung dieses Prinzips wurden Einrichtungen für medizinische Leistungen einschliesslich der privaten und der Industrie und des Handels für Medikamente, Instrumente und medizinische Geräte in die Gesundheitsorganisation integriert. Die private Berufsausübung auf dem Gesundheitssektor ist auf eine kleine Anzahl von Ärzten und Zahnärzten reduziert, die eigene Konsultationspraxen unterhalten.

Auf diese Weise hat unser Gesundheitswesen die legale, administrative und finanzierende Autorität im Ministerium für Öffentliche Gesundheit vereint.

Die Gesundheitsdienstleistungen sind der gesamten Bevölkerung zugänglich.

Dies ist möglich in dem Masse wie eine vollständige Sicherung der physischen, legalen und ökonomischen Dienstleistungen für das ganze Land erreicht werden kann.

Die physische Versorgung sichern wir mittels der Streuung der Dienstleistungs-

einheiten über das Land; die Versorgung der ländlichen Gebiete hat dabei einen besonders hohen Stellenwert.

Die legale Versorgung sichern wir durch eine Gesetzgebung, die das volle Recht der Bevölkerung zur Inanspruchnahme der Dienstleistung, schützt, ohne politische, religiöse, rassistische oder jedwede andere Art von Diskriminierung.

Die ökonomischen Limitierungen für die Bevölkerung verschwinden durch die Erklärung der kostspieligsten Komponenten des Gesundheitsdienstes zur Gratisleistung: hierzu zählen die Krankenhausbehandlung (einschliesslich Medikamente), die medizinische Konsultation, Labor- und Röntgenuntersuchungen.

Die Gemeinschaft beteiligt sich aktiv an den Gesundheitsprogrammen.

Jeder revolutionäre Prozess verursacht eine riesige Massenbewegung und ruht und verstärkt sich in ihr. Die aktive Beteiligung der Volksmassen bei allen Aktivitäten, die sich im Rahmen des revolutionären Prozesses entwickeln, ist eine konstante Komponente bei den Transformationen, die 1959 in unserem Land begonnen haben.

Der Einfluss des Volkswillens (linea de masas) auf dem Gesundheitssektor wird ermöglicht durch den Kontakt auf allen Ebenen mit den Organisationen, die sich gebildet haben, um die Volksbewegung in Gang zu bringen. Besonders wiegt hier der Kontakt zwischen den Massenorganisationen und der Basiseinheit des Gesundheitsdienstes auf lokalem Niveau: die Poliklinik in den städtischen und das Landkrankenhaus in den ländlichen Gebieten.

Die Organisationen, welche die Massenbewegung hinsichtlich der öffentlichen Gesundheit fördern und kanalisieren, sind die Gewerkschaften (CTC), die Komitees zur Verteidigung der Revolution (CDR), der kubanische Frauenverband (FMC) und speziell in den ländlichen Gebieten die Nationale Vereinigung der Kleinbauern (ANAP).

Die fundamentalen Aktivitäten, die mit Unterstützung der Aktivisten für Gesundheit aus diesen Organisationen entwickelt wurden, haben insbesondere dazu geführt dass

- a) das Erziehungsniveau für Gesundheitsfragen in der Bevölkerung gehoben werden konnte,
- b) eine effektive Unterstützung der Bevölkerung bei der Durchführung von

Gesundheitsprogrammen (Impfungen, medizinische Massenuntersuchungen, freiwillige Blutspende) erreicht wurde,

c) engere Beziehungen zwischen Dienstleistungseinheit und Gemeinschaft sowie zwischen Arzt und Patient hergestellt werden konnten.

d) das Vertrauen der Gemeinschaft in ihren Gesundheitsdienst vergrössert wurde.

Die Gesundheitsdienstleistungen haben präventiv-kurativen Charakter.

Trotz der kontinuierlichen Perfektionierung der Techniken kann die kurative Medizin nicht auf sich allein gestellt ein hohes Gesundheitsniveau in der Bevölkerung aufrechterhalten. Die Förderung und der Schutz der Gesundheit erweisen sich als vorrangige Aktivitäten, wenn man ein hohes Niveau an Gesundheit und Wohlbefinden für die Gemeinschaft erreichen will.

Mit Hilfe des in unserem Land geschaffenen Gesundheitswesens wurde der medizinischen Praxis ein präventiv-kurativer Inhalt gegeben. Es wurden Programme von grosser Tragweite mit präzise festgelegter Zielsetzung entwickelt, die ermöglichten, Krankheiten wie die Poliomyelitis und die Malaria auszurotten. Diese Aufgaben wurden immer auf der Basis der Integration von präventiven und kurativen Aktivitäten bei der Planung und in den Dienstleistungszentren der gesamten Gesundheitsorganisation durchgeführt.

Zum besseren Verständnis der Dienstleistungsorganisation müssen wir diesen Prinzipien deren prinzipielle Charakteristika hinzufügen, unter denen an erster Stelle die Vollständigkeit des Systems und die Planung der Aktivitäten zu nennen sind.

Am 1. August 1961 wurde ein Gesetz erlassen, das die Funktionen des Gesundheitsministeriums als dem Führungsorganismus für die Gesundheit des Landes festlegte. Später haben sich Organisationen und Unternehmen, die auf privatwirtschaftlicher oder Wohltätigkeitsbasis im Bereich Gesundheit aktiv waren, einschliesslich der medizinischen Mineralbäder, pharmazeutischen Laboratorien und des Medikamentenhandels und schliesslich alle Komponenten des Gesundheitssektors dem Ministerium angeschlossen.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes begann ein Prozess der Gesundheitsplanung, der die Aufstellung von Plänen gemäss der für den Sektor entworfenen Politik und Strategie ermöglichte und durch seine Basisprogramme zum Ausdruck kam: integrale Betreuung von Mutter und Kind, umfassende Betreuung des Erwachsenen,

Kontrolle der übertragbaren Krankheiten, Stadt- und Landhygiene, Nahrungsmittelhygiene und Arbeitsmedizin.

Die Entwicklung einer Gesundheitspolitik und eines Planungsprozesses für den Sektor haben die Integration eines Systems ermöglicht, das seine Effizienz durch eine beträchtliche Anhebung des Gesundheitsniveaus der Bevölkerung im vergangenen Jahrzehnt unter Beweis gestellt hat.

Um die Verwaltung dieses Systems zu erleichtern und die Gesundheitsdienstleistungen für die Gemeinschaft zugänglich zu machen, hat man eine gestufte Organisationsstruktur geschaffen, die den Prinzipien der Regionalisierung folgt. Hierdurch entstand ein ausgedehntes das ganze Land abdeckendes präventiv-kuratives Netz von Dienstleistungseinheiten, die unter sich verbunden und klar hierarchisiert sind und so überall ein qualitativ faktisch nicht limitiertes Versorgungsniveau aufrechterhalten können.

Folgende Kriterien sind hinsichtlich der Dynamik dieses regionalisierten Systems erfüllt:

- a) Verteilung der Dienstleistungseinheiten unterschiedlicher Niveaus und Kategorien in Übereinstimmung mit den geographischen und demographischen Gegebenheiten, den Gesundheitsproblemen der Bevölkerung und den Entwicklungsperspektiven der Gemeinden.
- b) Gestufter technischer und administrativer Verbund zwischen allen Dienstleistungseinheiten des Systems.
- c) Kontinuierliche wechselseitige Information (información cruzada) hinsichtlich der Versorgung von Patient und Gemeinschaft, soweit sie von den zuständigen Dienstleistungseinheiten zur Verfügung steht.
- d) Wissenschaftliche und technische Unterstützung der weniger entwickelten durch die mehr entwickelten Einheiten.
- e) Wechselseitige Beteiligung des ärztlichen, technischen und sonstigen Personals bei der Ausgestaltung (formación) von Dienstleistungseinheiten verschiedener Niveaus und Kategorien.
- f) Klare Definition des Typs von Patient oder Gemeinde, die von den verschiedenen Niveaus des Systems betreut werden sollen.

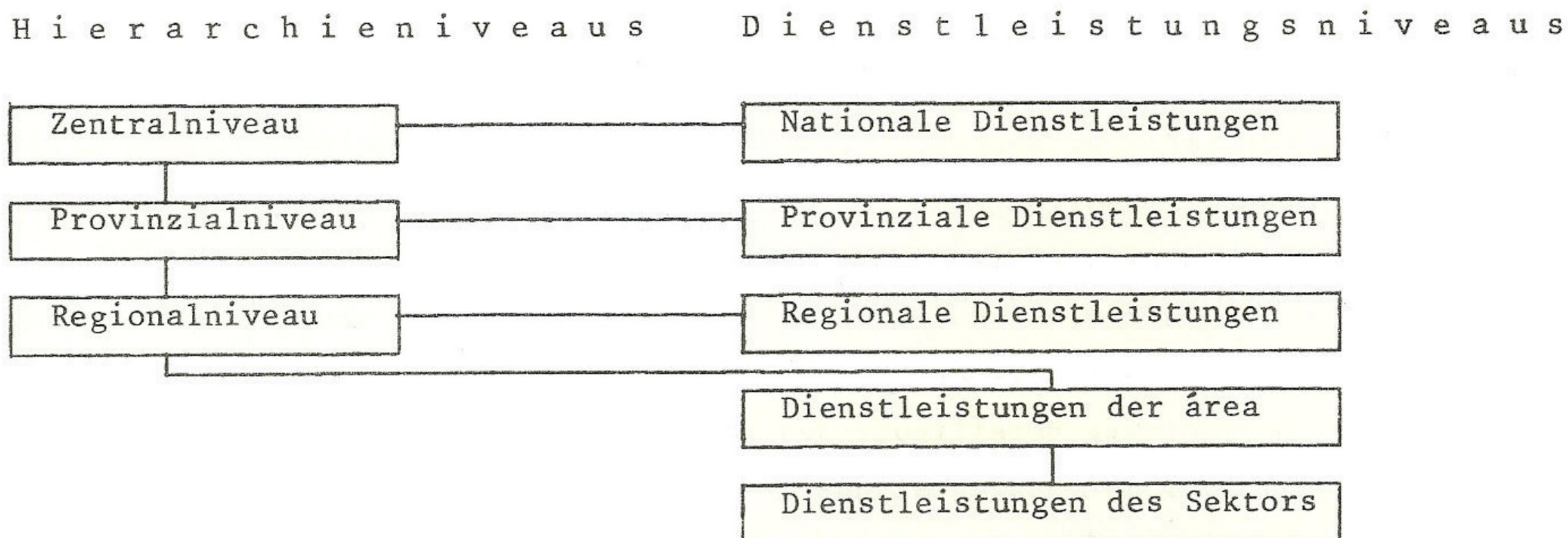
Die in das System integrierten Basisdienstleistungseinheiten (Poliklinik und Landkrankenhaus) stellen die fundamentalen Elemente des nationalen Dienstleistungsnetzes dar. Durch das "Gesundheitsteam" ("equipo de salud") dieser Einrichtungen wird der direkte primäre Kontakt zwischen Gesundheits-

programmen und dem Menschen hergestellt sowie mit dem Milieu, das ihn umgibt (Heim, Schule, Arbeitsplatz). Die übrigen einrichtungen des Systems dienen primär zur Unterstützung dieser Basiseinheiten, welche zweifelsohne wegen ihrer Charakteristika auch die wichtigsten sind.

Alle Einheiten zusammen oder die Organisation als Ganzes tragen die Verantwortlichkeit für die Versorgung mit den integralen Dienstleistungen (Prävention, Heilung, Rehabilitation), wie auch mit der Lehre und der Forschung auf dem Gesundheitssektor. Jedes Element des Verbundnetzes ist stufenweise eingeordnet. Sie sind umsomehr qualifiziert, je weiter sich die erforderlichen Dienstleistungen vom Basisniveau entfernen und ^{dann} auf die spezielleren Bedürfnisse der Bevölkerung ausgerichtet. Die Spezialeinheiten unterstützen die Arbeit der Basiseinheiten.

Die Organisationselemente stehen in horizontaler und vertikaler Beziehung zueinander. Die Systemstruktur lässt sich in Form einer Pyramide darstellen, an deren Spitze der politische und normative Führungsorganismus steht und dessen breite Basis die ausführenden Basiseinheiten sind.

Im Organisationschema gibt es drei Hierarchieniveaus und fünf Dienstleistungsniveaus



Das Zentralniveau verfügt über die oberste Autorität, entwirft die Politik, arbeitet die Normen aus und steuert und bewertet die Programme der Organisation; es dezentralisiert über die nachfolgenden Niveaus die Ausführung und Überwachung der Programme und delegiert an sie Autorität und Funktionen. Das programmatische Basisniveau ist regional und das applikative Basisniveau ist die área.

Das Zentralniveau steht seinerseits auch den genannten nationalen Dienstleistungseinheiten vor bestehend aus den Forschungsinstituten und den zentralen Lehr- und Produktionseinheiten.

Dem Provinzialniveau ordnen sich die Regionen und die provinziellen Dienstleistungseinheiten unter: Krankenhäuser, Labors für Hygiene und Mikrobiologie, Blutbanken, Lehrstätten für medizinisch-technische Assistenz und andere.

Das Regionalniveau leitet die Dienstleistungseinheiten auf Regionalniveau und auf dem Niveau der área. Zu den ersteren gehören Krankenhäuser, Erholungsheime, Altersheime, Zahnkliniken, Labors für Hygiene und Mikrobiologie, Drogerien, Vertrieb optischer Geräte, etc..

Die Dienstleistungseinheiten der áreas sind die Polikliniken und Landkrankenhäuser für die Basisversorgung der Stadt- bzw. der Landgebiete.

Eine Erweiterung der Dienstleistungseinheit der área ist die des Sektors soweit zusätzlich Arztposten auf dem Land, in Schulen oder in der Industrie und Apotheken vorhanden sind.

Die Leitungsfunktionen auf jeder Hierarchiestufe, des Ministeriums oder Zentralniveaus, der Provinzial- und Regionaldirektionen sind auf dem ihnen entsprechenden Niveau ähnlich und unterscheiden sich nur durch eine Vereinfachung der Organisationsstruktur auf dem jeweils untergeordneten Niveau.

Hinsichtlich der Verwaltungsmethodik des Systems muss wegen seiner Bedeutung noch Konzept und Funktion der Direktionskollektive auf zentralem und provinzialem Niveau hervorgehoben werden.

Diese Gruppen sind aus den im Gesundheitsdienst profiliertesten Spezialisten (chirurgen, Gynäkologen, Zahnärzten, Epidemiologen) zusammengesetzt, welche, ohne ihre praktische Berufstätigkeit aufzugeben, jeweils eine der von ihnen beherrschten Fachrichtung angepasste Direktionsfunktion übernehmen und hier über die Organisation die Normierung, Überwachung und Bewertung durchführen.

Auf diese Weise wird durch die Direktionsarbeit erreicht, die Meinungen und Erfahrungen der qualifiziertesten Experten aus den verschiedenen Gesundheitswissenschaftszweigen des Landes zu koordinieren und auf eine definierte Linie zu bringen und damit die Entscheidungen der Leiter der Gesundheitsorganisation zu unterstützen.

Diese wissenschaftliche Aktivität zur Unterstützung der Administration ist ihrerseits eine Form der Demokratisierung des Verwaltungsprozesses, die in hohem Mass die Beteiligung der Wissenschaftler beim Zustandekommen von Entscheidungen ermöglicht.

Unter den besonders hervorzuhebenden Aktivitäten der Gruppen ist ihre Beteiligung bei der technisch-administrativen Normierung der Aktivitäten im Dienstleistungsbereich. So hat man bereits nationale Normen für Geburtshilfe, Gynäkologie, Pädiatrie, Innere Medizin, Lehre, Statistik und Verwaltung ausgearbeitet; zu den Verwaltungsnormen gehört auch ein allgemeines Reglement für Krankenhäuser.

Alle Aktivitäten der Gesundheitsprogramme sind in die Dienstleistungen der gesamten Organisation integriert. Dies ist die Folge der Entwicklung einer Infrastruktur für die Dienstleistungen, die die Integration unterstützt. Zur Zeit gibt es im Land keine Programme mit vertikaler Weisungsstruktur. All dies wird ebenfalls ermöglicht infolge der Effizienz der etablierten Dezentralisierung, bei der die Region als programatisches Grundelement über die notwendige Autorität für die adäquate Leitung der Programme verfügt.

Zur Zeit besteht in unserem Land ein nationales Informationssystem, das eine geeignete und angemessene Orientierung für den Entscheidungsprozess liefert.

Überwachung und Kontrolle des administrativen Prozesses werden systematisch und programmatisch festgelegt und auf allen Strukturebenen durchgeführt. Zusammen mit dem Informationssystem wird hierdurch eine Korrektur von Fehlentwicklungen in angemessenen Zeiträumen möglich wie auch eine besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich der Produktivität.

Der Planungsprozess des Gesundheitssektors ermöglichte im vergangenen Jahrzehnt die Ausarbeitung zahlreicher Pläne und Zielsetzungen. Diese wurden jedoch erst realisiert auf der Basis einer zuvor etablierten Politik und Strategie auf diesem Sektor.

Die Effektivität der Planung ergab sich insbesondere, weil sie ein wichtiges Element und Instrument für Veränderungen wurde und nicht zu einem Substitut der Politik. In diesem Sinn wurden keine grossen Departments und Führungsstäbe für Planung aufgebaut sondern im Gegenteil dafür gesorgt, dass das gesamte Verwaltungspersonal in den Planungsprozess durch direkte Beteiligung integriert und hierdurch eine höhere technische Qualität erreicht wurde.

Der Planungsprozess des Gesundheitssektors ist in den Gesamtentwicklungsprozess des Landes eingliedert. So wurde bevorzugt auf dem Bausektor und für den Lehrbetrieb investiert sowie die ersten Schritte zur Organisation von Forschung unternommen.

Unter den bedeutendsten Problemen muss die Rückständigkeit der Operationsforschung hervorgehoben werden. Ebenso werden im Planungsprozess Lücken beobachtet, die der Beseitigung durch grössere Planungsqualität bedürfen.

Der Auswertungsprozess hat einen guten Start gehabt bedarf jedoch noch weiterer Entwicklung, um zu echten Effizienzanalysen der Verwaltungstätigkeit zu gelangen. Um das erklärte Ziel zu erreichen, den Verwaltungsprozess des Gesundheitssektors soweit zu entwickeln, dass er die gestellten Aufgaben mit grösserer Effizienz und Produktivität erreicht, wurden folgende Vorschläge gemacht:

- a) den Planungsprozess durch Einführung neuer Techniken zu vervollständigen, damit Pläne und Programme rationeller gestaltet werden können.
- b) die Qualifikation des Personals in Bezug auf Verwaltung und Informationssysteme zu verbessern.
- c) die applikative Forschung auf dem Verwaltungssektor zu entwickeln.

Der Gesundheitsdienst auf dem Land

Die Bedeutung, die dem Gesundheitsdienst auf dem Land in unserem System zukommt, seine eng an die 1959 initiierten Transformationen gekoppelte Entwicklung, wie auch die wichtigen Erfahrungen für unsere Organisation, die bei seiner Gründung und Entwicklung gesammelt wurden, veranlassen uns, hierauf näher einzugehen.

Mit dem Ende der Volkszählung 1970 wurde für unser Land ein allgemeines und klar definiertes Konzept geschaffen hinsichtlich dessen, was ländlich und was städtisch ist. Hiernach zählen zur Stadtbevölkerung oder städtischen Gemeinde Ansammlungen von 2 000 und mehr Einwohnern und solche von 500 - 1 999 Einwohnern, welche über 4 oder mehr der folgenden Einrichtungen verfügen: öffentliche Beleuchtung, gepflasterte Strassen, Leitungswasser, Kanalisationsnetz oder Kloaken, Gesundheitsdienst und Schulzentren. Im Ausschluss gehören zur Landbevölkerung oder Landgemeinde Ansammlungen von weniger als 500 Personen oder solche von 500 - 1 999, welche nicht über 4 der o.g. Einrichtungen verfügen.

Eine bedeutende Anzahl von modernen Dörfern, die nach 1959 als Teil des Entwicklungsplans des Landes errichtet wurden, gehören zur Kategorie der städtischen Ortschaft mit 500 - 1 999 Einwohnern nach der o.g. Definition; hervorzuheben ist, dass deren Einwohner Campesinos sind, die bis zum Einzug in diese neuen Dörfer in der traditionellen kubanischen Landbehausung, dem Bohío, gelebt haben, mit dem Boden aus gestampfter Erde, Wänden und Dach aus Palmblättern, ohne Elektrizität, Wasser und Kanalisation und im allgemeinen lokal isoliert.

Auf der anderen Seite hält die Bevölkerung dieser Gemeinden wie auch ein beträchtlicher Teil der Ortschaften mit etwas mehr als 2 000 Personen durch ihre aktive landwirtschaftliche Arbeit die Bindung an das Land aufrecht. Als Folge ist die Kultur dieser Gemeinden ländlich.

Vom Gesichtspunkt der Gesundheitsdienstleistungseinheiten bezeichnen wir alle als ländlich, die in Ortschaften mit weniger als 2 000 Einwohnern lokalisiert sind, obwohl erwähnt werden muss, dass in zahlreichen Gemeinden, die diese Grenze überschreiten, die Gesundheitsdienste mehr als die Hälfte ihrer Aktivitäten den Bewohnern der den Ortschaften angrenzenden Landzone widmen. Dies wird akzeptiert selbst für gewisse Krankenhäuser und andere regionale Dienstleistungseinrichtungen, die in Städten mit mehr als 20 000 Einwohnern umgeben von Landzonen mit hoher Bevölkerungsdichte lokalisiert sind.

Das Problem der Ungenauigkeit dieser Grenzen akzentuiert sich, wenn wir die Peripherie der Städte betrachten, wo der Einfluss der Stadtkultur auf die Bevölkerung der Peripherie, die Attraktivität, die sie auf diese Bevölkerung ausübt - und hier insbesondere, was den Gesundheitsdienst angeht - , die Personen in hohem Masse von den Dienstleistungen der Stadt abhängig macht. All dies sowie die hierdurch hervorgerufene Konzeptionsdiskussion schaffen auch ein praktisches Problem, das darin besteht, wie mit einer gewissen Genauigkeit die Dienstleistungsdeckung für die Landbevölkerung, die Grössenordnung der konsumierten Bedarfsmittel, etc. ermittelt werden kann.

Der Mangel von Gesundheitsdienstleistungen auf dem Land in der vorrevolutionären Epoche Kubas ist bekannt. Bei Beginn des bewaffneten Kampfes in den Bergen, in der Etappe des Aufstandes unserer Revolution, sahen sich die Ärzte der Guerrilla vor die Aufgabe gestellt, einen Grossteil ihrer Anstrengungen und Mittel, die unter grossen Opfern aufgebracht wurden, der Versorgung der Bauernbevölkerung der Gebiete zu widmen, in denen sich der

Krieg entwickelte.

Während des Krieges hatte das Rebellenheer sehr enge Kontakte zu den Bedürfnissen der Landbevölkerung mit dem Erfolg, das die Revolutionsregierung nach der Machtergreifung sich vorrangig und auf hoher Dringlichkeitsstufe mit der durch die soziale, ökonomische und politische Situation entstandene Problematik der Menschen auf dem Land einschliesslich der Gesundheitsprobleme auf dem Land beschäftigte.

