

DOSYA/DERLEME**GUATEMALA SAĞLIK SİSTEMİ**

Eftal YILDIRIM*

Giriş; Guatemala, batıda ve kuzeyde Meksika kuzey doğuda Belize, doğuda Honduras ve güney doğuda El Salvador ile sınırları olan bir Orta Amerika ülkesidir. Pasifik Okyanusu güney kıyılarını oluşturur ve kuzey doğuda Karayip Denizi (Honduras Körfezi)'ne kadar uzanır. Yüzölçümü 108.889 metre karedir. Başkenti Guatemala City, bölgenin en büyük metropolüdür. (Encyclopædia Britannica). Guatemala 22 bölgeye ve bunlar da 331 belediyeye ayrılmıştır. Ülke nüfusu 13 000 000'dur (2005). Nüfusun yaklaşık %40'ını yerli halklar oluşturur. En çok konuşulan diller İspanyolca ve yirmiden fazla yerli dilidir (BBC NEWS, 2006).

1. Tarihsel Süreç; Guatemala diğer Latin Amerika ülkelerinden farklı olarak on yedinci yüzyıldaki büyük İspanyol istilasında zorla zaptedilememiş bir ülkeydi ancak İspanyol birliklerine direnen Maya ve Kiche uygarlıklarının mirasçısı olan yerlilerin kurduğu devletçikler, Hıristiyan misyonerlere karşı direnemedi. Bağımsızlığını 1821'de kazanan ülke, 1823'te bugünkü El Salvador, Honduras, Nikaragua, Belize ve Kosta Rika'yı da kapsamaktaydı. Süreç içinde bu ülkeler birlikten kopmuşlar ve günümüzde bilinen devletlere dönüşmüşlerdir.

Ülke tarihinde 1954'te başlayan ve 1996'ya kadar süren iç savaş süreci önemli bir yer tutmaktadır. Tüm ülkeyi sosyo ekonomik alan başta olmak üzere derinden etkileyen iç savaş, 1951'de seçilmiş ilk başkan olan Jacobo Arbenz'e karşı ordu tarafından düzenlenen bir darbeyle, 1954 yılında başlamıştır. Albenz 1954'te istifa etti ve Meksika'ya sığındı. Cuntanın başına Carlos Castillo Armas geçti. 1957'de bir suikast sonucunda öldürüldü. Yerine ise Luis Arturo

Gonzalez Lopez geçti (Wikipedia, 2006). İç savaşın iki yoğunlaşma dönemi oldu. Birinci dönem 1954 – 1970, ikincisi ise 1980 – 1990 arasıdır. 1982'de darbe yapan Rios Montt yönetimi, en fazla katliamın görüldüğü dönem olmuştur. Bu dönemde ülkede direniş gösteren çeşitli örgütler birleşerek Guatemala Ulusal Devrimci Birlikleri (URNG)'yi kurdular. 1991 yılında iktidara gelen Jorge Serrano Elias, "Nihai Barış İnisiyatifi" adı altında barış planını açıkladı ve URNG ile görüşmeler yaptı. 3 Aralık 1996 tarihinde ise kesin ateşkes sağlandıktan sonra 29 Aralık'ta Nihai Barış Anlaşması yapıldı. Anlaşmanın temel ilkeleri arasında; hükümetin insan haklarını savunacağı, ihlal etmeyeceğinin garanti altına alındığı, Guatemala halkının iç savaş boyunca gizlenen tüm gerçekleri öğrenme hakkının olduğu, sosyal adaleti ve kalkınmayı gerçekleştirmek için toplumdaki tüm değişik katmanların ve halkın ortak çabasının gerekli olduğu, devletin itici güç olarak yasaları belirlemede, kamu yatırımlarında ve hizmette yönlendirici olması nedeniyle vergilerin yükseltilmesine gereksinim duyduğu ve sosyal alandaki yatırımlar için özel yetkiye gerek olduğu yer aldı. Anlaşma metninde ayrıca, gelişme sürecinde refah düzeyinin yükselmesi, sağlık sorunlarının aşılması, yeterli eğitimin sağlanması, sosyal ve mesleki eğitimin sağlam bir gelişme için ön koşul olduğu vurgulandı (Özgür politika, 2006).

2. Ekonomik Durum; Guatemala, Orta Amerika ülkeleri arasında Brezilya, Arjantin ve Şili'nin dörtte biri kadar gayrisafi milli hasıla (GSMH)'sı olan, en geniş ve en fazla nüfusa sahip ülkesidir. 1996 yılında iç savaşın sona ermesinden sonra yaşanan 1998'deki mali kriz, ekonomik gelişmeyi engellemiştir. 2002 yılında IMF ile stand by anlaşması yapılmış ve ardından 2003'te uzatılmıştır. 2004'te kişi başı toplam sağlık harcaması 256 dolar, toplam sağlık harcamasının Gayrisafi yurt içi hasıla'ya

*Dr., Toplum ve Hekim Dergisi Yayın Kurulu Üyesi

oranı %5.7 olmuştur. Aynı yıl kişi başı ulusal gelir 4410 dolardır.

Tarım üretimi GSMH'nin dörtte birini, dış satımın üçte ikisini ve işgücünün yarısını oluşturmaktadır. Kahve, şeker ve muz ana ürünlerdir. Ekonominin ağırlığı, GSMH'nin %85'ini oluşturan özel sektördedir. Dış satımının %39.9'unu, dış alımının ise %28.9'unu gerçekleştirdiği ABD, ülkenin en büyük ticaret ortağıdır. Limanlar ve hava alanları gibi bazıları özelleştirilen kamu hizmet kurumlarına sınırlanmış olduğundan iş etkinliklerine devletin katılımı zayıftır. Ülke, CONDECA (Orta Amerika Savunma Konseyi) üyesi ve Rio Paktı'nın katılımcısıdır. Mart 2005'te genellikle CAFTA olarak bilinen, "ABD ve Orta Amerika Serbest Ticaret Anlaşması" nı onaylamıştır.

Gelir dağılımında çok fazla eşitsizlik bulunmaktadır. Nüfusun en zengin %10'luk dilimi tüm ulusal gelirin yaklaşık yarısını, en zengin %20 ise üçte ikisini almaktadır. Bunların sonucunda da geri kalan %80 nüfus yoksulluk içinde yaşamakta ve üçte iki nüfusu oluşturan yaklaşık sekiz milyon kişi şiddetli biçimde, yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. 1998'de yerli nüfusun %91.3'ü yoksulluk sınırının altında yaşamaktaydı. Açık işsizlik oranı 1995'te %3.7'den, 1999'da %5.6'ya yükselmiştir.

Devletin sosyal gelişmeyi belirleyen, bebek ölüm hızı ve okur yazarlık gibi ölçütleriyle de Guatemala, dünyadaki en kötü ülkeler arasında yer almaktadır. 1999'da okuma yazma oranı %31.7 idi (US Department of State, 2006).