1959, im Jahre des Siges des bewaffneten Kampfes der Revolution, wurde das Landreformgesetz verkündet, Hauptinstrument für eine radikale Transformation der Struktur und der Lebensbedingungen in den Landgebieten. Dieser Prozess geht auch heute noch weiter, da nach der Beseitigung der ökonomischen Ursachen der ländlichen Unterentwicklung, der politischen Diskriminierung des Bauern und Landarbeiters, des Analphabetismus als Sozialphänomene andere, langsamere durchführbare, Aufgaben verfolgt werden, wie der Prozess der landwirtschaftlichen Technisierung, der stufenweisen Anhebung des Erziehungsniveaus, kurzum die Aufnahme kultureller Elemente des modernen Lebens, die langfristig die Unterschiede zwischen Stadt und Land verwischen; eine Aufgabe, in deren Bewältigung wir enorme Mittel investieren.

Die Entwicklung des Gesundheitsdienstes auf dem Land begann 1960 mit der Verkündung des Gesetzes 723 vom 25. Januar und der Einrichtung des medizinisch-sozialen Dienstes für Postgraduierte. Dieses Gesetz ermöglichte die Disposition über den Personeneinsatz, der für die Entwicklung dieses Dienstes unverzichtbar ist: Die Verpflichtung des Arztes, nach Beendigung seiner Ausbildung ein Jahr lang ganztags und ausschließlich in Landgemeinden des Landes zu arbeiten.

Am Anfang war der Dienst auf kleine Einheiten limitiert, die in irgendeinem gerade disponiblen Gebäude untergebracht waren, in denen der Arzt durch materielle Schwierigkeiten behindert war und ihn manchmal und die ihn manchmal dazu brachten, in den Hütten der Bauern zu leben und zu arbeiten. Aus nächster Nähe mußte er dem Obskurantismus, dem Kurpfuschertum und der absoluten Unkenntnis der elementarsten Regeln der Hygiene gegenüberreten.

Nachdem diese Periode durchgestanden war, entwickelte sich eine angemessene Arzt-Patienten-Beziehung und später auch eine solche zwischen dem Gesundheitsdienst und der Gemeinde. Parallel hierzu entwickelte sich die Ar-

beit auf den Gebieten der Erziehung und Prävention sowie die Sozialarbeit. Heute stellt der Gesundheitsdienst mit seinen Ärzten und Technikern einen hohen Wert für die Landgemeinden dar.

Zur Unterstützung bei der Realisierung der o.g. Gesetzgebung wurden die Mediziner schnell durch Zahnärzte und paramedizinische Techniker ergänzt. Die Entwicklung der Dienstleistungen vom Gesichtspunkt der materiellen Ausstattung und des Versorgungsniveaus war beträchtlich. Im folgenden möchten wir beide Grundeinrichtungen, das Landkrankenhaus und den Landarztposten näher beschreiben.

Das Landkrankenhaus ist die Basiseinheit zur Gesundheitsdienstleistung für die ländliche Gemeinde definierter Ausdehnung, deren Bevölkerung zwischen 5000 und 20 000 Einwohnern variiert, die verstreut oder in Ortschaften gruppiert sind. Entsprechend den Kommunikationswegen ist es am zugänglichsten Ort der Zone lokalisiert.

Die Bettenzahl ist auf 10 bis 30 limitiert und wesentlich für die perinatale und Kindesversorgung bestimmt. Hinzu kommt die Konsultation für die ambulante Versorgung und die zahnärztliche Behandlung.

Der Charakter der Aktivitäten des Landkrankenhauses macht es zu einer integralen Institution des Gesundheitssektors, da zu den Patienten, die kommen und eine ambulante oder stationäre Dienstleistung wünschen, die Aktivitäten des Außendienstes kommen: der Landrettungsdienst, Kontrolle der Umwelthygiene, Impfprogramme, Gesundheitserziehung, Krankheitsscreening, etc. Zum Krankenhaus zählt ein klinisches Labor und eine Röntgeneinrichtung. Im klinischen Labor werden regulär als Minimum folgende Untersuchungen durchgeführt: Blutbild, Harnstoff, Blutzucker, Fäces, Serologie, Blutsenkung, Gerinnung, Blutungszeit, Blutgruppe und Urinstatus. Die Röntgenuntersuchung ist auf einfache Aufnahmen beschränkt.

Der Zahnarzt macht Extraktionen, Fluorbehandlung, Behandlung vorstehender Zähne und Cariesfüllungen. Eine Krankenhausapotheke stellt kostenlos die für den eigenen Gebrauch benötigten Medikamente bereit, wie auch solche zur Verteilung in der Bevölkerung entsprechend den Durchführungsbestimmungen einiger Gesundheitsprogramme wie antiparasitäre Mittel, Eisenergänzung für Schwangere und andere.

Die Personalausstattung dieser Krankenhäuser setzt sich zusammen aus:

- 2 bis 4 Ärzte
- 1 Zahnarzt
- 1 Krankenschwester
- 8 bis 10 Hilfskräfte für die Krankenstation
- 1 Röntgenassistent bzw. Hilfskraft
- 1 Arbeiter oder Techniker für die Instandhaltung der Sanitäreinrichtungen
- 1 Techniker bzw. Hilfskraft für Statistik
- 1 technischer Laborassistent bzw. Hilfskraft
- 1 Subdirektor für Verwaltung
- 1 bis 2 Bürohilfskräfte
- 1 Chauffeur
- 2 Köche
- 2 Waschfrauen
- 6 bis 8 allgemeine Hilfskräfte

Einer der Ärzte ist der Direktor des Krankenhauses und des Gesundheitsdienstes für das zu versorgende Gebiet.

Jedes Krankenhaus hat eine dazugehörige Ambulanz. Zu jedem Krankenhaus wird ein Wohnkomplex für das technische Personal gebaut, das praktisch vollständig von außerhalb her stammt.

Als Basiseinheit des Gesundheitsdienstes für das jeweilige Gebiet (aréa) kommt dem Krankenhaus die Durchführung des Gesundheitsprogramms für dieses Gebiet zu. Zum Programm gehört die Ausführung der Aktivitäten, die sich für das Gebiet aus den nationalen priorisierten Einzelprogrammen ergeben: Die Mutter-Kind-Betreuung, die Erwachsenenbetreuung, Kontrolle der Infektionskrankheiten, die Landhygiene, Nahrungsmittelhygiene, Arbeitsmedizin und zusätzlich Verwaltungsarbeiten.

Wenn die spezifischen Bedingungen des versorgten Gebietes Aktivitäten außerhalb der o.g. erfordern, können sie in das Arbeitsprogramm aufgenommen werden, wenn die Zustimmung auf der zuständigen regionalen Ebene vorliegt. Für diejenigen Ärzte, die sich verpflichten, das Programm einer Area und dessen Krankenhaus zu leiten, werden Seminare für ein Basistraining zur Bewältigung dieser Aufgabe angeboten.

Der Aufenthalt in einer Landgemeinde mit den hier aufgeführten Arbeitsinhalten trägt in beträchtlichem Maße zur menschlichen, politischen und technischen Persönlichkeitsentwicklung der Ärzte und Techniker bei, eine wahrhafte Schule, die praktisch alle neu Graduierten durchlaufen.

Häufig kommt es vor, daß eine solche Dienstleistungseinheit allein den Bedarf des ihr zugewiesenen Gebiets nicht decken kann. Diese Situation hat zur Schaffung des Landarztpostens (puesto médico rural) geführt sowie zur Lokalisierung von einem oder mehreren Krankenhäusern in derselben Area, damit die Erfordernisse des Gesundheitsdienstes für die Bevölkerung abgedeckt werden können.

Der Landarztposten ist eine kleinere Einheit, in der ein Arzt und irgendeine andere notwendige Person permanent Dienst tun. Ihre Aufgabe ist die Basisbetreuung einer Gruppe von 3000 bis 5000 Einwohnern bzw. eines Segments der Area, das wir mit Sektor (sector) bezeichnen.

Während im Landkrankenhaus einige der Ärzte gewöhnlich über eine Facharztausbildung in Geburtshilfe oder Pädiatrie verfügen, ist der Arzt des Sektors oder Landarztpostens ein Allgemeinmediziner.

Entsprechend den Charakteristika der Umwelt und abhängigen Bevölkerung des Arztpostens - Kommunikation, Benutzungsfrequenz, Arbeitsaufwand etc. - arbeiten an der Seite des Arztes ein Zahnarzt, eine Hebamme, Hilfskräfte für die Krankenstation und ein technischer Laborassistent.

Diese Posten verfügen über eine reduzierte Bettenzahl von weniger als 10 für die Betreuung normaler Geburten, für Patientenbeobachtung etc. Die wesentliche Arbeit besteht in der ambulanten Betreuung und der Durchführung der Gesundheitsprogramme der Area auf der Ebene ihres Sektors.

Andere Einheiten von Bedeutung, die das Dienstleistungsnetz auf dem Land vervollständigen sind die Mütterheime und Kindererholungsheime (hogares de recuperación nutricional).

Das Mütterheim hat den wesentlichen Zweck, Frauen aus ländlichen Gebieten, die bei Einsetzen der Geburt Schwierigkeiten haben könnten, wegen der großen Entfernung vom Wohnsitz zum Krankenhaus zu gelangen, bis zur Geburt aufzunehmen und zu betreuen.

In diesen Heimen lebt man nicht unter Krankenhausbedingungen. Die Schwangeren kommen hierher vor dem erwarteten Geburtstermin, entsprechend den vom Arzt festgelegten Kriterien. Der Aufenthalt im Heim kann sich bis zu vier Wochen hinziehen gemäß den örtlichen Gegebenheiten und der Genauigkeit der Schätzung des Geburtstermins. Der Aufenthalt im Heim wird zur Gesundheitserziehung genutzt.

Das Kindererholungsheim ist eine Erziehungs- und Rehabilitationseinrichtung ohne Krankenhauscharakter. Die wegen Unterernährung eingelieferten Kinder bleiben hier bis zur vollständigen Erholung. Kinder unter 1 Jahr haben bei der Einweisung Priorität. Die Hauptfunktion dieser Einrichtung ist die Erziehung und Unterrichtung der Mütter in Fragen der Ernährung, Hygiene, Kinderpflege im Allgemeinen vermittelt kollektiver und individueller aktiver Demonstrationen. Nach der Entlassung des Kindes wird die Betreuung vom Gesundheitsdienst der zuständigen Area weiterverfolgt. Der gemeinsame Aufenthalt von Mutter und Kind im Heim durch das System der "begleitenden Mutter (madre acompañante) ermöglicht der Mutter die Wahrung ihrer Erziehungsarbeit.

Das nationale Gesundheitswesen ist eine regionalisierte Organisation, in der die weiter entwickelten Einheiten einer höheren Stufe die weniger entwickelten unterstützen; so finden die sektoralen Einheiten auf dem Land ihre Unterstützung in denen der Area und diese ihrerseits Unterstützung in Einheiten auf regionalem Niveau. Auf diese Weise wird ein Bezugssystem für Patienten und Gesundheitsfragen der Gemeinschaft geschaffen, das ermöglicht, am geeigneten Ort die Lösung eines Problems zu finden, das sich den Möglichkeiten der untergeordneten Einheiten entzieht.

Andererseits hat die Motivation der Bevölkerung für Aktivitäten auf dem Gesundheitssektor bestimmte Formen der freiwilligen Zusammenarbeit geschaffen. Gesundheitsaktivisten, die als Erweiterung der Gesundheitsdienste im Schoß der Gemeinschaft tätig sind. In den ländlichen Gegenden begegnen wir unter diesen Aktivisten den Verantwortlichen für Gesundheit in den Basiskomitees der Nationalen Kleinbauern Assoziation (ANAP), den Komitees zur Verteidigung der Revolution (CDR) und dem kubanischen Frauenverband (FMC), die verschiedene Unterstützungsfunktionen bei der Durchführung der Gesundheitsprogramme der Area übernehmen, wie freiwillige Arbeitseinsätze bei der Durchführung von Impfungen, bei der Verbesserung der Hygiene, Organisation von Aktivitäten zur Gesundheitserziehung, Mobilisierung von Personen für gesundheitliche Massenuntersuchungen etc.

Aus diesen Massenorganisationen rekrutieren sich auch die Mitglieder des Roten Kreuzes, reguläre und engere Mitarbeiter des Systems, die ein spezifisches Training für verschiedene Aufgaben erhalten, wie Erste Hilfe, Überwachung der Normen zur Unfallverhütung, Rettungsaufgaben in Notsituationen, Gesundheitserziehung, Lokalisierung von Nichtbeteiligung an vorgeschriebenen Gesundheitsprogrammen etc.

In den Landzonen mit zyklischem Abfluß von Arbeitern als Folge der Zuckerrohr-ernte haben die mobilisierten Arbeiterkontingente entsprechend ihrer Zahl und den Bedingungen der Zone einen eigenen komplementären Gesundheitsdienst. Dieser Dienst versorgt gewisse Leiden oder Unfälle und die Überwachung der Hygiene in den Lagern und wird entsprechend den Erfordernissen von Ärzten, Krankenschwestern, Medizinstudenten oder Sanitätern des Roten Kreuzes ausgeführt.

Aus all diesen Elementen fügt sich das feine Netz von Kontakten des Systems mit der Bevölkerung und ihrer Umwelt und deckt in sehr effizienter Weise die Anforderungen an die Gesundheitsdienste.

Seit der Gründung sind die ländlichen Gesundheitsdienste für die gesamte Bevölkerung kostenfrei.

Medizin in der Gemeinschaft und Beteiligung der Gemeinschaft

Unter den beschriebenen Prinzipien, auf denen unser Gesundheitssystem beruht, haben wir die aktive Beteiligung der Gemeinschaft hervorgehoben, welche ein Ausdruck mehr ist für den Volkswillen (línea de masas) als dem tauglichen Träger des 1959 in die Wege geleiteten revolutionären Transformationsprozesses.

Die engere Beziehung zwischen Gemeinschaft und Gesundheitssektor bildet sich auf der Ebene der primären Dienstleistungen aus der Natur der Aktivitäten, die das System mit den Individuen, der Familie, der Arbeit, der Schule ... verbinden, und weil gerade hier die große Mehrheit der Bevölkerung mit den Dienstleistungen in Kontakt kommt, was nicht für die Dienstleistungen auf sekundärem oder tertiärem, d.h. mehr spezialisiertem Niveau gilt, die manchmal nur in indirektem Kontakt mit der Gemeinschaft stehen.

Diese spontane oder natürliche Begegnung mit der Gemeinschaft reicht jedoch nicht aus, um die Beteiligung an Aktivitäten für die Gesundheit zu erreichen. Aus diesem Grund hat man sich an die Organisationen gewandt, in denen die Volksmassen unseres Landes gruppiert sind, um die Beteiligung bewusst ins Leben zu rufen und zu stimulieren, Organisationen wie die Gewerkschaften (CTC), Komitees zur Verteidigung der Revolution (CDR), Kubanischer Frauenverband (FMC) und Kleinbauernverband (ANAP).

Nach Prüfung der gemeinsamen Aktionsmöglichkeiten dieser Organisationen mit den Gesundheitsdiensten wurden die ersten Aktivitäten unter Beteiligung der Gemeinschaft, jedoch zunächst noch motiviert und orientiert durch den Gesundheitssektor, durchgeführt.

Die ersten Gebiete der gemeinschaftlichen Gesundheitsdienste waren die Umwelthygiene, Impfkampagnen, physische Massenuntersuchungen und die Gesundheits-erziehung.

Mit der Hebung des Erziehungsniveaus im Allgemeinen und besonders für Gesundheitsprobleme wurde der Arbeitsablauf perfektioniert, der die Gemeinschaft mit den Gesundheitsdiensten verbindet. (Hinzu kamen die mächtigen Impulse, die die Anwendung der " linea de masas " als allgemeine Politik den genannten Organisationen gegeben hat und ein täglich wachsendes politisches Niveau der Massen, was zum vollen Vertrauen der Gemeinschaft in ihre Funktion bei den sozialen Aktivitäten führte.)

Über 15 Jahre ununterbrochener Entwicklung dieser Arbeit wurden sehr verschiedene Erfahrungen gesammelt über Einrichtungen wie die Gesundheitskommission des Volkes, die Sanitäraudienzen, etc., die die Gemeinschaft und der Gesundheitsdienst geschaffen haben, um eine bessere Kommunikation und die Beteiligung der Bevölkerung zu erreichen, um adäquate Lösungen und ihre besten Anwendungsformen für Gesundheitsprobleme im spezifisch sozialen Rahmen der jeweiligen Gemeinschaft zu finden.

Man kann heute mit Sicherheit behaupten, dass es keine einzige Handlung des MINSAP zugunsten der Volksgesundheit gibt, die ohne die aktive Beteiligung der Massenorganisationen durchgeführt wird.

Eine der gewonnenen Lehren aus diesen Erfahrungen ist, dass es entsprechend der Natur der Probleme, denen man sich stellen musste, besser ist, wenn sich eine der o.g. Organisationen dieser annimmt. So haben wir eine entscheidende Beteili-

gung der Gewerkschaften bei den Hygiene- und Schutzprogrammen, die in jedem Arbeitszentrum und speziellen Fabrikationszentren angewendet werden. Dieses Programm weist den Gewerkschaften spezifische Verantwortlichkeiten in jedem Arbeitszentrum des Landes bei der Planung, Ausführung und Kontrolle zu.

Ein anderes Beispiel ist die Beteiligung der Komitees zur Verteidigung der Revolution (CDR) (eine Organisation, die die Bevölkerung nach ihrem Wohnsitz in Gebäude-, Strassenviertel und Strassenzonen gruppiert) bei den Impfprogrammen; die Durchführung einiger davon wie die Polioimpfung ist vollständig das Verdienst dieser Organisation für die ganze Nation.

Die Sanitärbrigaden des Kubanischen Frauenverbandes (FMC) und die Unterstützung des Nationalen Kleinbauernverbandes im Kampf gegen die Tollwut sind andere Beispiele.

Die Erfolge der Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die die Volksbewegung (linea de masas) in 15 Jahren revolutionärer Macht entwickelt hat, können in folgender Form zusammengefasst werden:

1. Hebung des sanitären Bewusstseins
2. Entscheidende Beteiligung der Bevölkerung an den Gesundheitsprogrammen (Impfung, Hygiene, Massengesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterkrebs, etc..)
3. Sanitäre Überwachung der Bevölkerung und Entdeckung der Probleme auf lokalem Niveau
4. Beseitigung des Handels mit Blut und Substitution durch die freiwillige Blutspende
5. Verdichtung der Beziehungen zwischen dem technischen Gesundheitspersonal und der Bevölkerung
6. Stärkung des Vertrauens der Bevölkerung in seine eigene Entscheidungskapazität und in seine Gesundheitsorganisation.

Die Entwicklung dieser Aktivitäten selbst hebt die Beteiligung der Gemeinschaft auf höhere Niveaus, wo die Gemeinschaft beginnt, Entscheidungen bezüglich der Gesundheitsdienste zu treffen und diese nicht als ein besonderes Ereignis zu verstehen sondern als Teil eines rationalen Prozesses der Institutionalisierung der Autorität und Macht der Massen.

Der höchste Ausdruck dessen ist die Bildung einer Volksmacht (Poder Popular)

mit spezifischen Eigenschaften, gebildet durch geheime und direkte Wahlen in einem beispielhaft demokratischen Prozess, die in der Provinz Matanzas - zwar in einer experimentellen Phase aber beruhend auf der festen Entscheidung zur Dauereinrichtung und als zukünftige institutionalisierte Regierungsform für die Gemeinschaft auf nationaler Ebene - eingerichtet wurde.

Dieser Poder Popular hat man die Einheiten zur Leistung von Gesundheitsdiensten zur Verwaltung auf dem entsprechenden Gemeinschaftsniveau unterstellt. Dies ist das logische Resultat des Prozesses, der vor mehr als einem Jahrzehnt initiiert wurde, in dem die Gemeinschaft in ihrer lokalen Form mehr und mehr dynamische Aktivitäten ihres sozialen Stoffwechsels übernommen hat und wovon die Gesundheitsdienste eine essentielle Komponente sind.

Andererseits ermöglicht die Entwicklung der Gesundheitsdienste eine permanente Perfektionierung des Systems, das auf seiner Suche nach totaler Realisierung in der Gemeinschaft dazu tendiert, in das Modell der integralen medizinischen Versorgung überzugehen, das sich heute erfolgreich unter der Bezeichnung "Gemeinschaftsmedizin" (Medicina de la Comunidad) abzeichnet.

Die soziale Entwicklung und die wissenschaftlich-technische Revolution bedingen eine radikale Änderung in der Konzeption der Medizin, dehnen sie aus vom Individuellen zum Kollektiven, von den biologischen zu den sozialen Wissenschaften, vom Allgemeinen zum Speziellen und vom Individuum zur Familie und zur Gemeinschaft; und was das wichtigste ist, von der Medizin der Krankheit zur Medizin der Gesundheit.

Medizin in der Gemeinschaft ist das Zusammenwirken von geplanten Aktivitäten der integralen medizinischen Versorgung mit dem Ziel, in unserer sozialistischen Gemeinschaft durch Anwendung der wissenschaftlichen marxistisch-leninistischen Methodik, durch optimale Nutzung der verfügbaren Mittel und durch die aktive Beteiligung der organisierten Massen einen höheren Gesundheitsindex für das Individuum und für die Gemeinschaft zu erreichen.

Der Prozess Gesundheit - Krankheit ist bedingt durch die Interaktion, die aus dem Menschen als bio-psycho-sozialem Wesen und der Umwelt resultiert, in der er lebt. Bei diesen Vorgängen wenden die Mediziner, Techniker und anderen Arbeiter auf dem Gebiet der Gesundheit und benachbarter Wissenschaften das bestehende Wissen an und führen biomedizinische, soziale und operationale Untersuchungen durch mit dem Ziel zu kennen:

1. Den Gesundheitszustand der Gemeinschaft und die Faktoren, die ihn beeinflussen oder in Zukunft beeinflussen können.
2. Den Prozess Gesundheit - Krankheit und die biologischen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren, die auf diesen Prozess Einfluss nehmen.
3. Den Organisationsgrad der Gesundheitsdienste und deren Nutzung.
4. Den Grad der Befriedigung, den die Mitglieder der Gemeinschaft erfahren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wandeln sich zum Substrat für die erforderliche Rückfütterung, um einen besseren Gesundheitszustand des Individuums und der Gemeinschaft unter optimaler Nutzung der verfügbaren Mittel zu erreichen.

Wie kann man bei den genannten Konzeptionen abschätzen, welcher Teil der Aktivitäten durch die Gemeinschaft ausgeführt wird, wo ein Zusammenwirken von medizinischer Versorgung, Lehre und Forschung eingerichtet werden muss, dessen fundamentales Ziel ist, den Gesundheitszustand der Beteiligten zu erhalten und zu verbessern. In welcher Form kann man eine adäquatere Nutzung der hierfür bestimmten Mittel unter aktiver Beiteiligung der Gemeinschaft erreichen.

Diese Planungen werden allgemein von einem multidisziplinären und interdisziplinären Gremium (Mediziner, Zahnärzte, Statistiker, Krankenschwestern, Sanitätsarbeiter und andere) entworfen. In sie können beliebige Spezialisten der verschiedenen Typen medizinischer Versorgung (primär, sekundär, tertiär) eingreifen.

Meistens werden die als Resultat dieser Untersuchungen eingeschlagenen medizinischen Versorgungsmassnahmen wesentlich durch die Dienstgruppe auf dem primären Versorgungsniveau ausgeführt, weil sie den dichtesten und besten Kontakt zur Gemeinschaft hat.