3. Sağlık Sistemi; 1960'ların ortalarına kadar, pazar tabanlı, bağımlı gelişim koşullarına dayalı yapısı olan Latin Amerikan sağlık sistemleri bölgenin zenginlik kaynaklarının çarpık dağılımını yansıtmıştı. Devleti de içeren biçimde sağlık kaynaklarının çoğu tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılmıştı ve bunlar, seçkin kimselerin gereksinimlerine hizmet edilen büyük şehirlerde yoğunlaşmıştı. Bölgedeki bir çok ülke için 1964'te PAHO (Pan American Health Organisation) sağlık sistemini akılcı duruma getirebilmenin ilk adımını atma niyetiyle, sağlık sisteminin tanıtımına kaynak aktarmış ve bunların aktarımında yapısal gelişmeler sağlamıştı. Bu tarihten sonra bu taahhütün tekrardan ulusal sağlık planlarının ve "2000'de herkese sağlık" amaçlarının köşe taşı niteliğinde bir temel bakım olduğu, Latin Amerikan Sağlık Bakanları'nın 1973 kabulüyle teyit edildi. Guatemala ise bunun dışında kaldı. Teknokratlar, planı etkin biçimde uygulamada başarısız oldular. Hiç bir kurum sağlık sektörünü planlamadan sorumlu olmadı. Beş yıllık planlar bağlantısız, her biri ayrıcalıklı çıkar grup ve yapılarının amaçlarını yansıtan küçük planlardan oluşturuldu. Oligarşik yapı kaynakların gerektiği biçimde aktarılmasını engelledi. Gerçekleştirilen reformlar Amerikan Kalkınma Bankası, PAHO ve UNICEF gibi iki ve daha fazla taraflı kurumların ürünü olarak kavramlaştırıldı, düzenlendi ve yazılı duruma getirilerek gerçekleştirildi ama bu değişiklikler köktenci yapıyı değiştirmede (Fiedler, 1985).

3.1. Sağlık Verileri; Latin Amerika'daki sağlık verileri incelendiğinde en kötü performans gösterenler arasında

yer almaktadır. Doğumda beklenen yaşam yılının en az ve bebek ölümlerinin en fazla olduğu ülkelerden biridir. Guatemala'daki ölüm nedenlerinin en başında halen tedavi edilebilir ishal, pnomoni, kolera ve tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıklar ve malnütrisyon gelmektedir.

Guatemala'lılar temel sağlık hizmetlerinden yoksun olmalarını belirgin biçimde hissetmektedir. Yoksullukta görülen sağlık sorunlarını tedavi etmek için gerekli olan kamu harcamaları, önleyici sağlık hizmetlerine doğru kaymıştır. Bu çabalara karşın harcamalar ve sağlık verileri belirgin olarak gelişme göstermemiştir. Ek olarak, sağlığa ilişkin kamu harcamaları iyi hedeflenmemiştir (Britannica, 2006).

1997'deki aşılama oranları; tüberküloz için %88, difteri-boğmaca-tetanoz için %83, polio için %83, kızamık için %74 idi. Bütün rutin aşılar devlet tarafından yapılmaktadır. Nüfusun en fakir yarısının sadece %60 oranında, asgari günlük kalori gereksinimini sağlamakta olduğu tahmin edilmektedir. Günlük vitamin gereksinimini karşılamaya yönelik olarak, yiyeceklerin güçlendirilmesiyle bazı adımlar atılmıştır. Şeker, vitamin A ile beyaz un da demir ile güçlendirilmektedir. 2000'de ortalama yaşam beklentisi 65 idi. 2002'de Guatemala'da sağlık personeli yardımıyla doğum yapanların oranı %41.4 idi. 1984 ve 1996 yılları arasındaki HIV prevalansı her 100 yetişkin için 1.38 idi. Siyasal şiddet ve sorunlar yoksullukla birlikte 200 000'den fazla çocuğu ana babasız bırakmıştır. Bunlara malnütrisyon ve psikolojik sorunlar da eklenmiştir. (WHO, 2006a). 1999'da yerleşik her 100 000 kişinin 85'inde tüberküloz ortaya çıkmıştır. 2000 yılında nüfusun %92'si güvenli içme suyu ve %85'i yeterli sanitasyon koşullarına kavuşmuştur. Doğumda beklenen yaşam yılı (2004); erkek; 68, kadın; 71, Sağlıklı Yaşam Beklentisi (2002); erkek; 54.9, kadın; 59.9, 5 Yaş altı ölüm oranı (2004); erkek ve kadın; binde 45, 15-60 Yaş arası ölüm oranı (2004); erkek; binde 276, kadın; binde 152'dir. (WHO, 2006b). Çocuk ölüm hızı; binde 45 (2002), Yetişkin ölüm hızı; (binde) erkeklerde 276, kadınlarda 152'dir (WHO, 2006a).