Für die Konzeption der Medizin in der Gemeinschaft muss klar bleiben, dass sie keine Spezialität sondern eine Modalität zur Verwirklichung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung darstellt.

Es wurde ein neues Modell der medizinischen Versorgung auf primärem Niveau entworfen mit dem Ziel, Verfahren einzuführen, die ermöglichen, die oben ausgeführte Konzeption der Medizin in der Gemeinschaft in die Praxis umzusetzen und die in Kraft getretenen Verfahren zu perfektionieren.

Die medizinische Primärversorgung ruht auf der Arbeit von 4 Basisfachrichtungen: Innere Medizin, Pädiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie und Zahnheilkunde.

Die essentiellen Charakteristika dieses Modells werden definiert als:

1. Integration
2. Sektorierung
3. Regionalisierung
4. Kontinuität
5. Gruppierung
6. Teamarbeit
7. Aktive Beteiligung der organisierten Massen der Gemeinschaft

Integration

Die integrale medizinische Betreuung ist diejenige, die von der Einheit der präventiven, kurativen, biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte ausgeht und die Bedingungen der physischen Umwelt berücksichtigt, die mit dem Individuum und seinem Kollektiv in Interaktion tritt und den Gesundheit - Krankheit Prozess konditioniert.

Sektorierung

Dieses Element hat einen höheren Stellenwert, indem es ermöglicht, dass die integrale medizinische Betreuung sich voll realisiert. Hier überträgt man einem Mediziner der Primärversorgung die Verantwortung für eine bestimmte Anzahl von Einwohnern entsprechend den Alters- und Geschlechtsgruppen der Bevölkerung des Gebiets. Der Arzt und sein Team sind für alles verantwortlich, was mit dem Prozess Gesundheit - Krankheit und den Nutznießern seines Gesundheitsdienstes, gesund oder krank, wie auch mit der unmittelbaren physischen und sozialen Umwelt in Beziehung steht.

Regionalisierung

Die Regionalisierung ist die Basis zur Unterhaltung der Zwischenbeziehungen der verschiedenen Organisationsniveaus und insbesondere der Poliklinik mit den Regionalkrankenhäusern. Sie gewährleistet für die Bevölkerung die Anwendung aller wissenschaftlichen Fortschritte im Prozess Gesundheit - Krankheit und der medizinischen Technik entsprechend den Erfordernissen unter optimaler Nutzung menschlicher und materieller Kapazitäten.

Kontinuität

Der Arzt und sein Team betreut die ihm zugewiesene Bevölkerung zeitlich un-

begrenzt und an allen Orten, an denen sich die Bevölkerung aufhält, so in der Poliklinik wie im eigenen Heim, im Kindergarten, in der Schule und im Arbeitszentrum, die in seinem Geniet vorhanden sind. Darüberhinaus muss der Arzt die Einrichtungen des sekundären Niveaus unterstützen. Hier erfolgt die Betreuung des Patienten, indem man die Daten über biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren des Gesundheit - Krankheit Prozesses zusammenträgt und die erforderliche Information zur Fortsetzung der Behandlung und Rehabilitation des Patienten nach Verlassen der Einrichtung auf diese Weise jederzeit greifbar hat.

Gruppierung

Wenn der Arzt und sein Team mit seiner Arbeitswelt vertraut ist, kann er darin Gruppen nach Alter und Geschlecht unter denen bilden, die als gesund betrachtet werden und einer aktiven Kontrollbetreuung bedürfen. Ebenso werden die Patienten mit akuten und chronischen Leiden (Asthma, Diabetes, Epilepsie, Hochdruckkrankheit, Tuberkulose, Fehlernährung, Typhus, etc.) in Gruppen zusammengefasst, registriert und kontrolliert.

Teamarbeit

Die Begriffe Teamarbeit und Arbeitsteam veranlassen uns, auf das Konzept des Kollektivs und seiner Funktion einzugehen; beide representieren die Entwicklung von Aktivitäten auf dem Gesundheitssektor, die theoretisch und praktisch interdisziplinär sind.

Wenn wir auf dem Gesundheitssektor vom Arbeitsteam eines Krankenhauses, einer Poliklinik oder irgendeiner Institution sprechen, meinen wir ein Team oder Kollektiv, gross oder klein, dessen Mitglieder in Harmonie handeln und als Einheit auftreten müssen, bzw. eine Teamhaltung annehmen müssen. In der Poliklinik ist das gesamte Personal Bestandteil des Gesundheitsteams der área.

Das primäre Team ist gegeben durch ein reduziertes Kollektiv, das zur Erfüllung einer spezifischen Aufgabe gebildet wurde, mit engen Kontakten seiner Mitglieder. Beispiel hierfür sind die Brigaden der Sanierungsarbeiter oder der Pädiater und die Krankenschwester. Das erste Beispiel ist ein primäres vertikales Team, weil es aus Individuen des gleichen Berufs oder gleicher Aktivität besteht. Das zweite Beispiel ist ein primäres horizontales Team bestehend aus Personal verschiedener Ausbildungsrichtung oder Berufe und ist als solches interdisziplinär. Die primären horizontalen Teams sind der Kern des

neuen Betreuungsmodells, die die Anwendung der Postulate und Konzepte der " Medizin in der Gemeinschaft " ermöglichen. Sie vereinen alle Charakteristika eines wahrhaften Arbeitsteams, von denen wir die folgenden hervorheben möchten:

- a) Jedes Mitglied ist sich des gemeinsamen Ziels und der Funktion seiner selbst und der anderen in Bezug auf das Ziel bewusst.
- b) Die Arbeit des Teams ist klar definiert.
- c) Sie unterhalten angemessene Beziehungen zum Rest der Institution, damit die Nutzung der menschlichen und materiellen Kapazitäten, die eine bestimmte Funktion erfordert, erleichtert wird.
- d) Sie haben ausreichende Offenheit und Flexibilität, um neue Mitglieder zu akzeptieren und Funktionen und Status entsprechend den Erfordernissen einer zu erfüllenden Aufgabe zu modifizieren.
- e) Sie akzeptieren die administrative Hierarchie im Team und in der Beziehung zu anderen Teams der Institution.

Im vorgeschlagenen Modell sind diese horizontalen Teams zusammengesetzt aus dem Arzt (Internist, Gynäkologe und Geburtshelfer oder Pädiater) und dem Krankenstationspersonal, jeder für sich verantwortlich für einen Sektor oder eine Anzahl von Einwohnern. Wenn die Gelegenheiten der Gemeinde dies zulassen, müssen die Teams desselben Territoriums zusammenarbeiten; der Geburtshelfer muss zwei Sektoren versorgen und unterhält so Beziehungen zu beiden Teams am Ort. Dies erleichtert die Ausübung der Gesundheitstätigkeit im Sektor, indem sie die Aktivitäten koordinieren und die Integrität der neuen Einheit, der Familie in der Gemeinschaft, Ziel ihrer Arbeit, aufrecht halten.

Um echte integrale Aktionen zu garantieren, sind diese Teams in der Lage, auf die Umwelt in dem Moment Einfluss zu nehmen, wenn sie eine Diagnose stellen oder epidemiologische Untersuchungen oder Fokuskontrollen durchführen, vermittelt eines engen Kontakts zwischen dem primären vertikalen Team der Sanitärarbeiter mit den Sanierungsarbeitern.

Die Integrierung ihrer Aktionen wird auch durch die Eingliederung der Sozialarbeiterin bei den sozialen Aspekten präventiver, kurativer und rehabilitierender Massnahmen vervollständigt, dort wo man dieses Personal braucht, um Informationen zu bekommen wie auch zur Koordinierung mit anderen Sozialeinrichtungen innerhalb und ausserhalb der área (soziale Prävention, Altersheime, Gemeindediener, etc.).

Jedes Team (Innere Medizin, Pädiatrie, Geburtshilfe) unterhält für die Kon-

sultaionen sein eigenes Archiv mit der Gesamtheit der Identifizierungsdaten und anamnese der Nutzniesser, was die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für die Bevölkerung zugänglicher macht. Die geeignete Koordinierung mit der Statistikabteilung der Poliklinik erleichtert die Beschaffung primärer Daten, die über die Erfüllung von Programmen Auskunft geben. Andererseits beteiligen sich zusätzlich zum primären horizontalen Team Konsiliarien verschiedener Disziplinen zur Unterstützung der Primärbetreuung, deren meiste Tätigkeit jedoch der sekundären und tertiären Versorgung zukommt.

Aktive Beteiligung der organisierten Massen der Gemeinschaft

Dies ist einer der primordialen Elemente zur Durchführung dieser Form der medizinischen Betreuung.

Der Arzt und das Team des Sektors stehen in engster Beziehung mit den Massenorganisationen (CTC, CDR, FMC, ANAP), um die Einwohner eines territorialen Geniets zu betreuen. So können sie die Erfüllung der Gesundheitsaufgaben dieser Organisationen gewährleisten, die auf höherem Niveau geplant werden, und deren Beteiligung bei der Lösung besonderer spezieller Probleme individueller (biologisch, psychisch oder sozial) wie auch kollektiver Art (physische und soziale Umwelt) erreichen, welche in den Prozess Gesundheit - Krankheit eingreifen.

Unter diesen Aktionen muss die Erziehung zur Gesundheit hervorgehoben werden; um die beste und grösste Beteiligung der organisierten Massen und aller Individuen zu erreichen, muss die Einstellung zur Gesundheit und Krankheit modifiziert werden, müssen Orientierungen für Aktivitäten in speziellen Situationen wie aktive Kontrolle der Fürsorge, der Impfungen, der Umweltmodifizierung, etc. gegeben werden wie auch für die Erleichterung der sozialen Wiedereingliederung von Patienten mit physischen und psychischen Folgeschäden.

Das Konzept der Medizin in der Gemeinschaft trägt in hohem Masse eine aktivere Beteiligung der Massen in den Entscheidungsprozess bei der Handhabung von Gesundheitsfragen auf Gemeindeebene. Die Organisation der Poder Popular ist der Weg, auf dem die gewünschten Ergebnisse erzielt werden können.

II Die personellen und sächlichen Mittel (recursos) für die Gesundheit

Das Netz der medizinischen Einrichtungen

Insgesamt verfügt das Ministerium für Öffentliche Gesundheit an Einrichtungen über 3 249 Einheiten (Stand: 31.12.1974). Hiervon sind 255 Hospitäler, 366 Polikliniken und 457 verschiedenartige Institutionen für die direkte medizinische Betreuung. Insgesamt ergibt dies 1 048 Einheiten der medizinischen Betreuung. Die übrigen 2 201 verteilen sich auf Forschungsinstitute, Medikamentenproduktion, administrative Einheiten, etc..

Die Einheiten für die direkte medizinische Betreuung möchten wir detaillierter beschreiben. Von den 255 Hospitälern sind 135 auf dem Niveau der área, der Rest besteht aus Regional- und Provinzkrankenhäusern; 231 sind für Kurzaufenthalte vorgesehen und 46 für die Lehrtätigkeit auf Universitätsniveau. Nach Art der ausgeübten Betreuung gibt es 148 Allgemeine Krankenhäuser, 23 Mütterkrankenhäuser, 20 Kinderkrankenhäuser, 27 Mutter-Kind Krankenhäuser und der Rest sind Spezialkrankenhäuser.

Insgesamt gibt es 56 Landkrankenhäuser, die alle nach 1960 gebaut wurden. Zum grössten Teil sind sie in den Gebirgszonen von 2 Provinzen gelegen: 31 in Oriente und 19 in Las Villas.

Die Bettenzahl für die medizinische Betreuung des Landes betrug 1974 zusammen 44 379 entsprechend einem Index von 4,9 Betten pro 1 000 Einwohner.

Auf die Landkrankenhäuser entfielen 1 189 Betten (3,1 % der Gesamtbettenzahl); der Index lag bei 0,3 pro 1 000 Einwohner der Landbevölkerung. 1958 betrug die Gesamtbettenzahl 28 536 entsprechend einem Index von 4,2 pro 1 000 Einwohner. Der Bett/Einwohner Index zeigte Unterschiede auf: von 9,6 pro 1 000 in La Habana (Hauptstadt des Landes) bis 1,9 pro 1 000 in Oriente.

1974 hatten La Habana und Oriente einen Index von 7,8 und 3,5 pro 1 000 Einwohner. 1958 gab es keine Betten in Landgebieten. 1958 konzentrierte die Landeshauptstadt 61,7 % aller Betten; im vergangenen Jahr waren es nur noch 42,2 %. Der relative Bettenzahlanstieg betrug während des vergangenen Jahrzehnts mehr als 100 %. Die übrigen Provinzen ausser der Landeshauptstadt zeigten Anstiege zwischen 67% und 97 %.

Im vorigen Jahr gab es 336 Polikliniken im Land. Alle sind in Ortschaften mit mehr als 2 000 Einwohnern lokalisiert, mehr als die Hälfte von ihnen enthalten in ihrem Gebiet oder Verwaltungsbereich ländliche Ortschaften und ländliche Bevölkerung.

Die 457 Einheiten für die direkte medizinische Betreuung, die das Netz der Hospitäler und Polikliniken ergänzen, bestehen u.a. aus: 98 Zahnkliniken, 35 Hygiene- und Mikrobiologielaboratorien, 22 Blutbanken, 118 Landarztposten und 15 Arztposten anderen Typs.

Andere Einrichtungen, deren Aktivität hauptsächlich auf die Landbevölkerung gerichtet ist und die sich auch grösstenteils in diesen Zonen befinden, sind die nutritiven Erholungsheime, von denen es 52 gibt. Ferner zählen hierzu die ausschliesslich für die Landbevölkerung verwendeten 61 Mütterheime.

Fast alle der hier genannten Einrichtungen wurden ebenso wie die Landkrankenhäuser nach 1960 geschaffen. Es handelt sich hier um Organisationskonzepte und Einrichtungen, die vor dieser Zeit nicht existierten. Zu ihnen zählen die Gesamtheit der Landarztposten, Erholungsheime und Mütterheim, alles Komponenten des ländlichen Gesundheitsdienstes.

Ein Beispiel möge die Charakteristika des Einrichtungsnetzes einer Region mit ländlicher Bevölkerung und den Grad der hierdurch erreichten Bedarfsdeckung verdeutlichen.

Die Region des Escambray in der Provinz Las Villas ist gebirgig und hat ein gutes Strassennetz; sie hat eine Fläche von 3 968 km² und eine Bevölkerung von 221 736 (1974) oder 56 Einwohner pro km². Die Landbevölkerung stellt einen Anteil von 60 %.

Gemessen an den Charakteristika unseres Landes hat diese Region eine mittlere Bevölkerungsdichte, der Anteil der Landbevölkerung gehört jedoch zu den höchsten. Diese Zone ist in 8 áreas für Gesundheit unterteilt, deren Flächenausdehnung zwischen 198 und 1 100 km² liegt; die Bevölkerung dieser área variiert zwischen 4 839 und 60 203 Einwohnern, die Bevölkerungsdichte zwischen 24 und 82 Einwohnern pro km². Eine Ortschaft überschreitet die 20 000 Einwohnergrenze. Es gibt etwa 27 Siedlungen von 500 und mehr Einwohnern und der Landbevölkerungsanteil variiert in diesen áreas zwischen 36 % und 83 %.

Das Netz der Dienstleistungseinheiten der Region umfasst verteilt auf seine

áreas:

- 1 Allgemeines Regionalhospital
- 6 Polikliniken
- 2 área - Krankenhäuser
- ÷ 14 Landkrankenhäuser
- 3 Landarztposten
- 1 Zahnklinik
- 1 Mütterheim
- 1 Nutritives Erholungsheim
- 31 Apotheken

Insgesamt 60 Dienstleistungseinheiten davon 29 für die direkte medizinische Betreuung.

Eine dieser áreas für Gesundheit ist erheblich durch Dienstleistungseinheiten der Provinzhauptstadt beeinflusst, die nur 17 km von der Poliklinik dieser área entfernt ist. Die Poliklinik einer anderen área ist 27 km von der Hauptstadt entfernt und steht ebenfalls unter ihrem, wenn auch geringeren Einfluss.

11 Einheiten für die direkte medizinische Betreuung der Region ^{(liegen} im Hauptbevölkerungskern der área und 18 in sekundären Ballungsgebieten. 13 dieser Einheiten haben einen Zugang über asphaltierte Strassen, 10 über Schotterwege und 2 sind über ganzjährig passierbare Feldwege zugänglich.

Der maximale Radius der Dienstleistungseinheit einer área beträgt vom Zentrum bis zum entferntesten Ballungsgebiet 16 km (über asphaltierte Strassen) und 36 km bis zur entferntesten bewohnten Siedlung.

Der mittlere Radius von den Bevölkerungszentren zu den Dienstleistungseinheiten ihrer área beträgt 11,7 km. In 2 áreas mit nur je einem Ballungsgebiet und permanenter medizinischer Versorgung beträgt dieser Radius 0. Der geometrische Aktionsradius der Dienstleistungseinheiten der área variiert zwischen 18,7 und 7,9 km.

1974 wurden in dieser Region 756 365 Konsultationen durchgeführt: 72 124 hiervon zahnärztlicher und 684 241 medizinischer Art. Von den letzteren waren 465 290 gewöhnlicher oder programmierter Art und 218 951 waren Notfälle. Die Indices lagen bei 0,3 für zahnärztliche, 3,1 für medizinische und insgesamt bei 3,4 Konsultationen pro Einwohner. Der Index für externe medizinische Konsultationen lag bei 2,1 und für Notfallbehandlungen bei 1,0 pro Einwohner.

Die Anzahl von geburtshilflichen Konsultationen wurde auf 6,5 pro Partus geschätzt. Der Anteil der Geburten in medizinischen Versorgungseinrichtungen lag bei 90 %.

274 426 Konsultationen wurden bei Kindern mit weniger als 15 Jahren durchgeführt entsprechend 3,3 Konsultationen pro Kind. Hiervon waren 174 550 oder 2,1 Konsultationen pro Kind externer Art.

Von den externen Konsultationen wurden 25,7 % in Einheiten von Ortschaften mit weniger als 2 000 Einwohnern durchgeführt, der Rest in städtischen Einheiten, d.h. im allgemeinen in Polikliniken. Es muss dabei berücksichtigt werden, dass von den 8 áreas der Region 6 über eine Poliklinik als Basiseinheit verfügen. Dies zeigt, dass der berechnete Index für durchgeführte Konsultationen pro Dienstleistungseinheit in ländlichen Gegenden nicht die reale Versorgung der dort ansässigen Bevölkerung wiedergibt. Es werden weniger Konsultationen registriert als der Einwohner tatsächlich empfängt und ebenso verhält es sich mit den Krankenhausaktivitäten, weil man noch nicht in allen Einrichtungen des Landes über Register verfügt, die die Dienstleistungen für Bewohner der ländlichen Zonen von denen für solche der städtischen Zonen trennen.

Die Bettenzahl der Region betrug zur Zeit der Zählung (vom 30 9.1975) 666 entsprechend einem Index von 3,0 pro 1 000 Einwohner; auf 100 Einwohner kamen 8,5 Einweisungen und 41,8 Patiententage.

Entsprechend den schon erwähnten Verfahren der Unterstützung von weniger entwickelten Einheiten des Systems durch weiter entwickelte erhielten die der Region eigenen Dienstleistungseinheiten quantitative und qualitative Unterstützung durch Ärzte aus der Provinzhauptstadt. Diese Ärzte haben immer das Niveau von Spezialisten.

Die hier wiedergegebene Darstellung über diese Region mit mehr als 50 % ländlicher Bevölkerung ist repräsentativ für die nationale Situation hinsichtlich der Gesundheitsdienstleistungen in Landzonen; natürlich gibt es Regionen mit weniger und solche mit mehr Leistungen.

Die Personalkapazitäten

Ausbildung, Erhaltung und Weiterbildung der erforderlichen personellen Kapazitäten für die effiziente Funktion der sächlichen Einrichtungen wurde vorrangige Aufmerksamkeit gewidmet. Zum Beleg hierfür reicht die Feststellung, dass

sich 1958 die Angestellten der Gesundheitsbehörde mit Universitätsausbildung zusammensetzten aus 1 103 Ärzten, 23 Zahnärzten und 146 Pharmazeuten; hinzu kamen 828 Krankenschwestern und 873 mittlere technische Angestellte.

Im vergangenen Jahr waren in unserer Organisation mehr als 12 000 Arbeiter mit Universitätsniveau angestellt. Es gab annähernd 7 000 Krankenschwestern und zusätzlich mehr als 12 000 graduierte Hilfskräfte, die es zuvor überhaupt nicht gab.

Hinsichtlich der Ärzteverteilung müssen die Bemühungen hervorgehoben werden, deren Konzentrierung in der Landeshauptstadt zu vermeiden: 1959 lag der Anteil der Hauptstadt bei 63 %, gegenwärtig konnte er auf 43 % reduziert werden. Im Rahmen dieser Bemühungen lag der Aufbau der medizinischen Hochschulen: eine in der Provinz Oriente (1962), eine andere in der zentralen Provinz Las Villas (1966) und die dritte in Camagüey (1974). Ein anderer Faktor zur Erleichterung des Daueraufenthalts von Ärzten am Ort ihrer Herkunft war die Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten an allen Hospitälern der Provinzhauptstädte.

Im Verlauf der 60 - er Jahre desertierten mehr als 3 000 Ärzte, angelockt durch ökonomische Anreize, die systematisch und permanent von Seiten der Vereinigten Staaten unterhalten wurden mit dem Ziel, unserem Volk die medizinische Versorgung zu entziehen. Als Ergebnis dieser kriminellen Politik sah sich unser Land gezwungen, die Ausbildung von Ärzten zu intensivieren: im selben Jahrzehnt schlossen 4 879 ihr Studium ab. Die Studienpläne wurden im Sinne einer vermehrten Integration von Lehre und Praxis modifiziert, Das Internatsjahr als 6. Ausbildungsjahr wurde für alle Studenten und nicht nur wie früher für eine kleine Anzahl verbindlich gemacht. Die Studienzeit wurde bei 6 Jahren belassen.

Das Ergebnis der durchgeführten Anstrengungen in der Zeit von 1959 bis 1974 ist die Ausbildung von mehr als 8 000 Ärzten.

Die Ausbildung der Krankenschwester dauert 3 Jahre und setzt das Niveau des abgeschlossenen 10. Schuljahrs voraus.

Ferner gibt es 46 Ausbildungsstätten für Schwesternhilfskräfte mit einjähriger Ausbildung nach Abschluss des 6. Schuljahrs. 1974 haben 2 465 Hilfskräfte diese Ausbildung abgeschlossen.

Der Zuwachs dieser Ausbildungsplätze und deren Dezentralisierung hat das Ver-

bleiben der Graduierten am Heimatort und damit die ländlichen Gebiete des Landes begünstigt.

Die übrigen für die Organisation unverzichtbaren technischen Kräfte verteilen sich entsprechend dem Bedarf der verschiedenen Spezialgebiete auf 30 verschiedene Fachrichtungen. Die Ausbildung in Kursen beträgt 2 - 3 Jahre und setzt das abgeschlossene 10. Schuljahr voraus.

Die Kurse der Techniker enthalten ebenso wie die der Krankenschwestern die Teilnahme am allgemeinen Schulunterricht, sodass der Student seine Schulausbildung anheben und sich nach vorgeschriebenen Studienzeiten in Kurse höheren Niveaus einschreiben kann.

Zu Beginn der 60-er Jahre betrug die Anzahl der graduierten Krankenschwestern und Techniker pro Jahr etwa 500, 1974 waren es 6 006. Seit 1959 wurden 50 506 Techniker und Hilfskräfte in den verschiedenen Fachgebieten einschliesslich Krankenschwestern und deren Hilfskräfte ausgebildet.

Die Ausbildung dieses Personals hat sich nicht nur qualitativ verbessert: infolge ihrer Dezentralisierung wurde die Abwanderung der Techniker gehemmt und eine fortschreitende Bedarfsdeckung der Provinzen und Regionen erzielt.

Hinsichtlich der Arztausbildung möchten wir die Arbeit des Studenten im ländlichen Milieu erwähnen; nach seinen eigenen Aussagen und nach denen seiner Professoren wirkt sich diese Arbeit sehr günstig auf seine Vorbereitung für den ärztlichen Dienst aus. Darüberhinaus bewirkt die Wechselbeziehung zwischen Student und Bauernbevölkerung bei letzterer eine Veränderung von Gewohnheiten und eine Anhebung des Erziehungsniveaus in Gesundheitsfragen.

Nicht nur die Medizinstudenten sondern auch andere Universitätsstudenten kommen im Rahmen ihrer spezifischen Ausbildung von Anfang an mit dem Landmilieu in Berührung. Weiterhin ist in der Ausbildung jedes Schülers im allgemeinen Mittelstufenunterricht, d.h. vom 7. Schuljahr an eine Ausbildungsperiode von 4 - 6 Wochen unter dem Motto " Schule aufs Land " (la escuela al campo) vorgesehen.

Hiermit wurde 1966 begonnen. Lehrer und Schüler begaben sich aufs Land, arbeiteten in landwirtschaftlichen Betrieben mit der Zielsetzung, die Schule mit dem Leben zu verbinden, den Schüler in die Produktion zu integrieren. Auf diese Weise realisiert unsere Revolution das Prinzip, die neuen Generationen

in der Arbeit selbst und für die Arbeit zu erziehen.

Die Erfahrung, die der Schüler in dieser Phase macht, bereichert erheblich seine persönliche Lebensführung, indem er mehr die Geisteshaltung eines Produzenten als die eines Konsumenten einnimmt und die Anstrengung und den Schweiß bewerten lernt, den die Produktion der vom Menschen benötigten Güter representiert. Dies verbindet ihn mit der Realität und motiviert ihn, die technischen und wissenschaftlichen Probleme zu kennen, die zur Beschleunigung der landwirtschaftlichen Entwicklung des Landes gelöst werden müssen.

Ein weiterer Vorteil dieses Plans besteht darin, dass auch hier Interaktionen zwischen der Schülermasse und der Landbevölkerung stattfinden.

Auf der Basis dieser Erfahrungen wurden 1971 die Sekundarschulen auf dem Land (secundarias en el campo) für das 6. - 10. Schuljahr geschaffen, wo Studium und Arbeit während der ganzen Schulzeit gekoppelt sind. Diese Schulen sind in modernen Neubauten mit einer Kapazität für 500 Schüler untergebracht, die direkt auf den Plantagen für Früchte, Kaffee, Zitrusfrucht und andere Pflanzungen erbaut wurden. In diesem Schultyp werden alle o.g. Vorteile vereint, wird die landwirtschaftliche Produktion über das ganze Schuljahr durchgeführt, sodass die Schulen sich ihre eigene ökonomische Basis schaffen können. Dies ermöglicht einem ökonomischen Entwicklungsland, seine erzieherischen Möglichkeiten maximal zu entfalten als Basis für seine Entwicklung in der Zukunft.

Eine sehr wirkungsvolle Massnahme für unser medizinisches Erziehungssystem ist die kürzliche Schaffung der Lehrpoliklinik (policlínico docente) als Produkt der Entwicklung der oben beschriebenen Medizin in der Gemeinschaft.

Die essentiellen Elemente des vorgeschlagenen neuen Modells der medizinischen Betreuung in der Gemeinschaft müssen in allen Polikliniken des Landes in dem Masse zur Anwendung kommen, wie es die personellen und materiellen Kapazitäten erlauben. Hiermit wird auch notwendig, dass eine bestimmte Anzahl dieser Polikliniken mit Mitteln und Arbeitsmethodik für Lehrzwecke zur Ausbildung, Fortbildung und Perfektionierung des ärztlichen, Schwestern- und anderen Personals ausgestattet werden, damit die im neuen Modell vorgesehenen Aufgaben umfassend bewältigt werden können.

Die Charakteristika dieser Lehrpolikliniken können gegliedert werden in:

1. Personelle Kapazitäten mit Lehr- und Praxisfunktion
2. Lehrveranstaltungen
3. Forschung

Dieses Lehrmodell wird seit einigen Monaten in der Poliklinik von Alamar in La Habana mit erfreulichen Resultaten entwickelt; die Ausdehnung auf andere Polikliniken in der kürzest möglichen Zeit ist vorgesehen.

1. Personelle Kapazitäten mit Lehr- und Praxisfunktion

a) Lehrpersonal

Der Direktor, Spezialist in Gesundheitsverwaltung^a. Eine zusätzliche ganztägige Lehrkraft für jede der 3 Basisfachgebiete. Ein Sozialpsychologe.

b) Ärztliches Personal

Grundsätzlich zusammengesetzt aus Ärzten in der Facharztausbildung (residentes) aller 3 Basisfachrichtungen, die etwa ein Jahr lang bei ganztägiger Tätigkeit an der Poliklinik bleiben. Für dieses Personal werden zur Zeit folgende Indikatoren bei der Besetzung zugrunde gelegt:

- 1 000 Kinder pro Resident in Pädiatrie
- 2 000 Erwachsene pro Resident in Innerer Medizin
- 2 000 Frauen älter als 15 Jahre pro Resident in Geburtshilfe u. Gynäkologie

Das zusätzliche Lehrprogramm bewirkt, dass die von jedem Residenten zu versorgende Einwohnerzahl nicht der entspricht, die bei seiner späteren Tätigkeit an einer Poliklinik ohne Lehrbetrieb zu versorgen ist.

c) Andere Spezialisten

Sie sind nur partiell anwesend und führen Beratungen mit Lehrcharakter gemeinsam mit den Residenten durch (interconsultas docentes).

Zur Zeit ist man der Auffassung, dass diese Konsultationen in den Fächern Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie, Dermatologie, Orthopädie und Psychologie angeboten werden müssen.

2. Lehrprogramm

Zur Vervollständigung der Ausbildung der Residentes auf dem Niveau der Primärversorgung wurde ein für alle gemeinsames Programm aufgestellt, das den Unterricht in Marxismus, politischer Ökonomie, Soziologie, Gesundheitsverwaltung, Epidemiologie, Biostatistik, Demographie, Forschungsmethodik, Hygiene, Psychologie und Psychiatrie umfasst; alle diese Disziplinen gehören zum Bedarfsprofil auf diesem Niveau und ermöglichen, die Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten zu erwerben, die mit der Ausübung seiner fachärztlichen Tätigkeit in der Gemeinschaft entsprechend der neuen Konzeption erforderlich werden, und Anreiz und

Befriedigung bei der Bewältigung dieser Aufgaben zu finden.

Die Lehrpoliklinik erleichtert die volle Eingliederung der Ausbildung der Studenten der medizinischen Fakultät hinsichtlich des Arbeitsstudiums der Phasen I und II, die zur Zeit aufgebaut werden, und auch der schon im Plan fertigen Phase III.

Hier sollte erwähnt werden, dass das Arbeitsstudium (estudio-trabajo) schon an allen Polikliniken von La Habana durchgeführt wird. In den Lehrpolikliniken kommt es jedoch maximal zum Ausdruck, weil diese die Beteiligung des Residenten als Ausbilder erleichtern.

Die Lehrpolikliniken ermöglichen ebenfalls Training und Ausbildung des ärztlichen, zahnärztlichen und technischen Personals anderer Einheiten, sodass die Konzeptionen der Medizin in der Gemeinschaft auf dem primären Versorgungsniveau schnell im ganzen Land eingeführt werden können.

3. Forschung

Wie oben erwähnt, erzeugt eine medizinische Betreuung von Qualität, gekoppelt an die Lehre von Studenten und Postgraduierten, und vermittelt durch multidisziplinäres Lehrpersonal, von sich aus Bedingungen, die mit logischer Konsequenz medizinisch-soziale Forschung hervorbringen. An der ersten Lehrpoliklinik, die das Programm aufbaut, werden derartige Forschungsarbeiten schon durchgeführt.

Gesundheitsaktivitäten

Nachdem wir das Netz der Gesundheitsdienstleistungseinheiten und die zur Verfügung stehenden materiellen und personellen Mittel dargestellt haben, beziehen wir uns auf drei Indikatoren für die wesentlichen Aktivitäten der direkten medizinischen Betreuung: die Konsultationen, die Krankenhausbehandlung und die institutionelle Entbindung.

Die Daten über Konsultationen sind seit 1963 verlässlich. In jenem Jahr wurden 14 600 000 Konsultationen von Dienstleistungseinheiten des MINSAP durchgeführt; 1974 hat sich diese Zahl auf 42 400 000 vergrößert. Die Zahl der medizinischen Konsultationen in den gleichen Zeitabschnitten waren 13 900 000 bzw. 36 000 000, die zahnärztli-

chen Behandlungen beliefen sich auf 700 000 bzw. 6 400 000.

Der Konsultationsindex pro Einwohner erhöhte sich von 2,0 im Jahre 1963 auf 4,7 im Jahre 1974. Für medizinische Konsultationen lag der Anstieg zwischen 1,9 und 4,0 und für zahnärztliche Behandlungen zwischen 0,1 und 0,7.

Wenn man von den medizinischen Konsultationen die Notfallbehandlungen in der Poliklinik (cuerpo de guardia) abgrenzt, so ergibt sich für diese 1963 eine Anzahl von 10 200 000 und 1974 eine Anzahl von 24 600 000. Die Indices pro Einwohner sind 1,4 für 1963 und 2,7 für 1974. Alle Provinzen des Landes verbesserten die Konsultationsfrequenz pro Einwohner im genannten Zeitraum, insbesondere diejenigen mit dem niedrigsten Index für 1963 wie z.B. die Provinz Oriente, die ihr Niveau zwischen 1963 und 1974 von o.g. auf 1,9 verdreifacht hat.

Die Konsultationsverteilung ohne Berücksichtigung der Notfallbehandlungen ergibt einen Anteil von 42,3% für Innere Medizin, 17,1% für Chirurgie, 27,1% für Pädiatrie und 13,5% für Gynäkologie und Geburtshilfe (1974).

Die pädiatrischen Konsultationen, ausschließlich der Notfallbehandlungen, erreichten eine Zahl von 5 418 692 und die Konsultationen für Kinderpflege- und fürsorge eine Zahl von 1 263 196. Die Gesamtzahl der Konsultationen (außer Notfällen) für Kinder unter dem 15. Lebensjahr betrug jedoch 8 201 201; diese Zahl schließt auch solche Konsultationen ein, die nicht von Pädiatern sondern von anderen Spezialisten und Fachärzten für Allgemeinmedizin durchgeführt wurden (unter pädiatrischen Konsultationen werden die von Pädiatern ausgeführten verstanden).

Dies entspricht einem Index von 2,4 Konsultationen pro Einwohner unter 15 Jahren für das Jahr 1974. Kinder unter 1 Jahr erreichten einen Index von 9,7. Die regulären Schwangerenkonsultationen pro Entbindung erreichten einen Index von 9,0; wenn man die Notfallbehandlung hinzunimmt, ergibt sich ein Index von 12,0 Konsultationen pro Entbindung für das Jahr 1974.

Von allen (36 100 000) im vergangenen Jahr von den Gesundheitsdienstleistungseinheiten durchgeführten Konsultationen wurden 1 936 480 oder 5,4% in Einheiten der Landgebiete durchgeführt. Dies entspricht einem Index von 0,5 Konsultationen pro Einwohner der ländlichen Gebiete. Dieser Indikator enthält nicht die reale Größenordnung der Bedarfsdeckung für die Landbevölkerung, denn er enthält nicht die Konsultationen, die dieser Teil der Bevöl-

kerung in städtischen Dienstleistungseinheiten wahrgenommen hat, die jedoch häufig sind aus Gründen, die schon erläutert wurden.

Man rechnet nach konservativen Schätzungen, daß die Versorgung in städtischen Einheiten etwa gleich häufig ist oder dass durchschnittlich auf den Landbewohner nicht weniger als eine Konsultation entfällt.

Hinsichtlich der Krankenhausaktivitäten ergibt sich für 1974 im nationalen Durchschnitt eine Zahl von 13,3 Einweisungen pro 100 Einwohner.

Die Patienten-Tage pro 100 Einwohner liegen bei 120,1; der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt betrug 9,0 Tage und der Auslastungsindex liegt bei 78,9 %.

Bei den ländlichen Krankenhäusern wurden 46 199 Patienten, d.h. 3,8 % aller Einweisungen registriert. Der durchschnittliche Aufenthalt lag bei 4,7 Tagen und der Auslastungsindex betrug 54,0 %.

Ein Drittel der Einweisungen erfolgte aus geburtshilflichen Gründen.

Wir möchten wiederholen, dass dies nur die Aktivitäten der Einheiten in Ortschaften mit weniger als 2 000 Einwohnern wiedergibt. Nicht enthalten sind die Leistungen für die Landbevölkerung, die in Einheiten grösserer Ortschaften erfolgte.

Man versteht die Bedeutung dieser Tatsache, wenn man daran denkt, dass 96,6 % aller Lebendgeborenen des Landes in Einrichtungen des nationalen Gesundheitswesens zur Welt kommen (198 256 von 205 170).

III Gesundheitszustand

Bevölkerungsdynamik

Die Bevölkerung des Landes wurde für den 30. Juni 1974 auf 9.089.888 Einwohner geschätzt. Die Volkszählung vom 8. September 1970 ergab 8.553.395 Einwohner.

Zwischen 1953 und 1970, den beiden Jahren der letzten Volkszählungen, schwankte die Wachstumsrate der Bevölkerung zwischen 2,8% 1964 und 1,9% 1970. Diese Situation entstand durch eine niedrige Sterberate, eine mässig hohe Geburtenrate und einen Auswanderungsüberschuss im letzten Jahrzehnt.

Für den Zeitraum 1970 -75 wird eine Wachstumsrate vorausgeschätzt, die derjenigen des Endes der vorhergehenden Periode ähnlich sein wird, also etwa 1,9%. Die für 1975 geschätzte Bevölkerungszahl beträgt 9.348.000. Für den Zeitraum 1976 -80 wird ein Anstieg der Wachstumsrate bis 2,2% geschätzt, die für das Jahr 1980 vorausgesehene Bevölkerungszahl ist 10.423.000. Das wird unter anderem auf einen geringen Einfluss der Ein- und Auswanderung und vor allem auf eine zu erwartende beträchtliche Verringerung der Kindersterblichkeit beruhen (auf die Hälfte des vorhergehenden Jahrzehnts).

Die vorläufigen Zahlen der Volkszählung von 1970 besagen, dass unsere Bevölkerung jung ist, mit einem Anteil der unter 15-jährigen von 36,7%, und der über 65-jährigen von 5,8%. 60,5% der Bevölkerung leben in Landgebieten. Die Bevölkerungsdichte beträgt im Landesdurchschnitt 77,1 Einwohner/km². Sie schwankt zwischen 291,9 für die Hauptstadt, das Gebiet der stärksten Verstädterung, und 37,9 in der Provinz mit der geringsten Dichte - Camagüey. Auch der Anteil der bäuerlichen Bevölkerung schwankt beträchtlich, nämlich zwischen 7,6% in der Provinz Havanna und 61,8% in Pinar del Rio, den Extremwerten. Die Bevölkerungsdichte pro Wohnung beträgt in städtischen Gebieten 4,2 und in ländlichen 5,6. Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt 51 zu 49 für das männliche Geschlecht.

Die beschriebenen Kennzeichen unserer Bevölkerung, besonders ihre altersmässige Zusammensetzung und ihr perspektivisches Wachstum, rechtfertigen bereits aus sich heraus die hohe Vordringlichkeit unseres Plans der Mutter-Kind-Fürsorge.

Dieser Plan enthält grundsätzlich das Konzept, das von der Weltgesundheitsversammlung so ausgedrückt wurde: "Jede Familie muss die Möglichkeit haben, Informationen und Beratung über die Fragen der Familienplanung, der Frucht-

barkeit und Unfruchtbarkeit zu bekommen."

Obwohl wir in jeder, die Gesundheit betreffende Frage die Information und Zugänglichkeit der interessierenden Information als ein Recht des Volkes fordern, ist dies ein grosser Unterschied zu Zwangsmassnahmen irgendeiner Form.

Unsere Haltung diesem Problem gegenüber beruht auf der Freiheit der Frau oder des Paares, die Grösse der Familie selbst zu entscheiden entsprechend seiner erzieherischen, sozialökonomischen usw. Möglichkeiten, ohne Einflüsse oder Einwirkungen anderer Art.

Die individuelle Entscheidung wird durch das soziale Milieu beeinflusst. In unserem Land werden auf der Grundlage der geplanten sozioökonomischen Entwicklung Vorhaben durchgeführt, die die Bevölkerungsdynamik beeinflussen, so z.B. auf der Basis der schon erreichten Überwindung des Analphabetismus, die massenhafte Eingliederung der Frau in den Produktionsprozess und ihre volle soziale Beteiligung, die Verstädterung der ländlichen Bevölkerung usw.

Andererseits ermöglicht es die Organisation des Gesundheitswesens, einbegriffen in die Aktivitäten zum Gesundheitsschutz der Frau, unter bestimmten Voraussetzungen sowohl ein unerwünschtes Kind zu verhüten als auch eine genauso unerwünschte Sterilität zu überwinden.

Nach unserer Meinung darf eine Politik, die sich auf die Kenntnis der Beziehungen zwischen Mortalität und Geburtenhäufigkeit einerseits, sowie dem demographischen Wachstum andererseits stützt, sich nicht nur auf die Geburtenhäufigkeit, auf die Kinderzahl und das Alter der Mutter, auf die Risikoschwangerschaft, auf Reihenfolge und Abstand der Entbindungen beziehen, sondern muss auch die sozialen, ökonomischen, erziehungsmässigen Bedingungen, diejenigen der Ernährung, der Wohnung, kurz, die Kultur der Bevölkerung berücksichtigen, weil dort die Primärursachen einer 'pathologischen Bevölkerungsdynamik' anzutreffen sind.

Unter den erwähnten Vorhaben und den zukünftigen Projekten auf dem Gebiet der Gesundheitsaktivitäten und der Bevölkerungsdynamik muss die Durchführung einer Untersuchung über perinatale Sterblichkeit hervorgehoben werden, die sich zur Zeit im Stadium der Datenerhebung befindet. Ihre grundsätzlichen Ziele sind die Erkenntnis der Faktoren, die unter unseren Bedingungen auf die perinatale Mortalität einwirken, und die Qualität der vorhandenen Mutter-Kind-Betreuung für diesen Lebensabschnitt zu bewerten.

Wir beteiligen uns auch an einem internationalen Forschungsvorhaben der WHO über Perinatalogie, an welchem mehrere Länder mitarbeiten. Darin wird der Informationsgehalt der perinatalen Toten- und Geburtenscheine des ganzen Landes

während eines Jahres untersucht, besonders hinsichtlich der sozialen Daten.

Auch stellte die zentrale Direktion für Statistik der Obersten Planungsbehörde und die wirtschaftswissenschaftlichen Institute der Universitäten Havanna und Oriente spezielle Arbeitsgruppen auf zur methodischen Entwicklung von Verfahren zur systematischen Datengewinnung und ihrer Analyse in Bezug auf die Lebens- und demographischen Statistiken.

Die Geburtenrate in Kuba zeigt 1974 eine Höhe von 22,6 pro 1.000 Einwohner. Diese Rate ging seit 1964 zurück; in jenen Jahren betrug sie 36,3. Zwischen 1958 und 1964 war ein Anstieg zu verzeichnen von 27,3 auf die oben für 1964 genannte Zahl.

Die Geburtenrate schwankt zwischen den einzelnen Provinzen in der Höhe beträchtlich: am niedrigsten ist sie in Havanna mit 18,4 und am höchsten in Oriente mit 27,7 pro 1.000 Einwohner.

Wenn wir auch nicht über die vollständigen Statistiken zur Unterscheidung der Geburtenrate auf dem Land und in der Stadt verfügen, so gibt es doch Teilergebnisse, die eine höhere Rate in Landgebieten anzeigen.

Die Daten zur Sterblichkeit werden verlässlich ab 1968, als Unzulänglichkeiten der statistischen Systeme überwunden wurden. Schon 1962 wurden Verbesserungen erprobt, wobei aber die Gruppen der Säuglinge unter einem Jahr nur mit Schätzwerten erfasst wurde.

Bei den hauptsächlichsten Todesursachen nehmen die Herzkrankheiten die erste Stelle ein, die Krebskrankheiten die zweite, Hirngefässerkrankungen die dritte.

1974 betrug die allgemeine Mortalität 5,8 auf 1.000 Einwohner. Die Kindersterblichkeit betrug bis ein Jahr 28,9 auf 1.000 Lebendgeborene; die Mortalität im Vorschulalter 1,2 auf 1.000 Einwohner. Die Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren hatten einen Anteil von 15% an der Gesamtsterblichkeit. Die Müttersterblichkeit betrug im gleichen Jahr 0,6 auf 1.000 Lebendgeborene.

Geburtsfürsorge für Mutter und Kind

Anfang der 60iger Jahre wurde in Kuba begonnen, Programme und Gesundheitsaktivitäten durchzuführen, die schnell einen günstigen Effekt auf die Höhe der Kindersterblichkeit hatten. Der gleiche Effekt wurde durch die wichtige und positive wirtschaftliche und soziale Entwicklung unterstützt, die im gleichen Zeitraum begann, als Folge des begonnenen sozialistischen Aufbauprogrammes.

Die ersten ergriffenen Maßnahmen wurden nicht speziell gegen die Kinder- und perinatale Sterblichkeit gezielt und gerichtet, sondern gegen Probleme, deren Auswirkungen ihnen damals höhere Dringlichkeit zukommen liess, deren Bekämpfung

gleichzeitig jedoch auch Folgen für die Kindersterblichkeit hatte.

Solche vordringlichen Probleme waren: die Schaffung der Gesundheitsversorgung auf dem Land, die Ausdehnung und Reorganisierung der primären Gesundheitsversorgung, das Programm zur Bekämpfung der akuten Durchfallerkrankungen, das Programm zur Senkung der Müttersterblichkeit und andere. Unzulänglichkeiten im Informations- und Statistiksystem erschwerten bis 1968 die Auswertung und, darauf aufbauend, die Kontrolle dieser Aktivitäten, speziell bei der relativen Mortalitätsstatistik der ersten Lebenswoche.

Bereits damals konnten mit grösserer Genauigkeit der Umfang und die wichtigen Kennzeichen der Probleme erkannt werden. Andererseits ergab sich 1969 eine Unterbrechung der bis dahin kontinuierlichen Verringerung der Kindersterblichkeit. All dies führte zu einem grundlegenden Überarbeiten der Situation, und 1970 zur Erarbeitung eines neuen nationalen Plans der Betreuung von Mutter und Kind, dessen eines Hauptziel die Verringerung der perinatalen Mortalität ist.

Dieser überarbeitete Plan der Mutter-Kind-Fürsorge, der von der kubanischen Regierung seit einigen Jahren verwirklicht wird, legte 1970 die Ziele fest, die 1980 erreicht werden sollen.

Es sind:

a langfristige Ziele:

- 1 Verringerung der Kindersterblichkeit bis 22 oder 23 pro 1.000 Lebendgeborenen.
- 2 Verringerung der Neugeborenensterblichkeit bis 15 oder 16 pro 1.000 Lebendgeborenen.
- 3 Verringerung der postnatalen Sterblichkeit bis auf 7 oder 8 pro 1.000 Lebendgeborenen.
- 4 Verringerung der Frühgeborenensterblichkeit bis 12 oder 14 pro 1.000 Lebendgeborenen.
- 5 Verringerung der späten Fötalssterblichkeit auf 12 pro 1.000 Lebendgeborenen.
- 6 Verringerung der perinatalen Sterblichkeit auf 26 pro 1.000 Lebendgeborenen.
- 7 Verringerung der Müttersterblichkeit auf 2 pro 10.000 Lebendgeborenen.

b kurzfristige Ziele:

- 1 Mittels der speziellen Entwicklung der rückständigsten Provinzen soll die Bedarfsdeckung angehoben und die Unterschiede ausgeglichen werden.
- 2 Eine bessere Analyse der Struktur und Gründe der Kindersterblichkeit soll geleistet werden, speziell im Hinblick auf niedriges Geburtsgewicht.
- 3 Eine bessere Kenntnis des Verhaltens der Fruchtbarkeit und die Abschätzung des möglichen Bedarfs an Massnahmen der Familienplanung.
- 4 Eine bessere Kenntnis über die Häufigkeit und die epidemiologischen Kennzeichen der Fehlgeburten, mittels der Auswertung von Krankenhausentlassungsstatistiken und Bevölkerungsumfragen.

- 5 Vergrößerung der Bedarfsdeckung an Dienstleistungen der Familienplanung je nach Nachfrage
- 6 Vergrößerung der operationalen Möglichkeiten des Dienstleistungsnetzes.

Die begonnenen Vorhaben zur Verbesserung und zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind sowie zur Verhütung von entsprechenden Krankheiten, aus welchen unser Plan der Mutter-Kind-Betreuung besteht, stützen sich auf folgende Leitsätze:

- Integration der Mutter-Kind-Fürsorge in das Netz der Gesundheitsdienstleistungen. In diesem Bereich gab es keine Programme mit vertikaler Entscheidungsstruktur.
- Erstellung von technischen Arbeitsnormen für Pädiatrie und Geburtshilfe
- Erarbeitung von Zielen für die Schwangerschaftsüberwachung und die Krankenhausentbindung.
- Diagnostik und bevorzugte Betreuung von Risikoschwangeren (mütterliches und kindliches Risiko).
- gesetzlicher, sozialer und wirtschaftlicher Schutz der Mutterschaft.
- Gesundheitserziehung der Schwangeren, nach Möglichkeit unter Einschluss psychoprophylaktischer Vorbereitung für die Entbindung.
- Entwicklung der Sexualerziehung.
- Steigerung der Krankenhausbettenzahl in Pädiatrie und Geburtshilfe.
- Steigerung der Zahl der Arztstunden für die ambulante Schwangeren- und Kinderfürsorge.
- Steigerung der Inanspruchnahme der Kindersprechstunden.
- Verbesserung der Säuglingsbetreuung, speziell für kranke und untergewichtige Neugeborene.
- Verbesserung der Bekämpfung der akuten Durchfallserkrankungen.
- Verbesserung der Bekämpfung der Kindertuberkulose, unter anderem durch die BCG-Impfung.
- Verbesserung der Krankheitsverhütung durch Impfprogramme (Kinderlähmung, Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Pocken und Typhus).
- Schaffung von Kindererholungsheimen und Mütterheimen.
- Propagieren des Stillens.
- Entwicklung der Ausbildung von Arbeitskräften für die Mutter-Kind-Betreuung: Kinderärzte, Hebammen, Geburtshelfer und Kinderkrankenschwestern usw.
- Vorrang von Schwangeren und Kindern in der zahnärztlichen Betreuung.
- Entwicklung von Forschungsvorhaben über Wachstum und Entwicklung der Bevölkerung.
- Entwicklung von Forschungsvorhaben über perinatale Mortalität und Mortalität.

Diese Leitsätze haben die durchgeführten Vorhaben seit dem letzten Jahrzehnt bestimmt. Von ihnen muss man wegen des grösseren Einflusses auf die perinatale

Sterblichkeit folgende herausheben:

die Einbeziehung der Mutter-Kind-Fürsorge in das nationale Gesundheitswesen, die Errichtung technischer Normen für die medizinischen Spezialgebiete, die Steigerung der materiellen Mittel für bessere Bedarfsdeckung an Schwangerschaftsbetreuung und Kliniksentbindungen, bevorzugte Betreuung der Risikofälle, der gesetzliche, soziale und wirtschaftliche Schutz der Mutterschaft, darin einbegriffen die Schaffung der Mütterheime, die Gesundheitsbeziehung der Schwangeren, die Verbesserung der Neugeborenenbetreuung, das Ausbildungsprogramm für Fachkräfte, die Forschungsvorhaben über perinatale Mortalität und Mortalität, und die Ständige Auswertung dieser Aktivitäten.

Untersuchen wir die für diesen Plan verfügbaren Mittel und die Bedarfsdeckung, die er bietet.

Die verfügbaren Mittel und die damit erreichten Gesundheitsdienstleistungen stehen im Verhältnis, wenngleich die Mittel nicht immer gut verteilt sind. Wir geben diese Informationen, um zu zeigen, dass der Umfang der Mittel angemessen, allerdings nicht optimal ist. Diese Mittel sind gut verteilt, sie werden effektiv und mit guten Ergebnissen eingesetzt.

Im September 1974 gab es 108 Krankenhäuser mit zehn oder mehr geburtshilflichen Betten und festgelegter Organisationsstruktur, die von einem speziell ausgebildeten Arzt geleitet wurden.

Insgesamt gab es 190 Einrichtungen, in denen Entbindungen durchgeführt werden konnten; die zur oben genannten Anzahl (108) bestehende Differenz wird von Einrichtungen mit weniger als 10 Betten gestellt.

Von den 108 Einrichtungen mit über 10 Betten befanden sich nur neun in der Hauptstadt.

Die durchschnittliche Anzahl von Frauen im gebärfähigem Alter pro genannter Einrichtung betrug 10.700.

Die Zahl der geburtshilflichen Betten betrug 4.436, d.h. 0,5 pro 1.000 Einwohner. Zwischen den verschiedenen Provinzen variierte dieser Index zwischen 0,5 und 0,6 pro 1.000 Einwohner.

Die Zahl der Praxen für Mütterbetreuung aller Art betrug 609. Unter 'Praxis' verstehen wir eine Versorgungseinheit für ambulante Patienten, die für Schwangerschaftsuntersuchungen ausgestattet ist und in der ein Arzt arbeitet. Von diesen 609 befanden sich 169 in Landgebieten. 3.300 Frauen im gebärfähigem Alter kamen im Schnitt auf eine Praxis.

Im Jahr 1973 gab es in Kuba 444 Gynäkologen und Geburtshelfer, d.h. 0,5 pro 10.000 Einwohner, oder 19.500 Einwohner pro Arzt. Davon hatten 136 den ersten oder zweiten Spezialistengrad erreicht, die restlichen arbeiteten entweder als Residenten in Lehrkrankenhäusern, um den ersten Spezialistengrad zu erreichen,

oder als Allgemeinmediziner mit über zwei Jahren Berufspraxis und spezieller Weiterbildung.

1974 gab es im ganzen Land 141 Krankenhäusern mit speziellen Kinderabteilungen von über zehn Betten, die eine festgelegte Organisationsstruktur hatten und von speziell ausgebildeten Ärzten geleitet wurden. Die Gesamtzahl aller pädiatrischen Einrichtungen, inbegriffen diejenigen unter 10 Betten, betrug 200.

Im Schnitt kamen 17.027 Kinder auf eine Einrichtung.

Die Zahl der pädiatrischen Betten betrug 9675, d.h. 1,1 pro 1.000 Einwohner. Davon waren 1.156 für Neugeborene, d.h. 12% der Gesamtzahl. Der Bettenindex pro Einwohner wechselt in den verschiedenen Provinzen zwischen 0,9 und 1,3 pro Einwohner.

Die Zahl der pädiatrischen Praxen betrug 619; sie sind Dienstleistungseinheiten für ambulante Patienten, in denen ein Arzt arbeitet. 169 dieser Praxen befanden sich in Landgebieten. 5.501 Kinder kamen auf eine Praxis.

Die Anzahl der Pädiater betrug 1973 1.065, d.h. 3,2 pro 10.000 Einwohner unter 15 Jahren, 3130 Einwohner dieses Alters pro Arzt. Davon waren 309 Spezialisten ersten und zweiten Grades. Den Rest bilden Residenten in den Kinderkrankenhäusern, die den ersten Spezialisierungsgrad anstrebten, sowie Allgemeinärzte, die mehr als zwei Jahre Berufspraxis und spezielle Weiterbildung besitzen.

Weitere Indikatoren der Mutter-Kind-Fürsorge, die die 1974 erreichte Bedarfsdeckung ausdrücken, sind:

- Anteil der Kliniksentscheidungen von 96,6%.
- die pädiatrischen Abteilungen nahmen 8,7 Patienten pro 100 Einwohner unter 15 Jahren auf.
- Pro Entbindung wurden neun geplante Schwangerschaftsuntersuchungen durchgeführt; die Zahlen für die Provinzen lagen zwischen 8,1 und 11,8.
- Pro Einwohner unter 15 Jahren wurden 3,9 Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt, mit einer Schwankungsbreite zwischen 2,6 und 6,0 je nach Provinz.
- Mehr als 1,1 Millionen Säuglingsberatungen bis zu einem Jahr wurden durchgeführt, der spezielle Index pro Säugling lag bei 6,2 Beratungen pro Jahr.

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Plan der Mutter-Kind-Fürsorge betrifft den gesetzlichen, sozialen und wirtschaftlichen Schutz, den die kubanische Gesetzgebung seit den frühen 60iger Jahren errichtete, und der kürzlich überarbeitet und mit neuen Leistungen für Mutter und Kind erweitert wurde.

Für den Zeitraum der Schwangerschaft und die Stillzeit wurde für Arbeiterinnen ein Urlaub von sechs Wochen vor der Entbindung und 12 Wochen danach festgelegt.

Diese Ruhezeit ist obligatorisch und ihre Dauer kann verlängert werden. Der Schwangerschaftsurlaub beginnt mit der 34. Schwangerschaftswoche. Bei Mehrlingsschwangerschaften beträgt der Schwangerschaftsurlaub acht Wochen vor der Entbindung, beginnend von der 32. Woche. Bei Schwangerschafts- oder Wochenbettkrankungen kann die Schwangere oder Wöchnerin eine Unterstützung erhalten, die mindestens 50% ihres Einkommens beträgt.

Im Falle der ausserklinischen Entbindung wird kein spezieller Geldbetrag für die Schwangerschaft ausbezahlt, auch wird das Stillen nicht ökonomisch gefördert.

Aus Schwangerschaftsgründen kann keine Arbeiterin entlassen werden. Sie kann bis spätestens ein Jahr nach der Entbindung ihren Arbeitsplatz wieder in Anspruch nehmen.

Die Schwangerschafts und Säuglingsfürsorge ist für alle Mütter unentgeltlich, einschliesslich stationärer und ambulanter Behandlung. In dieser Leistung ist auch die zahnärztliche Behandlung inbegriffen. Der Frau stehen in den ersten 34 Schwangerschaftswochen nach gesetzlicher Vorschrift sechs volle oder 12 halbe bezahlte Urlaubstage für Schwangerschaftsuntersuchungen zu, ausserdem für das erste Jahr nach der Entbindung monatlich ein Tag zur medizinischen Betreuung des Säuglings.

Alle notwendigen Medikamente kommen der Schwangeren, Gebärenden oder Wöchnerin gratis zu. Diese Frauen bekommen auch über die üblichen Verteilungssätze hinaus zusätzliche Nahrungsmittel. Auch die Benutzung der Mütterheime, die schon beschrieben wurden, ist unentgeltlich.

Die Auswertung der neuesten Ergebnisse des Plans zeigen uns, dass 1974 die Müttersterblichkeit auf 5,6 pro 10.000 Lebendgeborenen gesenkt wurde, die perinatale Sterblichkeit lag bei 28,2 pro 1.000 Lebendgeborenen, davon betrug die spätfötale Sterblichkeit 12,9 und die postpartale Frühsterblichkeit 15.6.

Der Prozentsatz der postpartalen Frühsterblichkeit lag für 1974 bei 54.1% der perinatalen Mortalität.

Zwischen 1968 und 1974 konnte die Mortalität wie folgt gesenkt werden:

Spätfötale Mortalität	um	25.0%
Postpartale Frühsterblichkeit	um	7.1%
perinatale Mortalität	um	15.3%

Die vorausgegangenen Ergebnisse der nationalen Untersuchung der perinatalen Mortalität ergaben für 1973 eine Zahl von 26 pro 1.000 Lebendgeborene.

Die Infektionskrankheiten

Der Erfolg in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten gehört zu den bemerkenswertesten Siegen des vergangenen Jahrzehnts in der Gesundheitspolitik.

Bereits in den ersten Jahren dieses Jahrzehnts befanden sich die Malaria, die Kinderlähmung und die Diphtherie kurz vor der Ausrottung, andere Krankheiten wurden auf minimale Erkrankungszahlen reduziert. Die Sterblichkeit an dieser Krankheitsgruppe konnte im vergangenen Jahrzehnt um 50% gesenkt werden.

Kurz sollen einige dieser Krankheiten erwähnt werden, zunächst die Malaria.

1959 wurde das Programm zur Ausrottung der Malaria begonnen. Es hatte seinen Höhepunkt, als vom 28. Juni 1967 an keine Neuerkrankungen mehr registriert werden konnten. Das Gebiet der Malariaausdehnung, welches in einer Untersuchung vom 2. Mai 1959 bis zum 29. Februar 1960 festgelegt wurde, umfasste eine Ausdehnung von 37.502 km² (32,7% der Gesamtfläche des Landes) und eine Bevölkerung von 1.874.524 Einwohnern (28,4% der Gesamtbevölkerung des Landes). Das übrige Land wurde als Malaria nicht verseucht bezeichnet und von anfang an epidemiologisch überwacht.

Im malariaverseuchten Gebiet gab es 8.831 Ortschaften mit 403.302 Häusern und 1.833.929 zu schätzenden bewohnern. Die Aktivitäten der Anfangsphase begannen am 2. Januar 1962. Die Häuser des verseuchten Gebietes wurden alle sechs Monate mit fünfprozentigem DDT in der Dosierung von 1g pro m² besprüht, was bis Dezember 1967 durchgeführt wurde. Gleichwohl wurden seit September 1966 Teilgebiete in die Konsolidierungsphase überführt. Die Anzahl der nicht erreichten Häuser schwankte zwischen 0 und 4,9%, was keine ungünstige epidemiologische Auswirkung hatte.

Während der Anfangsphase wurde die epidemiologische Arbeit unter immer stärkerer Beteiligung der Gesundheitseinrichtungen fortgesetzt.

Die Konsolidierungsphase begann im September 1966, als 25% der malariaverseuchten Gebiete in diese Klassifizierung übergeführt wurden, 1967 waren es 95%, 1968 100%. Im August 1970 konnte das ganze früher malariaverseuchte Gebiet in die Phase der Aufrechterhaltung des malariafreien Zustandes überführt werden. Seit der Integration des Programms in den allgemeinen Gesundheitsdienst 1967 wurden alle Vorhaben von der nationalen Direktion für Epidemiologie über die betroffenen Regionen und Gesundheits-áreas der verschiedenen Provinzen durchgeführt. Die Struktur und Funktionsweise der Gesundheitsdienste garantieren die Wirksamkeit des epidemiologischen Überwachungssystems in der Aufrechterhaltungsphase. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat Kuba im November 1973 offiziell als 'malariafrei' bezeichnet.

Ein weiterer wichtiger Erfolg konnte in der Bekämpfung der Durchfallerkrankungen erzielt werden.

Im Jahr 1962 waren ihnen 8,2% aller Todesfälle des Landes zuzuschreiben. Seit dieser Zeit fiel der Anteil bis 1974 auf 1,4%, als Ergebnis des nationalen

Kampfprogramms gegen diese Krankheit, das 1962 begonnen wurde und folgendes beinhaltete:

- Verringerung der Mortalität über eine frühzeitige ärztliche Behandlung, die bereits praktisch im ganzen Land erreichbar war; Normierung einer geeigneten Behandlung; Orientierung der Bevölkerung, beim Auftreten der ersten Symptome den Arzt aufzusuchen.
- Verringerung der Mortalität durch allgemeine Verbesserungen der Hygiene Lebensmittelhygiene, besonders wichtig die Milch, Kampf gegen (Vectores) usw.
- Verbesserung des Ernährungszustandes der kindlichen Bevölkerung, hauptsächlich der Säuglinge in den ersten sechs Monaten .
- Erzieherische Massnahmen unter Beteiligung der Massenorganisationen (CDR, FMC), um die Erfüllung der gestellten Aufgaben zu erreichen.

Während der Jahre 1960 bis 1962 stellte diese Krankheitsgruppe den fünften Platz in der Todesursachenstatistik, im Jahre 1974 den elften.

Die höchste im vergangenen Jahrzehnt registrierte Zahl betrug 1962 4.157 Todesfälle, das 58,1 pro 100.000 Einwohner. 9,5% der Todesfälle wegen dieser Krankheit geschahen bei Säuglingen unter einem Jahr. Der Index fiel von 134,6 pro 10.000 Lebendgeborenen 1962 auf 29,5 1974. Das zeigt die Erfolge dieses Programms.

Bei den Säuglingen unter einem Jahr war diese Krankheitsgruppe 1962 die Hauptursache, sie nahm 30,9% aller Todesfälle dieser Altersgruppe ein. 1974 lag sie an fünfter Stelle mit 10,2%.

In der Altersgruppe der Vorschulkinder, die etwa zehn Prozent der Bevölkerung ausmacht, waren die Magen- und Darminfektionen 1962 die Hauptursache mit einer Häufigkeit von 65,1 pro 100.000 Kinder zwischen ein und vier Jahren. Schon 1968 fielen sie auf den vierten Platz mit 13,3 und 1974 auf den sechsten Platz mit 6,8 pro 100.000 Kinder zwischen einem und vier Jahren. Wir halten die ständige Verringerung der Mortalitätsrate in dieser Altersgruppe für wichtig, vor allem deshalb, weil zwischen diesen Krankheitsbildern, der Unterernährung und ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit des Vorschulkindes ein direkter Zusammenhang besteht.

Die sozialen Veränderungen und der Höhepunkt der Alphabetisierungskampagne schufen die Bedingungen für die Verwirklichung dieses Programmes.

Auch die Bekämpfung des Typhus ist hervorzuheben. Diese Krankheit ist in unserem Land endemisch. Während des vergangenen Jahrzehnts hatte sie eine sinkende Tendenz, unterbrochen von epidemischen Ausbrüchen. Die höchste Krankheitshäufigkeit wurde am Beginn des vergangenen Jahrzehnts registriert; im Jahre 1960 mit 17,2 pro 100.000 Einwohner insgesamt 1.191 Fälle, die niedrigste 1966 mit

169 Fällen, d.h. 2,1 pro 100.000. 1973 wurden 345 Fälle bemerkt, d.h. 3,8 pro 100.000.

Die Informationsmechanismen, die als Teil der epidemiologischen Überwachung eingeführt wurden, erlauben, sofort die Kenntnis von jedem diagnostizierten Fall zu verbreiten, was wiederum die Auslösung der Kontrollmechanismen ermöglicht.

Die Typhusmortalität ist niedrig, die grösste Häufigkeit gab es im Jahr 1962 mit 0,7 pro 100.000 Einwohner. Während der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrzehnts zeigte die Mortalität dieser Krankheit eine sinkende Tendenz bis zu einer Häufigkeit von 0,0 pro 100.000 in den Jahren 1969 bis jetzt.

Ein weiterer bemerkenswerter Erfolg ist im Kampf gegen die Tuberkulose erzielt worden. 1963 begann die Entwicklung des entsprechenden Programms auf folgenden Grundlagen:

- 1 BCG Impfung für die Neugeborenen und die Schulkinder
- 2 Röntgen-Schirmbilduntersuchungen
- 3 Stationäre Behandlung der Kranken bis zur Heilung
- 4 weitere Dispensairebetreuung
- 5 epidemiologische Kontrolle durch die Gesundheitsárea.

Während des Jahrzehnts erbrachte dieses Programm im nationalen Massstab folgende Resultate:

- 1 Ansteigen der Fallzahlen auf nationaler Ebene in den ersten Etappen als Folge der intensiveren Suche.
- 2 Verringerung der Morbiditätsrate von 64,3 1965 bis 15,6 pro 100.000 Einwohner 1974.
- 3 Verringerung der Mortalitätsrate pro 100.000 Einwohner von 19,6 1962 auf 3,4 1974.
- 4 Verringerung der Mortalitätsrate pro 100.000 Einwohner unter 15 Jahre von 1,1 1964 bis auf 0,1 1974. In diesem Jahr gab es drei Todesfälle.
- 5 Während der letzten drei Jahre wurde bei den unter 15-jährigen nur ein einziger Fall von tuberkulöser Meningitis registriert.
- 6 Aufhebung der BCG-Impfzahlen auf über 90% der Neugeborenen bei der Klinik-entbindung,; diese betragen 96,6% aller Entbindungen.
- 7 Zwischen 1960 und 1970 wurden 5.886.000 Schirmbilduntersuchungen durchgeführt.
- 8 Während des letzten Jahrzehnts wurden die entsprechenden Klinikbetten auf über 4.000 vermehrt.
- 9 Intensivierung der bakteriologischen Diagnostik.
- 10 Unentgeltliche Ausgabe der Tuberkulostatika
- 11 Inkrafttreten des Gesetzes über die Lohnfortzahlung bei aktiver Tuberkulose.
- 12 Eingliederung des Programms in die allgemeinen Gesundheitsdienste.

13 Beteiligung der Massenorganisationen an den Aktivitäten des Programms.

Diese Erfolge verlangten ein Überdenken der Taktik. Man musste zu neuen Schritten im Kampf gegen diese Krankheit kommen.

Der gegenwärtige Stand der Forschung in verschiedenen Ländern in bezug auf die Bedeutung der bakteriologischen Diagnostik, die Wirksamkeit der kontrollierten ambulanten Behandlung gegenüber der stationären Behandlung, die Vorteile in psychosozialer Hinsicht, die die ambulante Behandlung für den Patienten bietet, die Vorteile durch die Integration all dieser Aktivitäten in die Vorbeugungsprogramme unserer Polikliniken war für uns von grosser Wichtigkeit. Wir haben diese Forschungen ausgewertet und das neue Programm zum Kampf gegen die Tuberkulose ausgearbeitet, welches nicht demjenigen von 1963 entgegengesetzt ist, sondern eine zweite Etappe desselben bedeutet.

Dieses neue Programm beruht auf folgenden Aspekten:

- Suche nach neuen Fällen durch direkte Sputumuntersuchung bei den Patienten, die über elf Tage lang respiratorische Symptome hatten (Husten und Auswurf). Sie werden in den Sprechstunden der Polikliniken gefunden.

Diese Suchmethode, die die Röntgenschirmbilduntersuchung ersetzt, erlaubt die Suche unter der ganzen Bevölkerung durch eine empfindliche und spezifische Technik zu niedrigen Kosten.

- Ambulante, kontrollierte Behandlung in der Poliklinik bei jedem neuen Tuberkulosefall, der noch nicht behandelt wurde.

- Untersuchung der Kontaktpersonen der Tuberkulosekranken.

- BCG-Impfung der Neugeborenen und Wiederimpfung der Schüler im 6. Grad.

Die Veränderungen bei den Einweisungskriterien brachten eine Verringerung des Belegungsindex mit sich. Das erlaubte uns, diese Betten für andere Spezialgebiete zu nutzen und einige dieser Klinikszentren umzuwandeln.

Die Fälle, die weiterhin einer spezialisierten Krankenhausbehandlung vorbehalten sind, sind:

- Fälle, die gegenüber Tuberkulosestatika erster Ordnung resistent und unempfindlich sind.
- Chirurgisch pulmonale Notfälle.
- Fälle, die aus geographischen oder sozialen Gründen schwierig ambulant zu behandeln sind.

Das qualifizierte medizinische Personal dieser Kliniken behandelt auch einen Teil der nicht-tuberkulösen Lungen und Atemerkkrankungen, für die eine Anzahl der Betten reserviert sind, als Folge der niedrigen Auslastungsquote dieser Spezialkliniken.

Ständig und zunehmend ist die Beteiligung der Massenorganisationen und die Gesundheitserziehung der Bevölkerung.

Auch die Ausmerzung der Kinderlähmung nimmt unter den positiven Veränderungen nach 1959 einen hervorragenden Platz ein.

Diese Krankheit stellte bis zum Beginn des vergangenen Jahrzehnts eine Geißel für die kindlichen Altersgruppen dar, weil sie alle drei bis fünf Jahre epidemisch über einer vorhandenen Endemie zum Ausbruch kam.

1962 wurde die erste massenhafte Polio-Schluckimpfung durchgeführt, über Lebendviren vom Typ Sabin. Ein vollständiger Erfolg konnte erzielt werden, da in jenem Jahr nur 46 Fälle registriert wurden, die alle vor dem Beginn der Kampagne auftraten.

In den 60iger Jahren wurde nach dem Beginn der Kampagnen jeweils ein Krankheitsfall in den Jahren 1964, 1970, 1971, 1972 und 1973 unter nicht geimpften Kindern bekannt, im Jahr 1974 gab es keinen Krankheitsfall. Durch die Beibehaltung der jährlichen Schutzimpfungskampagnen bleibt Kuba ein von Kinderlähmung befreites Land.

Seit der ersten Schluckimpfungskampagne im März 1962 verschwand diese Krankheit als Todesursache. Die letzten Todesfälle durch diese Krankheit gab es in jenem Jahren - nämlich sieben Fälle - 1960 waren es noch 32 und 1961 26 gewesen. Nach 1962 gab es keine Todesfälle durch diese Krankheit mehr.

Seit 1962 begann eine Nationale Kommission, bestehend aus je einem Neurologen, Epidemiologen, Virologen und Internisten, alle Krankheitsfälle mit neurologischen Syndromen, in denen der Verdacht auf eine Poliovirusätiologie bestand, untersucht und in allen Fällen die Diagnosen gesichert.

Die Altersgruppen, in denen die Impfung angewandt werden muss, werden durch die Untersuchung der vorhandenen Antikörper festgelegt. Diese serologischen Untersuchungen führt die virologische Abteilung des Nationalen Instituts für Hygiene, Epidemiologie und Mikrobiologie nach jeder Massenimpfung durch. So begann man 1962 die bis 14-jährigen zu impfen, was 1963 wiederholt wurde. 1964 und 1965 wurden die bis sechsjährigen, 1966 die bis vierjährigen, 1967 die bis dreijährigen geimpft; 1968 die bis vierjährigen und seit 1969 die bis dreijährigen. Während der letzten Jahre wurden den neunjährigen Kindern Auffrischimpfungen gegeben, da nach den Untersuchungen das Immunitätsniveau, speziell die Antikörper des Virus II, angehoben werden musste.

Die Diphtherie zeigte nach einem Anstieg am Beginn des vergangenen Jahrzehnts in den folgenden Jahren eine fallende Tendenz als Konsequenz der Impfprogramme. Die höchste Krankheitsziffer gab es 1962 mit einer Häufigkeit von 20,5 pro 100.000 Einwohner, die niedrigste 1971, 1973 und 1974, als keine Fälle festgestellt wurden.

Die Todesfälle durch Diphtherie waren 1961 mit 82 am höchsten; sie fielen bis 1971 kontinuierlich ab. Von diesem Jahr ab gab es keine Diphtheriebedingten Todesfälle mehr.

Das im Land mit zunehmender Effektivität durchgeführte Impfprogramm bewirkte eine ständige Verringerung des Tetanus. Die Tetanusmorbiditätskurve zeigt eine fallende Tendenz: die grösste Häufigkeit bestand 1962 mit 645 Fällen, d.h. 9,0 pro 100.000, die geringste 1974 mit 91 Fällen, d.h. 1,0 pro 100.000 Einwohner.

Man muss die Abnahme der Tetanusfälle bei den Neugeborenen hervorheben. 1959 wurden 94 Fälle, d.h. 4,9 pro 10.000 Lebendgeborene registriert. 1974 gab es keinen einzigen Fall.

Man muss die Verschiedenen, die Verringerung des Neugeborenentetanus bestimmenden Faktoren berücksichtigen: Steigerung der Schwangerschaftsuntersuchungen, Impfungen der Schwangeren, Anhebung der Kliniksentbindungen auf über 90%. In den vergangenen Jahren blieb der Tetanus auf bestimmte Bevölkerungsgruppen mit besonderen Kennzeichen begrenzt, wie die über 65jährigen, die Rentner, die Hausfrauen, für die zur Zeit Impfprogramme durchgeführt werden.

Umwelthygiene

Während des vergangenen Jahrzehnts hat sich der an eine Wasserleitung angeschlossene Teil der städtischen Bevölkerung verdoppelt, er erreicht ca. 90%. Die Anzahl der Siedlungen über 1.000 Einwohner mit Wasserleitung wurde von 175 im Jahre 1959 auf 480 im Jahr 1971 gesteigert.

1959 waren nur 21% des Trinkwassers mit Chlor desinfiziert, heute sind es 98%. Alle neuen Siedlungsschwerpunkte der Landgebiete werden mit Trinkwasserversorgung und Wasserleitungen ausgestattet. Diese neue Art der ländlichen Ansiedlung wird zahlreich in allen Provinzen des Landes entwickelt; dadurch wird in den nächsten Jahren die Anzahl der mit Wasser- und Abwasserleitungen versorgten Landbewohner steigen.

1962 hatten nur 14 der damals vorhandenen 303 Siedlungen mit über 1.000 Einwohner teilweise Abwassersysteme.

Im vergangenen Jahrzehnt wurden hunderte von neuen Ansiedlungen in landwirtschaftlichen und industriellen Entwicklungsgebieten geschaffen, die alle mit Abwassersystemen ausgestattet wurden. Die sanitäre Situation der Mehrzahl der vor der Revolution bestehenden Siedlungen hat sich allerdings bezüglich der Abwasserbeseitigung nicht grundlegend geändert.

In den Entwicklungsplänen wird eine grössere Flächendeckung bei der Trinkwasserversorgung und der Abwasserentsorgung der Siedlungen angestrebt, sowie die Lösung der bei der Behandlung und Beseitigung der Abwässer aus Haushalten, Industrie und Landwirtschaft auftretenden Probleme.

Bei der Gewässerverschmutzung überwiegt in unserem Land die biologische Verschmutzung durch ungenügende Reinigung der häuslichen Abwässer. In geringerem Mass existiert die biochemische Verschmutzung durch Flüssigkeiten und Abfälle

der Industrie und Nahrungsmittelfabriken.

Die chemische Gewässerverschmutzung ist noch von kleinem Umfang.

Folgende Aktivitäten werden zur Zeit durchgeführt, um die Gewässerverschmutzung einzudämmen:

- 1 Einbau von Abwasserkanälen mit Beseitigung von Reststoffen in allen neu erbauten Siedlungen.
- 2 Jeder neue Industrie- oder Viehzuchtbetrieb, der gebaut wird, muss als Bestandteil des Projekts der Lösung der Behandlung und Beseitigung seiner Abwässer enthalten, um neue Verunreinigungen zu vermeiden.
- 3 Einrichtung von sanitären Schutzzonen in den Gebieten um die wichtigsten Wasserbrunnen herum, die zur Versorgung der Siedlungen bestimmt sind.

Andererseits gibt es einige Schwierigkeiten mit der Bodenverschmutzung.

Hauptsächliche Ursachen für die Verschmutzung sind:

- a unzureichende Beseitigung der Abwässer in Vorstadt und Landregionen
- b unzureichende Sammlung und Beseitigung des Mülls
- c die steigende Anwendung von Unkrautvertilgungsmitteln und Düngemitteln.

1972 bestand in dieser Hinsicht folgende Situation:

- a Die Dienstleistungen für Müllsammlung und Müllbeseitigung erreichten 84,8% der gesamten städtischen Bevölkerung.
- b Bei 40% der versorgten Siedlungen erstreckte sich der Dienst auf über 90% der bewohnten Flächen.
- c Die hauptsächlich vorhandenen sanitären Probleme waren mit der Abfallbeseitigung verbunden.

Zur Zeit wird im ganzen Land an der Verbesserung der Müllbeseitigung gearbeitet, besonders auf folgenden Gebieten:

- a Aktualisierung der sanitären Gesetzgebung
- b technische Weiterqualifizierung des Leitungs- und Kontrollpersonals der Dienstleistungen
- c Untersuchung der Besonderheiten dieser Dienste in den verschiedenen Gemeinden des Landes in Hinsicht auf:

- 1 Untersuchung der Zusammensetzung und der physikalisch-chemischen Eigenschaften der Abfälle.
- 2 Festlegung von Richtzahlen für das Aufkommen von Müll aus den Haushalten, dem Handel und der Industrie.
- 3 Ermittlung der Effizienz der Müllabfuhrsysteme.
- 4 Auswertung der Müllbeseitigung in sanitärer und wirtschaftlicher Hinsicht.
- 5 Wirtschaftliche Untersuchung der Dienstleistungen.

Bei der Verbesserung dieser Dienste im ganzen Land muss die Beteiligung der Bevölkerung über die Massenorganisationen bei der Durchführung von Reinigungs- und Verschönerungsarbeiten der Städte hervorgehoben werden. Diese Aktivitäten haben auch vom Gesichtspunkt der Gesundheitserziehung der Bevölkerung eine überragende Bedeutung.

In bestimmten Städten gibt es einige Probleme mit Luftverschmutzung, obwohl sie nicht den gleichen Umfang haben wie in den hochindustrialisierten Ländern. Vor 1959 wurden Situationen geschaffen, die für die heutigen Probleme grundlegend sind; von denen möchten wir hervorheben:

- 1 Fehlende Kenntnis der Probleme und absolut fehlendes Interesse von Seiten der Regierung.
- 2 Als Folge davon gab es niemals einen finanziellen Fonds noch eine Ausbildung von Fachgruppen, die Fähig zur Analyse und Kontrolle der Situation gewesen wären.
- 3 Fehlen von verantwortlichen Organen für Regional- und Stadtplanung, was die anarchische Entwicklung der Städte zur Folge hatte.
- 4 Die vorhandene unbrauchbare Gesetzgebung, ohne technische Basis, wurde zudem noch häufig zugunsten privater wirtschaftlicher Interessen verletzt.

Die hauptsächlichlichen Quellen der Luftverschmutzung sind in Kuba die Industrie und der städtische Transport, in einigen Städten ausserdem das System der Müllbeseitigung. Zu Beginn des Jahres 1970 schlossen wir uns dem Lateinamerikanischen Netz für die Messung der Luftverschmutzung an, und die erste Messtation wurde in Havanna in Betrieb genommen.

Später wurde das Netz der für die Hauptstadt vorgesehenen Stationen erweitert, was in Übereinstimmung mit dem Leitplan für die Stadt die Auswertung des Problems im ganzen Stadtgebiet ermöglicht.

Die Perspektivpläne für das kommende Jahr fünf sehen die Errichtung des nationalen Netzes von Messtationen in allen problematischen Orten und Regionen des Landes vor.

Die wichtigste Massnahme zur Vorbeugung und Kontrolle der Umweltverschmutzung, besonders der Luftverschmutzung wird durch die richtige Verteilung der verschiedenen, die Struktur einer Stadt ausmachenden Elemente gebildet.

Deshalb wurden die Regional- und Stadtentwicklungspläne im ganzen Land aufgestellt unter Berücksichtigung der Verhütung der Luftverschmutzung und unter Beachtung der weiteren Umweltfaktoren.

Diese planerische Grundlagenarbeit wird durch eine angemessene Gesundheitsgesetzgebung entsprechend den realen Bedingungen und Entwicklungsperspektiven unterstützt.

Zahnheilkunde

Im entsprechenden Kapitel über den Arbeitskräftestand im Gesundheitswesen gehen wir auch auf die Probleme des Personals in der Zahnheilkunde ein.

In diesem Abschnitt geht es um die Dienstleistungen. Im Jahre 1959 arbeiteten nur 250 Dentisten im öffentlichen Gesundheitsdienst, mit nur etwa zehn Wochenstunden Dienst im Schnitt. Bis auf einige Ausnahmen waren sie schlecht ausgestattet und auf Notfallbehandlung und Zahnextraktion beschränkt.

Von dieser schon geringen Anzahl befand sich obendrein noch die Mehrheit in den grösseren Orten, besonders in der Hauptstadt. Es ist klar, dass die Zahnbehandlung auf den privaten Praxen der Dentisten beruhte und folgerichtig nur von der Minderheit in Anspruch genommen werden konnte, die imstande war, die Honorare zu bezahlen. Ausserdem waren sämtliche Massnahmen von rein kurativem Typ.

Nach der Vereinheitlichung und Zusammenfassung der zahnärztlichen Dienstleistungen in den ersten Jahren der Revolution wurden sie auch materiell besser ausgestattet und in den Polikliniken und Krankenhäusern des Gesundheitsministeriums untergebracht. Später wurden neue Einrichtungen installiert und es entwickelte sich das Dienstleistungsnetz, das augenblicklich aus 487 Einrichtungen im ganzen Land besteht, darunter befinden sich 98 Zahnkliniken, 56 Einrichtungen in Landkrankenhäusern und bewegliche Einheiten.

Die Zahnkliniken bringen, ausser einem vollständigerem Dienstleistungsangebot, auch eine neue Konzeption von der Arbeitsweise des Zahnarztes, die bis dahin traditionell vereinzelt war. Mit der Schaffung der Zahnkliniken entstand die kollektive Arbeit in der Zahnheilkunde, was günstige Rückwirkungen auf die wissenschaftliche Weiterbildung der Zahnärzte und auf die Qualität ihrer Arbeit hatte.

Die Zahnklinik ist die höchstentwickelte Einheit in unserem Netz von zahnmedizinischen Einrichtungen. In ihr werden ausser den elementaren Dienstleistungen der Zahnheilkunde, wie Zahnextraktion, Füllungen und Prophylaxe, spezielle Dienstleistungen der Zahnheilkunde geleistet, wie Prothetik und zahnärztliche Chirurgie. Heute wird in den höchstentwickelten Kliniken auch Unterricht in Zahnheilkunde auf allen Ebenen erteilt (Studenten, Assistenzärzte in der Facharztweiterbildung, Zahntechniker und Hilfsberufe).

Der steigende Umfang der durch die zahnärztlichen Dienstleistungen erfüllten Aufgaben lässt sich an den Behandlungszahlen ablesen, die im entsprechenden Kapitel aufgeführt sind. Wir möchten hier nur daran erinnern, dass in den letzten zehn Jahren sich die zahnärztlichen Behandlungen vervierfacht haben.

Betrachten wir nun die präventiven Aufgaben. Die während mehr als 20 Jahren

in zahlreichen Ländern der Erde gewonnenen Erfahrungen und durchgeführten Forschungen zeigten, dass das Fluor das wertvollste und wirksamste Element zur Verhütung der Zahnkaries ist, über das wir heute verfügen. Der Umfang des Problems und der durch die Benutzung des Fluor augenscheinlich erzielte Nutzen rechtfertigen für die nächste Zukunft die Durchführung spezieller vorbeugender Massnahmen gegen die Zahnkaries.

In Kuba besteht ein hoher Verbreitungsgrad von Zahnkaries. Es wurden noch keine tiefgreifenden Studien über den Fluorgehalt im Wasser durchgeführt. Im März 1949 wurden im Nationalen Institut für medizinische Hydrologie und Klimatologie in Havanna die Bestimmungen des Fluorgehalts in den kubanischen Gewässern durchgeführt. Die bei 77 Proben von unterschiedlichen Orten gewonnenen Ergebnisse wurden auf dem Dritten Nationalen Zahnärztekongress in Havanna im November 1950 vorgestellt. Im Januar 1951 wurde die Arbeit im Mitteilungsblatt des Nationalen Instituts für Hydrologie und medizinische Klimatologie in Havanna wiederholt, wobei 209 verschiedene Wasserproben auf den Fluorgehalt untersucht wurden. Die Messungen ergaben, dass in den Gewässern der Insel keine oder nur minimale Fluormenge vorhanden sind, die nur in Ausnahmefällen über 0,4 ppm liegen, nämlich in acht von 209 Fällen.

Später, 1954, wurde eine Studie über den Fluorgehalt der Gewässer der Provinz Oriente durchgeführt. Dort wurden in den Ausläufen der Sierra Maestra Brunnen mit einem Fluorgehalt zwischen 0,15 und 1,25 ppm gefunden; diese Konzentration ist bis heute die höchste geblieben.

Im Jahre 1967 wurde von einer Studiengruppe der zahnärztlichen Fakultät von Oriente eine Untersuchung in der Gemeinde Ti Arriba bei Guantanamo durchgeführt. Dort fanden sie in drei Brunnen, deren Wasser Fluoranteile zwischen 1,5 und 8,41 ppm enthielten, und in dieser Ortschaft wurde ein beträchtlich gehäuftes Vorkommen von 'fleckigem Zahnschmelz' festgestellt. Weitere Fälle von Zahnfluorose wurden in der Zone von Buenaventura, von Holguin und Mayari bekannt.

Augenblicklich wird von der Nationalen Hygienegruppe beim Viceministerium für Hygiene und Epidemiologie ein Programm für das Studium des Fluorgehaltes in den kubanischen Gewässern durchgeführt. Nach diesem Programm werden ein Jahr lang monatliche Proben in allen Ortschaften mit über 2.000 Einwohnern und aus allen oberflächlichen und unterirdischen Gewässern entnommen. Obwohl mit diesem Programm noch nicht das gesamte nationale Territorium untersucht wurde, übersteigen die bisherigen Ergebnisse nicht 0,3 ppm ausser einer Zone in der Provinz Oriente (Buenaventura und Holguin), in der 3 bis 4 ppm gefunden wurden.

Aus all dem stellt sich die Notwendigkeit der Fluorierung des Trinkwassers, welche nach folgenden Verfahren durchgeführt werden soll:

- a Erste Etappe: Fluorierung des Trinkwassers in allen Städten über 50.000 Einwohner.
- b Zweite Etappe: Fluorierung der weiteren Wasserleitungen des Landes, entsprechend 75% der Bevölkerung.
- c In jeder Zeit: Installierung von Fluorierungseinheiten in allen neuen Wasserversorgungseinrichtungen, die im Land gebaut werden.

Die Ernährung

Es ist erwiesen, daß Ernährungsmängel in unterentwickelten Ländern gehäuft anzutreffen sind. Die Ursachen dafür sind sehr unterschiedliche, sie sind hauptsächlich in den Bereichen der Wirtschaft, Landwirtschaft, Gesundheitswesen und Erziehung angesiedelt.

Die Ernährungsprobleme sind demnach sehr eng mit der allgemeinen Entwicklung des Landes verbunden. Man kann sie nicht isoliert nur durch Gesundheitsprogramme angehen, sondern als Teil eines allgemeinen, multisektoriellen Programms, welches gleichzeitig die verschiedenen ursächlichen Faktoren in Angriff nimmt.

Bevor wir näher auf unser Land eingehen, erinnern wir an eine in den unterentwickelten Ländern sehr bekannte Tatsache : Die Kindersterblichkeit, speziell die der Kinder unter 5 Jahren, ist besonders hoch; die Kinder, die überleben, sind von kleinem Körperwuchs; sowohl Säuglinge als auch Kleinkinder sind sehr anfällig für Infektionen und Parasitenerkrankungen. Schließlich sind in den Gebieten mit Unterernährung anzutreffen: erhöhte Sterblichkeit, geringe körperliche Entwicklung, Verzögerungen in der psychomotorischen Entwicklung und häufig dauernder Hirnschaden.

Das Wachstum der Säuglinge und Kleinkinder wird direkt beeinflusst durch die Ernährung und indirekt durch Krankheiten, die die Unterernährung ihrerseits hervorbringt. Nicht selten ist in den Ernährungsstudien die Angabe zu finden, daß sich solche Kinder in ihrer Entwicklung durchschnittlich unter der 3. Perzentile befinden, vergleicht man sie mit Kindern aus entwickelten Ländern.

Untersuchen wir eine Anzahl von Indikatoren und Faktoren, die etwas über die Mortalität in der aktuellen Situation unseres Landes aussagen.

Die Kindersterblichkeit lag 1974 bei 28,9 pro 1000 Lebendgeborene. Davon starben 18,6 während der ersten 28 Lebenstage, 10,3 während des restlichen Jahres. Die Mortalität zwischen 1 und 4 Jahren betrug 1974 1,2 pro 1000 Einwohner, ein den entwickelten Ländern sehr ähnlicher Wert.

Der Prozentanteil der Sterblichkeit bei Kindern unter 5 Jahren an der Gesamtsterblichkeit betrug 1967 21,7% und fiel bis 1974 auf 13,2%. Es ist offensichtlich, daß viele Faktoren diese Zahlen beeinflussen. Nicht weniger sicher ist die Tatsache, daß es ohne ausreichende Ernährung unmöglich gewesen wäre,

die Mortalität in diesen Altersgruppen zu senken.

Betrachten wir nun die spezifische Mortalität einer Krankheitsgruppe, bei der kindliche Todesfälle in direkter Verbindung zu einem Zustand der Unterernährung stehen: akute Durchfallserkrankungen, Masern, Keuchhusten und Tuberkulose.

Die Mortalitätsrate betrug bei Gastroenteritis 1962 58,8 pro 100000. Sie fiel bis 1974 auf 8,4 pro 100000 Einwohner.

Bei den Masern betrug 1974 die Mortalitätsrate 0,4 pro 100000 Einwohner, 75,7% der Todesfälle betrafen Kinder unter 5 Jahren.

1974 betrug die Mortalität bei Keuchhusten 0,3 pro 100000 Einwohner, beschränkt hauptsächlich auf das erste Lebensjahr.

Die Mortalität bei Tuberkulose ist unter 15 Jahren praktisch gleich Null, sie macht 0,9% der gesamten Tuberkulosemortalität aus. Diese beträgt 3,4 pro 100000.

Im Jahre 1973 umfaßte in Kuba die Mortalität von Gastroenteritis, Masern, und Keuchhusten 9,4% der Gesamtmortalität bei Kindern unter 5 Jahren, während der geschätzte Anteil von 1967 für Lateinamerika 23% beträgt.

Wichtigster ursächlicher Faktor für die Mortalität dieser drei Krankheiten ist die Unterernährung. Würden die Mortalitätsraten der USA für diese Krankheiten auf Lateinamerika übertragen, so müßten wir mit nur 5000 Todesfällen anstatt 226000 rechnen, d.h. 98% der Todesfälle wären vermeidbar.

Die niedrige Mortalität bei über 1-jährigen Kindern zeigt, daß die Ernährungsprobleme hauptsächlich während des ersten Lebensjahres auftreten, das ist unterschiedlich gegenüber dem größten Teil der unterentwickelten Länder.

Das mütterliche Stillen wird selten angewandt, besonders selten im städtischen Milieu, und die Entwöhnung findet zu früh statt. Unterernährung wird häufiger bei Frühgeborenen festgestellt, allerdings kann während der ersten Monate diese Mangelsituation behoben werden. Die Wechselbeziehung Ernährung-Infektion ist eine Erscheinung mit epidemiologischer Wichtigkeit in unserer Umwelt.

Die Unterernährung tritt generell früh, meistens im ersten Lebenshalbjahr, auf, und entspricht dem klinisch als Marasmus beschriebenen Typ. Die Fälle schwerer Eiweiß- und kalorischer Unterernährung vom Typ Kwashiorkor sind hierzulande wenig bekannt.

Im Jahre 1967 wurde der Ernährungszustand der Bevölkerung von San Andres de Caiguanabo untersucht, einer Landgemeinde mit dem traditionellen Schwerpunkt des Tabakanbaus. Dort wird gerade mit einem Viehzuchtentwicklungsplan begonnen. Es ist dort eine junge Einwohnerschaft mit 46,2% unter 14-Jährigen und 2,2% über 65-Jährigen. Man machte dort klinisch-anthropometrische und diätetische Studien bei einer repräsentativen Stichprobe der Bevölkerung.

Die Hälfte der Kinder unter 6 Jahren hatten ein Körpergewicht von über 90% der Norm, während 42% zwischen 76 und 90% lagen; nur bei 6% wurde Unterernährung

2. Grades festgestellt. Kein einziger Fall von Unterernährung 3. Grades wurde gefunden.

Die klinischen Symptome, die am häufigsten auftreten, legen einen Vitamin-B-Komplex-Mangel nahe. Es gab keinen Anhalt für endemischen Kropf in dieser Gegend. Die tägliche Pro-Kopf-Nahrungsmenge bestand aus 2490 Kalorien mit 59,1g Protein, die 9,4% der Gesamtkalorienzahl ausmachten. Man fand die Diät ausreichend, wenn auch nicht genügend Vitamin-A vorhanden war.

Eine weitere ähnliche Untersuchung wurde 1968 in dem Ort Alquizar, in einer flachen Gegend nahe der Hauptstadt, durchgeführt, wo Gemüse, Zuckerrohr, Obst, Zitrusfrüchte und Tabak angebaut werden.

70% der Vorschulkinder hatten ein Körpergewicht, das innerhalb der Norm oder darüber lag, 25% hatten Unterernährung 1. und 5% 2. Grades. Das Körpergewicht der 6-17-Jährigen war befriedigend, es gab nur wenige mit einem Gewicht unter 85% der Norm. Kein Fall von Unterernährung 3. Grades wurde gefunden.

Die Durchschnittsdiät war etwas niedrig in der Kalorienzahl, bezüglich Kalzium und Vitamin A ebenfalls, die weiteren Bestandteile entsprachen den Empfehlungen.

Mit dieser Vorgeschichte wurde im Mai 1972 eine Forschungsarbeit über Wachstum und Entwicklung der kubanischen Bevölkerung begonnen, einer transversalen Studie mit zufälliger Auswahl von 56000 Einwohnern zwischen 0 und 19 Jahren, bei nationaler Streuung und mit dem Rahmen der Häuser- und Wohnraumzählung von 1970. Bei jedem Probanden wurden 15 anthropometrische Messungen durchgeführt, die Eltern wurden befragt und ihre Größe gemessen. Bei 10% der Stichproben wurden Röntgenaufnahmen der linken Hand und des linken Handgelenks angefertigt. Diese Studie wird uns im ersten Jahr die Distanzkurven und im ersten Teil des zweiten Jahres die Kurve der Wachstumsgeschwindigkeit bestimmen. Da in der Studie eine Zählung der Familien mit Kindern unter 20 Jahren durchgeführt wird und diese nach ihrem Alter geordnet werden, werden die Untersuchungen Aufschluß über die bestehenden Beziehungen zwischen Familiengröße und Ernährungszustand der Kinder unter 5 Jahren geben.

Die Studie wird 1979 wiederholt werden, um die möglichen Veränderungen zwischen zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen zu sichern. Auf diese Weise wird in regelmäßiger und angemessener ~~XXXXX~~ Art die epidemiologische Überwachung des Ernährungszustandes unserer Bevölkerung sichergestellt.

Da die Untersuchung im nationalen Rahmen vorgenommen wird, können diejenigen Gebiete mit nachteiliger Situation selektiv mit größerer Genauigkeit studiert werden, um die Gründe aufzudecken und vordringliche Maßnahmen mit dem Einsatz unserer Mittel einzuleiten.

In Kuba wird ein System der gleichmäßigen Lebensmittelzuteilung für die ganze Bevölkerung angewandt, wobei auf den Schutz der bedürftigsten Gruppen (Kinder, Schwangere, Alte und Kranke) besondere Aufmerksamkeit gerichtet ist.

Pro Kopf und Tag sind in Kuba Lebensmittel von 2650 Kalorien und 64g Protein, davon 29g tierischen Ursprungs, verfügbar als Minimum. Das ist eine reale und keine scheinbare Pro-Kopf-Menge, da die Zuteilung bei der Lieferung erfolgt und nicht einfach gemittelt wird, indem man die gesamte Menge an Lebensmitteln durch die Anzahl der Einwohner teilt. Dies ist die gängige Art der Berechnung solcher Pro-Kopf-Werte, und oftmals werden damit große Verbrauchsunterschiede verschleiert.

Unabhängig von dieser gleichmäßigen Verteilung auf familiärer Ebene gibt es als zusätzliche Ernährung zahlreiche Zentren für kollektive Ernährung.

Die Programme für kollektive Ernährung, die durch das MINSAP sehr direkt unterstützt und überwacht werden, sind ein Faktor, der den Ernährungszustand unseres Volkes sehr beeinflusst.

Der Ausbau dieser Zentren erreichte sowohl die jüngste Gruppe der Bevölkerung (Säuglinge und Kleinkinder), als auch die Gruppe der Werktätigen (Arbeiter und Bauern).

Die Kinderkrippen und -gärten liefern Nahrung für über 45000 Kleinkinder unter 6 Jahren. Diese werden während der Tageszeit betreut, was den Müttern ihre Arbeit außerhalb des Haushalts ermöglicht. Die Einbeziehung der kubanischen Frau in die produktive Arbeit ließ diese Dienstleistungen erheblich ansteigen.

Die Teilnahme der Kinder an solchen Einrichtungen hat sich in einem Jahrzehnt fast verzwanzigfacht und es gibt weiterhin große Nachfrage.

Der Impuls der kubanischen Revolution für die Erziehungspläne ist bekannt. Die Schaffung einer großen Anzahl Stipendien machte eine beträchtliche Ausweitung der schulischen Essensversorgung notwendig. Die durchschnittliche tägliche Anzahl ausgegebener Mahlzeiten im schulischen Bereich betrug 1971 520000 gegenüber 73023 1963.

Die Werktätigen nutzen massenhaft das System der kollektiven Verpflegung sowohl im industriellen als auch im landwirtschaftlichen Bereich. 1971 wurden täglich durchschnittlich 810000 Werktätige in Gemeinschaftseinrichtungen verpflegt, das sind über 6 mal so viele wie 1965. Während der Zuckerrohrernte und weiterer landwirtschaftlicher Großeinsätze waren es noch 327000 mehr. Insgesamt nutzen über 1,5 Mio. Personen diese Dienstleistung.

Es bleibt hervorzuheben, daß die Gemeinschaftsverpflegung in den Kinder- und Schülereinrichtungen gratis ist, während die Werktätigen sie teilweise gratis, teilweise zu minimalem Preis erhalten. Die steigende Nachfrage verlangt den Ausbau von Zentren zur Vorfertigung von Essen.

Gegenwärtig bestimmen nicht die wirtschaftlichen Faktoren den familiären Lebensmittelverbrauch. Vielmehr sind es soziokulturelle Faktoren. Da es keine Arbeitslosigkeit oder Unterbeschäftigung gibt, hat sich die Kaufkraft ausgeglichen

und auch die Verteilung findet zu vernünftigen Preisen statt. Was am meisten Einfluß ausübt, sind irrige Vorstellungen, Tabus in der Ernährung und schlechte Gewohnheiten in der Kinderaufzucht.

Die Alphabetisierungskampagne hat zur Verringerung dieser Faktoren beigetragen, sie können jedoch nicht in relativ kurzer Frist überwunden werden.

Die Aktivitäten der örtlichen Ebene des Gesundheitssystems in Bezug auf die Ernährung können nicht abgetrennt werden, sondern bilden einen Bestandteil der Planung der unteren Einheiten.

Die integralen Betreuungsprogramme für Mutter und Kind schließen gesundheitsfördernde Aktivitäten ein, indem die Mütter bei den Schwangerschafts- und Kindersprechstunden oder bei Hausbesuchen Gesundheitserziehung und -aufklärung erhalten. Spezielles Gewicht wird nach wie vor auf die Ernährungserziehung gelegt, da so zu einer korrekten Anwendung der verfügbaren Nahrungsmittel und zu ihrer hygienischen Zubereitung beigetragen werden kann.

Die frühzeitige Entdeckung unterernährter Kinder ist eins der grundlegenden Ziele unseres Dienstleistungsnetzes. Diese Fälle werden speziell beraten, sodaß sie im Falle einer interkurrenten Infektion in eine Kinderklinik eingewiesen werden können. Wenn andererseits ihr Gedeihen zu Haus gering ist und häufiges Auftreten von Unterernährung und Infektionen gefunden werden, werden sie in ein nutritives Erholungsheim bis zur kompletten Heilung eingeliefert.

Die direkte Beteiligung der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen an der Verhütung der kindlichen Unterernährung schließt Aktivitäten in der Poliklinik, im Kinder- und geburtshilflichen Krankenhaus, im nutritiven Erholungsheim und im jeweiligen Haushalt selbst über die Anleitung durch das Gebietspersonal ein.

IV GESUNDHEITSSTATISTIK
=====

Vor 1960 gab es in Cuba kein wirkliches System der Gesundheitsstatistik. Es wurde nur Teilinformation gesammelt über ansteckende Krankheiten und über Todesfälle, von der wenig Gebrauch gemacht wurde.

Die damals bestehenden Mängel machten sich folgendermassen bemerkbar: Das Teilregister für Todesfälle wurde für 1961 auf 10 % geschätzt. Die statistische Definition von "Lebendgeburt", die von spezialisierten internationalen Organen empfohlen wird, wurde nicht berücksichtigt. Das Teilregister für die ansteckenden Krankheiten war so beschaffen, dass bei einigen Krankheiten oft mehr Todesfälle registriert wurden; es gab kein qualifiziertes Personal, das sich der Gesundheitsstatistik widmete; Die Ausarbeitung der Information wurde auf der zentralen Ebene ohne Beteiligung der lokalen Ebenen durchgeführt.

Das System der Gesundheitsstatistik ist heute Teil des Systems der nationalen Statistik; letzteres ist der Junta Central de Planification (Planungsbehörde) zugeordnet. Die Verknüpfungen des Systems der nationalen Statistik und der statistischen Systeme der anderen Ministerien und Organe finden auf nationaler und provinzieller Ebene statt; erstere Koordinationen sind normativer Art, die zweiten operativer Art.

Die Hauptaufgaben des Systems der statistischen Information im Gesundheitswesen sind:

1. Versorgung des Gesundheitssystems mit den notwendigen Informationen für Diagnose, Entwicklung und Auswertung von Gesundheitsprogrammen.
2. Beratung des Gesundheitspersonals über statistische Verfahren in der Forschung.
3. Durchführung administrativer Untersuchungen, um die Situation der statistischen Informationssysteme kennen zu lernen.

4. Koordination mit dem nationalen System der Information und den Informationssystemen der anderen Organe.
5. Statistische Ausbildung des gesamten Personals des Gesundheitssystemes als auch der Gesundheitsfachleute und Techniker, die sie brauchen; Beteiligung an den Ausbildungskursen der medizinischen Schulen des Landes.

Es gibt im Ministerium für öffentliche Gesundheit ein nationales Direktorium für Gesundheitsstatistik, das direkt dem 1. Vizeminister unterstellt ist. Dieses Direktorium hat folgende Abteilungen:

- Abteilung für Statistik
- Abteilung für statistische Beratung der Forschung
- Abteilung für elektronische Berechnungen
- Abteilung für Registration von Gesundheitsfachleuten

Auf den Provinzialebenen arbeitet eine dem Provinzialdirektor unterstellte statistische Abteilung mit 3 Arbeitssektionen, in denen laufende Statistiken ausgearbeitet werden.

Auf der regionalen Ebene arbeitet eine dem Regionaldirektor unterstellte statistische Abteilung mit zwei Sektionen - Lebensstatistik und Dienstleistungsstatistik.

Auf der Krankenhausenebene arbeitet eine dem Direktor unterstellte statistische Abteilung mit den folgenden 3 Sektionen:

- Sektion für Aufnahme und Information
- Abteilung für externe Beratung
- Abteilung für Statistik

Auf der Ebene der Polikliniken arbeitet eine statistische Abteilung mit den zwei folgenden Sektionen

- Sektion für externe Beratung
- Sektion für Statistik.

Die Information, die aus den Krankenhäusern und Polikliniken

kommt, läuft über die regionale und provinziale bis zur nationalen Ebene; auf jeder Ebene wird die Information nach bestimmten Normen ausgearbeitet und tabelliert. Die Analyse und Verteilung an die Benutzer - sowohl die des Gesundheitssektors wie derjenigen ausserhalb - hängen von der Nachfrage ab.

Für die Erstellung jedes neuen Subsystems der Information werden folgende Schritte durchgeführt:

1. Definition der Ziele des neuen Subsystems
2. Bestimmung des Bedarfs an Information um die festgesetzten Ziele zu erreichen
3. Entwurf - in enger Koordination mit den anfordernden Stellen - des statistischen Subsystems, das den bereits genannten Erfordernissen genügt.
4. Erstellung der Formulare und Instruktionen über die Verfahren für die Einführung des Subsystems.
5. Durchführung eines Tests des entworfenen Subsystems und Durchführung der Auswertung.
6. Modifikation des geplanten Subsystems in Übereinstimmung mit der aus dem Test gewonnenen Information.
7. Einführung des Subsystems.

Für die statistischen Abteilungen aller Krankenhäuser des Landes gibt es seit 1964 (im Jahre 1971 revidiert) und für die statistischen Abteilungen der regionalen und provinziellen Polikliniken seit 1967 Normen für Organisation, Aufgaben, Methoden und Verfahren.

Die Überwachung und Beratung der Zentren für die Sammlung und Ausarbeitung der Daten wird üblicherweise von den regionalen, provinziellen und nationalen Ebenen in dem Bereich der Arbeit durchgeführt, der ihrer Jurisdiktion untersteht. Die Auswertung der Bestandteile des Systems wird bei den Supervisionsbesuchen und durch administrative Untersuchungen durchgeführt. Für Mediziner und Ernährungswissenschaftler ist ein Spezialgebiet für Biostatistik eingerichtet. Das Studium hat eine Dauer von 3 Jahren.

Ausgehend von einer abgeschlossenen 9-jährigen Grundausbildung im Rahmen des nationalen Erziehungssystems beginnt andererseits die Ausbildung des Technikers mit einem 3-jährigen Studienprogramm

bei dem über den Stoff des Spezialgebietes hinaus, Fächer der allgemeinen Ausbildung unterrichtet werden, die dem Schüler erlauben, das Niveau der abgeschlossenen Voruniversitätsausbildung zu erreichen.

Den Schülern, die nur den Abschluss des 1. oder 2. Studienjahres erreichen, wird ein Diplom als Hilfsstatistiker ausgestellt.

Es gibt im Land für Schüler des 1. und 2. Jahres 7, und für Schüler des 3. Jahres 5 Schulen; die Jahrgänge umfassen zur Zeit jeweils 151, 116 und 121 Schüler.

Die Verantwortung für die Erstellung der Information über Geburten liegt bei dem nationalen System der Statistik (Junta Central de Planificacion), und dem System der Gesundheitsstatistik unterstehen die Eintragungen der Geburten in Krankenhäusern. Zur Zeit werden mehr als 95 % der Kinder in Einrichtungen des Ministeriums für öffentliche Gesundheit geboren.

Das System wird gestützt durch das Gesetz 1175 aus dem Jahre 1965, welches verlangt, alle Lebendgeburten zu registrieren.

In dem Gesetz 1215 vom Oktober 1967 heisst es in einem seiner Abschnitte: "Die Eintragung aller Lebendgeborenen binnen 20 Tagen ist obligatorisch". In einem anderen Teil des Gesetzes heisst es "Wenn die Entbindung in einer medizinischen Versorgungseinheit (unidad de asistencia) stattfindet, wird das Neugeborene am gleichen Ort eingeschrieben, bevor es diesen verlässt und innerhalb einer Frist von höchstens 20 Tagen nach der Geburt".

Eine andere Anordnung ist der Beschluss No 31 des Justusministeriums vom 19. März 1971 der besagt:

"Die Direktoren der Gesundheitszentren die auf dem Land liegen sind berechtigt, Kinder jünger als 6 Monate, die ausserhalb der Zentren geboren wurden, zu registrieren".

Charakteristika der Information:

Die Kinder werden im ganzen Land erfasst. Die Qualität der gesammelten Daten ist in den wichtigsten Aspekten zufriedenstellend. Die grösste Fehlerhaftigkeit findet sich in den Daten, die die Schulbildung der Mutter und die Zahl der lebendgeborenen Kinder betreffen.

Das nationale statistische System (Junta central de planificacion) trägt die Verantwortung für die Information über Todesfälle. Das Register und die Sammlung von allen ärztlichen Bescheinigungen über Todesfälle (auch perinatale) gehört zu den Aufgaben des Systems der Gesundheitsstatistik.

Das System der Gesundheitsstatistik trägt die Verantwortung für die Kontrolle der Qualität der Daten, in ärztlicher und in verwaltungstechnischer Hinsicht, auch für ihre Klassifizierung. Diese Klassifizierung wird in den Provinzabteilungen durchgeführt, in denen man Karten mit den Daten der Toten anlegt mit der Absicht vorläufige Tabellen der Sterblichkeit zum provinziellen und nationalen Gebrauch anzufertigen.

Das System wird durch das Gesetz abgesichert. Durch das Gesetz 1175 von 1965 (oben schon angeführt), werden die Todesfälle, die sich in den ersten 24 Stunden des Lebens ereignen erfasst. Durch den Beschluss 513 des Gesundheitsministeriums aus dem Jahr 1969 wird allen Krankenhäusern und Polikliniken des Landes die Registratur und Sammlung von ärztlichen Bescheinigungen über Todesfälle (auch perinatale) auferlagt. Auf diese Weise wird die Zahl der nicht-registrierten Todesfälle vermindert.

Das ganze Land wird erfasst. Verglichen mit der Zeit am Anfang der 60er Jahre ist heute die Zahl der nichtregistrierten Todesfälle zu vernachlässigen. Die Qualität der gesammelten Daten ist zufriedenstellend. Um die Qualität der Information zu verbessern, schickt man sogenannte "cartas reparos" an den Arzt, der den Todesfall bescheinigt, und verwendet Bericht der ärztlichen Untersuchungskommission in den Kliniken, die die nekrologischen Befunde verarbeitet. Weiterhin werden alle Fälle, in denen die Mutter bei der Geburt stirbt und das stirbt, bevor es ein Jahr alt ist, gesondert erörtert.

Die Berichte, die auf der Grundlage der in den Provinzabteilungen erarbeiteten Daten angefertigt werden, erlauben eine vorläufige Beurteilung der Todesursache; Informationen, die weit verbreitet werden und auf allen Ebenen der Gesundheitsorganisation gebraucht werden.

Eine neuerliche Meinungsäusserung eines internationalen Experten qualifiziert die Geburts- und Todesstatistiken von Cuba als vollständig und findet einige sehr ausgearbeitete Fälle.

Die Kenntnis der Morbidität besteht aus 3 Faktoren:

- a) Die Feststellung von Krankheiten, die registriert werden müssen.
- b) Die Zahl der Entlassungen aus den Krankenhäusern.
- c) Die Informationen aus ärztlichen Gutachten wegen Pensionierung oder verminderter Arbeitsfähigkeit.

Das System der Registrierung von Krankheiten, die gemeldet werden müssen, gehört zu den Aufgaben des Ministeriums für öffentliche Gesundheit. Die Ungenauigkeit bei der Feststellung von Krankheiten hängt ab von der Grösse des Schadens, deswegen ist sie hoch für Krankheiten wie Windpocken, Parotitis, und geringer als 1 % bei jenen Krankheiten, für die Impf- und Kontrollprogramme existieren.

Charakteristiken der Information:

Die Qualität der gesammelten Daten ist zufriedenstellend. Die in den regionalen, provinziellen und nationalen Abteilungen erarbeiteten Daten werden weit verbreitet und benutzt.

Die Entlassungen aus den Krankenhäusern werden bisher nur in der Provinz Havanna und einigen Hauptstädten von Provinzen registriert, aber dieses System wird in Zukunft auf das ganze Land ausgedehnt.

Durch die Verwendung von elektronischen Datenverarbeitungsanlagen wird man die gesammelten Informationen in Zukunft optimal verwerten können.

Die Informationen aus dem Gebiet des Gesundheitswesens stammen von Krankenhäusern, Polikliniken und Lehreinheiten. Die Systeme werden auf nationaler Ebene organisiert und es gibt festgelegte Verfahren zur Erfassung für jedes von ihnen. Die wichtigsten sind:

- Krankenhausdurchgang
- externe Dienstleistungen

- geburtshilfliche Tätigkeit
- Versorgung der Neugeborenen
- Lehrtätigkeit.

Man glaubt, daß in naher Zukunft strukturelle Änderungen auf nationaler Ebene erfolgen werden, die eine größere Spezialisierung der nationalen Direktion der Statistik im Hinblick auf Verarbeitung und Analyse der Information gestatten werden, weil die berufliche Ausbildung (auch in Bezug auf Datenverarbeitung) von einem speziellen Zentrum übernommen wird.

Die medizinischen Labordienstleistungen

Für die administrative Gliederung der Labordienstleistungen folgt man gewöhnlich zwei Tendenzen. Eine von ihnen vereint die verschiedenen Fachrichtungen medizinischer Laborforschung in einer Organisation. Andere Länder trennen mehr oder weniger konsequent die mikrobiologischen und chemischen Hygieneleistungen von den übrigen (Klinische Chemie, Pathologie, Hämatologie, etc.).

Unser Land folgt der letztgenannten Richtung. Die mikrobiologischen Techniken und die chemische Hygiene, mit deren Entwicklung man erst vor relativ kurzer Zeit begonnen hat, wurde dem Aufgabenbereich des Nationalen Instituts für Hygiene, Epidemiologie und Mikrobiologie mit seinem Aussenstellennetz zugewiesen. Dieses Institut gehört zur Direktion des Vizeministeriums für Hygiene und Mikrobiologie.

Zu Beginn des vergangenen Jahrzehnts gab es nur in 4 Krankenhäusern des Landes Labors für bakteriologische Diagnostik, die eine sehr limitierte Anzahl mikrobiologischer Tests durchführten; die Tätigkeit bestand aus klinischer Diagnostik ohne Verwendung der Mikrobiologie bei präventiven oder epidemiologischen Massnahmen. Im ganzen Land gab es nicht mehr als ein Dutzend Berufstätige, die man als Spezialisten für Mikrobiologie bezeichnen konnte.

Während dieser Epoche arbeitet in La Habana das o.g. Nationale Institut für Hygiene, wo die Typhus-, Tollwut- und BCG-Impfstoffe hergestellt wurden und auch einige spärliche Massnahmen zur Kontrolle des Wassers, und der Nahrungsmittel durchgeführt wurden wie auch die mikrobiologische Diagnostik einiger menschlicher und tierischer Erkrankungen.

Während des vergangenen Jahrzehnts haben sich die Labors für Mikrobiologie und Sanitärkontrollen mächtig entwickelt. Die Dynamik der Entwicklung dieser Labors, ihre Ausrichtung und Gewichtung wurden durch die sanitäre Situation des Landes bestimmt, während die Limitierung durch unseren technischen Entwicklungsstand, die Personalausbildung und durch die Beschränkungen in der Geräteausrüstung bedingt wurden.

1959 nahmen die akuten diarrhoeischen Erkrankungen für alle Altersgruppen den 3. Platz als Todesursache in unserem Land ein. Im Programm zur Bekämpfung dieser Krankheit wurde die mikrobiologische Diagnostik der ursächlichen Keime, die Suche nach Keimträgern, vor allem in Kinderheimen und unter Personen im Umgang mit Nahrungsmitteln, und die Techniken zur mikrobiologischen und chemischen Kontrolle von Nahrungsmitteln und des Wassers zu Grundpfeilern der Krankheitskontrolle und zum initialen Antrieb für die beschleunigte Entwicklung unserer Labors für Mikrobiologie und Sanitärkontrolle.

Die Formulierung von Programmen zur Bekämpfung der Tuberkulose, Malaria, Diphtherie, etc. waren zusätzliche Stimuli für unsere Entwicklung.

Die Virologie begann mit ihrer Entwicklung in Verbindung mit dem Programm zur Beseitigung der Poliomyelitis. Die Aufstellung von Arbeitsplänen bezüglich der Kindersterblichkeit wie auch zur medizinischen Betreuung der Arbeiter regten die Schaffung von Labors für Ernährung und für Arbeitsmedizin an. Die Notwendigkeit der chemischen Nahrungsmittelkontrolle führte zur Entwicklung der Nahrungsmittelkunde und Toxikologie. Der wachsende Insektizidgebrauch in der Landwirtschaft bedingte die Schaffung eines Labors zur Erforschung dieser Substanzen und ihrer Abbauprodukte.

Um auf das im vergangenen Jahrzehnt erreichte Niveau zu gelangen, waren Anstrengungen in folgenden Richtungen erforderlich:

1. Ausbildung von qualifiziertem Personal
2. Gründung, Ausrüstung und Unterhaltung der Labors auf den verschiedenen Niveaus des Versorgungsnetzes
3. Schaffung eines Vivariums für Labortiere
4. Produktion von Impfstoffen, Kulturmedien, diagnostischen Seren, Antibiogrammscheiben, etc.
5. Normierung der technischen Laborarbeit, Überwachung und Unterstützung des Versorgungsnetzes zur Erfüllung dieser Normen
6. Forschung

Zur Zeit besteht das Netz der Labors für chemische Sanitär-
mikrobiologie aus folgenden Niveaus und Einheiten:

- 1 Institut nationalen Typs:
das Nationale Institut für Hygiene, Epidemiologie
und Mikrobiologie mit dem Standort in La Habana
- 7 Provinzlabors, eins für jede Provinzialdirektion des
Landes
- 28 Labors in den wichtigsten Regionen des Landes
- 54 Mikrobiologielabors in Versorgungskrankenhäusern

Dieses nationale Netz verfügt über 48 Hochschulabsolventen
und 51 Techniker im Institut, sowie über 121 Hochschulabsol-
venten und 607 Techniker im peripheren Versorgungsnetz. 102
Hochschulabsolventen und 290 Techniker für Mikrobiologie,
Sanitärchemie und Entomologie befinden sich in der Ausbildung.

Die Grundfunktionen des Instituts sind:

1. Die Normierung der technischen Arbeit des Versorgungs-
netzes. Sie wird für das ganze Land und für alle einge-
führten Techniken erstellt. Durch die Organisation von
4 nationalen multidisziplinären Tagungen über einen
Zeitraum von 10 Jahren wurde erreicht, dass sich breite
Spezialistengruppen zusammenschlossen, um die Durch-
setzung dieser Normen zu gewährleisten.
2. Überwachung und Unterstützung der peripheren Labors zur
Erfüllung der Normen und zur erforderlichen Entwicklung
deren technischer Arbeit.
3. Personalausbildung: In dem integralen Ausbildungssystem
für das Gesundheitspersonal ist das Nationale Institut
für Hygiene, Epidemiologie und Mikrobiologie für die
normierte Ausbildung des Facharztes und der Techniker
für Mikrobiologie, der Techniker für Sanitärchemie, der
Entomologietechniker und der Verantwortlichen für Nah-
rungsmittel verantwortlich. Am Unterricht für Mikro-
biologie nehmen auch die Medizinstudenten, die Fach-
ärzte für öffentliche Gesundheit, Epidemiologen, Sani-

tärarbeiter, etc. teil. Das Nationale Institut für Hygiene, Epidemiologie und Mikrobiologie ist auch das Weiterbildungszentrum für das Hochschul- und technische Personal des Versorgungsnetzes.

Ausser der Ausbildung des Facharztes für Mikrobiologie sind die übrigen Kurse auf Provinzebene dezentralisiert im Rahmen eines einheitlichen Programms.

4. Es führt einige Dienstleistungen des Versorgungsnetzes selbst durch: im wesentlichen die komplizierteren, die im Augenblick noch nicht dezentralisiert werden konnten wie z.B. die Phagentypisierung. Das Institut wirkt als nationales Referenzzentrum für die Laboratorien des Landes.
5. Die Forschungsarbeiten haben immer einen applikativen Charakter gehabt und wurden auf die Lösung von Problemen ausgerichtet, die im eigenen Gesundheitssektor aufgezeigt wurden.

Die Prinziallabors führen alle Untersuchungen durch - bzw. haben die Möglichkeiten hierfür, die auf einer niedrigeren Ebene ausgeführt werden und wirken als Referenzlabor für die ganze Provinz. In diesen Provinzlabors werden solche Analysen durchgeführt, die infolge der technischen Schwierigkeit, der hierfür erforderlichen Personalqualifikation und der Bedarfsfrequenz nicht notwendigerweise in Regional- oder Stadtlabors durchgeführt werden brauchen.

Diese Labors haben Lehrfunktionen für die Techniker der zugehörigen Fachrichtungen und für Medizinstudenten. Sie stellen einige Produkte für den provinziellen Verbrauch her, übernehmen die Verteilung anderer. Sie üben die technische Kontrolle und Hierarchisierung der von ihnen abhängigen Labors in Übereinstimmung mit etablierten Normen aus.

In den regionalen Labors werden chemische und mikrobiologische Analysen des Wassers, der Milch und anderer Nahrungsmittel zur Begutachtung hinsichtlich Verwendung und Verbrauch durchgeführt. Sie sind in der Lage, verschiedenartige Umweltkontrolluntersuchungen durchzuführen. Ferner führen sie mikrobiologisch-klinische Analysen durch und übernehmen in Gebieten mit einem

Krankenhaus, das noch nicht über ein Mikrobiologielabor verfügt, die Funktion des letzteren.

Die Mikrobiologielabors von Krankenhäusern führen mikrobiologische Untersuchungen zur klinischen Diagnostik eingewiesener Patienten aus und einige führen auch hygienische und epidemiologische Untersuchungen der Dienstleistungseinheit und der area durch, in der sie sich befinden.

Medizinische Forschung

Die eindrucksvolle weltweite Entwicklung der Wissenschaften im allgemeinen und der medizinischen Wissenschaften im besonderen und die Notwendigkeit, die Forschung auf diesem Gebiet zu organisieren, sind die objektiven Bedingungen, die in Kuba im Dezember 1972 die Bildung des Vize-Ministeriums für Lehre und Forschung des Gesundheitsministeriums bestimmen. Dieses geht davon aus, dass die Lehre und die Forschungstätigkeit zwei starke Pfeiler bilden, die notwendig sind, um eine Entwicklung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens zu erreichen.

Als erste organisatorische Massnahme bildet man im März 1973 die dem Vize-Ministerium für Lehre und Forschung unterstellte "Dirección Nacional de Investigación". Sie hat die Aufgabe, die Forschung im Gesundheitsministerium zu leiten, die Aktivitäten auf allen Ebenen der Organisation und die genannten nationalen Forschungsaufgaben besonders in den Forschungsinstituten anzuregen und zu kontrollieren. Sie entwirft ausserdem die einheitliche Vorgehensweise für die Forschung im öffentlichen Gesundheitswesen.

Die Arbeit der "Dirección Nacional de Investigaciones" und des Vizeministeriums für Lehre und Forschung wird ergänzt durch die des Nationalen Komitees für medizinische Forschung, das unter dem Vorsitz des Gesundheitsministers dafür verantwortlich ist, die Politik der medizinischen Forschung zu planen und die Richtlinien für diese Politik festzulegen.

All das hat eine immense Stärkung der Forschungstätigkeit mit sich gebracht und eine Organisation geschaffen, die die Erarbeitung einer für die Weiterentwicklung erforderlichen Strategie und Taktik erlaubt. Zusätzlich bildet der Staat im Juni 1974 den Nationalrat für Wissenschaft und Technik, im Bewusstsein der Notwendigkeit, Wissenschaft und Technik als Voraussetzung für den schnellen Ausweg aus der Unterentwicklung zu fördern.

Wie man sieht, sind die notwendigen organisatorischen Strukturen geschaffen worden, die eine Entwicklung der Forschung erlauben.

Das erste Ziel der medizinischen Forschung besteht darin, die Gesundheitsprobleme unseres Volkes kennenzulernen. Diese verlangen von der Forschung eine Antwort.

Danach ist es möglich, die notwendigen nationalen Untersuchungen zu unternehmen, die schon in grossem Ausmass durch die erreichte Organisationsstruktur abgesichert sind.

Die Forschung in Kuba auf dem Gebiet der medizinischen Wissenschaften wird durchgeführt in:

- Forschungsinstituten
- Lehrkrankenhäusern
- medizinischen Fakultäten
- Gesundheitsabteilungen.

In den letzten Jahren machten die Forschungsinstitute einen qualitativen Sprung, indem sie neue Technologien einführten und Fachkräfte ausbildeten. Mit akademischen Stipendien oder Studienreisen, die einen Austausch mit Instituten und Forschern von hohem internationalen Rang erlauben, vervollständigt jedes Jahr eine grosse Zahl von Fachleuten und Technikern Studien in Bezug auf Weiterbildung und Spezialisierung. Dies wird in Kuba durch das Förderungssystem des Gesundheitsministeriums oder durch die Kurse für Basis-Wissenschaften des Nationalen Zentrums für Wissenschaftliche Forschungen ermöglicht. Andererseits empfängt man Berater aus verschiedenen Ländern und internationalen Organisationen, wie dem Rat für gegenseitige Wirtschaftshilfe (RGW) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Dies hat ohne Zweifel bewirkt, dass die inhaltlichen Pläne unserer Institutionen sich festigen und an Qualität gewinnen. Durch die internationalen Studien, an denen unser Land beteiligt ist, sowie durch die mit den entwickelten Ländern abgeschlossenen Übereinkommen zur Zusammenarbeit gewinnen unsere Institutionen wertvolle Erfahrungen, die in grossem Masse dazu beitragen, dass sie ihre drei hauptsächlichen Ziele - Forschung, Lehre und qualifizierte medizinische Versorgung - erreichen. Sie folgen der strengsten wissenschaftlichen Methodik und vor allem tragen sie zur Befriedigung der Bedürfnisse bei, die

unser Volk in Bezug auf die medizinische Versorgung hat und die der Staat als Rechte garantiert.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt beinhalten die Pläne der Institute 240 Themen, die Teil der sich mehr und mehr konkretisierenden Forschungsrichtungen und Ergebnis der organisatorischen Veränderungen und der besseren Qualifikation unserer Forscher sind.

Neue Gruppen von Technikern bereiten die Bildung neuer Institute vor, doch sie folgen den durch das Nationale Komitee für medizinische Forschung festgelegten Richtlinien über das, was wir wollen und das, was wir auf dem Gebiet der medizinischen Forschung tun können. Die Forschung wird jedoch nicht nur durch die Institute betrieben. Auf allen Organisationsebenen wird geforscht, sowohl in den Lehrkrankenhäusern als auch in den Gesundheitsabteilungen; und so fördert man im ganzen Land die zur Weiterentwicklung notwendige Forschungstätigkeit. Eine wichtige Funktion haben die medizinischen Fakultäten, die den Professoren und Studenten ständig Anreize geben. Ausserdem ist der Wissenschaftsrat des Gesundheitsministeriums durch die "sociedades científicas" ein Katalysator der Aktivitäten gewesen, die sich in den letzten beiden Jahren im ganzen Land aussergewöhnlich stark entwickelten; es finden nationale und regionale Kongresse statt, Symposien, Seminare etc., an denen oft Wissenschaftler von Weltruhm teilnahmen.

Wir halten es für notwendig, die Bildung der sog. "Comites de investigacion" hervorzuheben, interdisziplinäre Gruppen aus verschiedenen medizinischen Fachleuten, die die Funktion von Expertengruppen übernehmen, gründlich die vom Ministerium aufgeworfenen Probleme studieren und Lösungen vorschlagen, die eine Anwendung der gewonnenen Resultate auf den entsprechenden Ebenen erlauben.

Ein gutes Beispiel dafür ist die Untersuchung über die perinatale Sterblichkeit, die seit 1972 durchgeführt wird.

Wir hoffen, dass die interdisziplinären Gruppen eine wertvolle und qualifizierte Hilfe sein werden und dass sie die erhofften

Resultate in der medizinischen Forschung Kubas bringen.

Unsere zukünftigen Aufgaben in Bezug auf die Forschung sind folgende:

1. die Arbeit des Nationalen Komitees für medizinische Forschung maximal weiterzuentwickeln
2. die Forschungsinstitute zu fördern
3. die für die Forschung notwendigen Fachkräfte auszubilden.

V Die Entwicklung der nächsten fünf Jahre

In der Periode der Entwicklung des Sozialismus in Cuba werden die fünf Jahre zwischen 1976-80 einen hohen historischen Rang einnehmen. Die Errichtung des Sozialismus ist ein bewußter Prozeß, der von der Partei entworfen und geleitet und von den arbeitenden Massen verwirklicht wird.

Die nächsten fünf Jahre werden von den Beschlüssen der Ersten Partei Kongresser gekennzeichnet sein, der für den 5-Jahres-Plan der cubanischen Wirtschaft Richtlinien geben wird.

Die bis jetzt in der Entwicklung des Gesundheitswesens erreichten Erfolge sind die feste Basis, auf die sich der Entwicklungsplan im Gebiet der Gesundheit für diese Periode stützen wird. Während dieser Periode wird die Priorität, die in der Revolution den Aufgaben der Gesundheit gewährt wurde, unverändert beibehalten. Auf diese Weise wird die ständige Entwicklung des Gesundheitsniveaus unseres Volkes gesichert werden.

Unter den wesentlichen Faktoren, die notwendig sind, um die Ziele im Gesundheitsbereich etwa 1980 zu erreichen, befinden sich Bildung und Vervollkommnung der großen Masse von Technikern und Hochschulgraduierten im Gesundheitsbereich, sowie die Bildung von allen Arbeitern dieses Gebietes. Das ist die Triebkraft, die den schnellen Fortschritt bei der Erfüllung der Aufgaben sichert. Auf diese Weise werden wir am Ende der fünf Jahre den Durchschnitt von einem Arzt pro 750 Einwohner, einem für Innere Krankheiten pro 3100 Einwohner und ungefähr 55 Gesundheitstechnikern pro 10.000 Einwohner erreichen. Der Bau von 7 Gesundheitsinstituten wird auf bemerkenswerte Weise diesen Plan antreiben.

Der nationale Plan zur Ausbildung von Spezialisten und zur Weiterbildung von Technikern und Hochschulgraduierten ergänzt die Bemühung um die Bildung neuer Gruppen. Dazu kommt noch die Bewegung zur Ausbildung der Arbeiter in diesem Gebiet. Dieser quantitative und qualitative Fortschritt, zusammen mit der

Maßnahme zur Ausdehnung der Praxis der wissenschaftlichen Organisation der Arbeit, wird eine hohe Produktion von Dienstleistungen erlauben und insbesondere eine hohe Produktivität der Arbeiter. All dies wird zu einer neuen Ausdehnung des Leistungsnetzes, sowohl in seiner Quantität wie in seiner Qualität, führen. 1980 wird die Bettenzahl ungefähr bis auf 5.9 pro 1000 Einwohner erhöht werden. Dazu werden der Bau neuer Krankenhäuser und einige Ausbauten der bestehenden, die Tausende von neuen Betten ergeben werden, beitragen. Dutzende von neuen Polikliniken werden erlauben, daß die Einwohnerzahl pro Poliklinik die Zahl von 25.000 nicht überschreitet. Die Deckung der Leistungen in der primären Betreuung wird auch noch verbessert werden. Jede neue Poliklinik wird mit einer Stelle für Innere Krankheiten für das entsprechende Gesundheitsgebiet versehen werden. Sie wird mit dem Bau von neuen Kliniken für Innere Krankheiten auch die spezialisierte Betreuung des zweiten Niveaus sichern.

Der Aufbau neuer Einrichtungen zur Sozialhilfe, wie die Altersheime und Einrichtungen für Behinderte, werden auch stark berücksichtigt werden.

Die Vervollkommnung des Leistungsnetzes, das die Pläne zur Einrichtung neuer Einheiten und zur Bildung des Personals erlauben wird, wird während der nächsten 5 Jahre Gelegenheit bieten, die neuen organisatorischen Themen der ärztlichen Betreuung im ganzen Land zu entwickeln und anzuwenden bei der primären Betreuung, besonders durch die Integration der Medizin in die Gemeinde. Die Vervollkommnung des Leistungsnetzes wird außerdem die Arbeit der Poliklinik vertiefen und die Bevölkerung mit dem Arzt verbinden. Die Vertiefung der Arbeit der Poliklinik auf dem Gebiet Mutter-Kind wird erlauben, daß das Sterblichkeitsniveau von Kindern unter einem Jahr geringer als 30 pro 1000 lebendige Neugeborene bleibt, und daß die Mütter-Sterblichkeit sinkt. Die Entwicklung der ärztlichen Betreuung für Schüler soll auch vertieft werden, bis die Masse der Schüler durch integrierte Leistungen versorgt ist.

Die Gesundheitsfürsorge für Arbeiter wird stark berücksichtigt, so daß das Studium und die Kontrolle der Schutz- und Hygienebedingungen und die ärztliche Betreuung gesichert werden. Das gilt besonders für Arbeiter, die bestimmten beruflichen Gefahren ausgesetzt sind und die in Kombination arbeiten. Es wird nicht bei den schon in den ersten Jahren der Revolution erreichten Erfolgen auf dem Gebiet der Kontrolle und Ausrottung ansteckender Krankheiten bleiben. Auch auf diesem Gebiet werden neue Fortschritte gemacht werden. Wie jetzt wird es weiterhin keine Polio, keinen Tetanus neonatorum, keine Malaria und keine Diphtherie geben. Tuberculose, schwerer Durchfall, Tetanus und andere Krankheiten werden sehr vermindert werden.

Die Studien und die Kontrollmaßnahmen gegen Verschmutzung von Wasser, Luft und Erdboden werden sich vermehren. Das ist im Augenblick von ganz großer Bedeutung, besonders, weil jetzt das Land sein industrielles Wachstum stark forciert und seine Landwirtschaft technisiert.

Die Entwicklung unserer Arzneimittelindustrie ist die Basis für den Erfolg der vorgeschlagenen Ziele. Die Modernisierung der Technologie, die Erzeugung neuer Arzneimittel, die Errichtung von Anlagen zur Erzeugung von Antibiotika, Hämoderivaten und parenteralen Lösungen sowie zur Erzeugung zahnärztlicher Arzneien, sind die bedeutensten Schritte auf diesem Gebiet.

Die Ausnutzung unserer natürlichen Quellen für Pharma-Rohstoffe wird unter den Anforderungen an die Industrie in den nächsten 5 Jahren große Bedeutung haben. Die Entwicklung der wissenschaftlichen Forschung wird auch für dieses Gebiet bedeutungsvoll sein. Der nationale Forschungsrat für das Gesundheitswesen (CONIS) wird in der nächsten 5-Jahres-Periode seinen höchsten Entwicklungsstand erreichen. Der Plan über die angewendeten bioärztlichen Forschungen wird unter einer Oberleitung ausgeführt werden. Diese Forschungen umfassen Krankheiten und Sterblichkeit, Bevölkerungsentwicklung, Umweltfaktoren, die die menschliche Gesundheit beeinflussen, die dynamische Struktur der Bevölkerung bezüglich der Gesundheit der Menschen und die technologische Entwicklung.

Im ersten Jahr der nächsten 5-Jahres-Periode werden die ersten Forschungsinstitute des Gesundheitsministeriums den zehnten Geburtstag feiern. Zu dieser Zeit werden auch andere neue Institute, die kürzlich geschaffen worden sind, sich mit ihren ersten Aufgaben beschäftigen. Diese neuen Institute sind: das Institut für Gesundheitsentwicklung, das Institut für Arbeitsmedizin und das Institut für Ernährung. Die Schaffung dieser 3 Institute wird eine Ausdehnung der Forschung im Gesundheitssektor erlauben. Alles das wird zusammen mit den Bemühungen der schon betriebenen Einrichtungen die notwendige wissenschaftliche Basis sein, auf die die Erfolge dieser Periode sich stützen werden.

Das ist ein synthetischer Entwurf der verheißungsvollen Zukunft, die uns jetzt die revolutionäre Entwicklung der Gesundheitsleistungen in Cuba verspricht.

Nationales Zentrum für die Information über Humanmedizin

Die Information, die die Ärzte vor der Revolution erhielten, hing völlig von ihrem eigenen Vermögen, sich Bücher und Zeitschriften zu kaufen, ab. Diese Bücher und Zeitschriften kamen fast ausschließlich aus dem Ausland, denn es gab keine Bibliothek, die erwähnenswert gewesen wäre, außer der Zeitschriftensammlung der Ärztekammer und der Bibliothek von der Medizinischen Hochschule von La Habana.

Die nationalen Veröffentlichungen waren knapp oder unregelmäßig. Diese Lage verschlechterte sich und wurde während der imperialistischen Blockade unüberwindlich. Deswegen beschloß der MINSAP 1965, eine nationale Leitung für die Information über Humanmedizin zu schaffen. Auf diese Weise wurde das Problem gelöst. Und dieses war eine nötige Maßnahme, um eine Leistung von Spitzenqualität mit technisch fähigem Personal, das über die letzten Fortschritte der nationalen und internationalen Medizin gut informiert ist, zu sichern.