3. 2. Finansman; 2003'teki toplam sağlık harcaması 235 dolar olan ülkede, kişi başı kamu sağlık harcaması 93 dolardır (WHO, 2006b). Sağlık alanına ayrılan payı gösteren bazı parasal ölçütlerin değerlendirilebileceği tablolara bakıldığında, 1999 – 2004 arasında ülkenin kamusal kaynaklarının, giderek azalan miktarda sağlığa ayrıldığı görülmektedir. Tablo 1'deki toplam sağlık harcamalarının ulusal gelire oranına bakıldığında 1999-2004 arasında görece olarak oranın arttığı (%1) görülmekte ancak Tablo 2'deki verilerle karşılaştırıldığında, bu artıştan kamu sağlık harcamalarının yararlanmadığı ve %8.1'lik bir azalmanın olduğu anlaşılmaktadır. Tablo 3'e bakıldığında ise özel sağlık harcamalarının payının giderek arttığı (%8.1) görülmektedir. Sağlığa ayrılan kamu kaynaklarının oranını gösteren Tablo 4'e bakıldığında bir miktar artış olduğu (%2.4) görülmektedir. Sağlık için kullanılan dış kaynakların 1999 – 2004 yılları arasındaki oranlarına bakıldığında 1999'da %2.4 olan oranın,

2003'te 3.8'e kadar yükseldiği ancak 2004'te düşerek %2.3 olduğu Tablo 5'te görülmektedir. Sosyal güvenlik alanına yönelik yapılan harcamaların da yine aynı yıllar arasında giderek azaldığı (%6.8) Tablo 6'dan anlaşılmaktadır. Guatemala halkına yönelik tüm bu olumsuz gidişin en çarpıcı örneğini Tablo 7'deki veriler oluşturmaktadır. Özel sağlık harcamaları içindeki cepten harcamaların oranını gösteren bu tabloya göre %4.9'luk bir artış görülmektedir (WHO, 2006b).

3. 3. Örgütlenme; 1998 yılı itibarıyla sağlık hizmeti alamayan nüfusun tamamını kapsayan ve temel sağlık hizmeti sunmayı hedefleyen SIAS (Comprehensive Health Care System) (Kapsamlı Temel Sağlık Hizmeti) düzenlendi. Bu amaçla sağlanan kaynaklar, bir organizasyon içinde toplum katılımıyla kullanılacak ve sağlık verilerinde değişiklik sağlanacaktı. SIAS'ın temeli, kamu personelinin destek ve denetimindeki gönüllülerin katılımıyla, sağlık hizmetlerinin basitleştirilmesi ve özel olarak ulaştırılmasına dayandırılmaktaydı. Bu "toplum katılımcıları"ndan, onlara teknik, lojistik ve karar verici destek sağlayan, geleneksel sağlık personeline benzemeyen ve toplumla iç içe yaşayan bir sağlık ekibiyle beraber çalışmaları beklenmekteydi. Bu amaçla bireylerin sağlık hizmeti gereksinimi göz önüne alınarak, toplumun epidemiyolojik profiline göre asgari sağlık hizmeti için özen gösterilecek durumlar belirlendi. Bu alanda yer alan etkinlikler;

a) Gebelerin neonatal monitorizasyonu, tetanoz aşılmasının yapılması, demir desteği, nakil ve lohusalık döneminde bakım sağlanması,

b) Çocuklara yönelik sağlık hizmetlerindeki aşılama, akut solunumsal ve ishaller hastalıkların kontrolü ve 2 yaş altındakilere beslenme değerlendirmesi yapılması,

c) Acil ve akut hastalıkların (ishal, kolera, solunum yolu enfeksiyonları, sıtma, tuberküloz, kuduz) yerel epidemiyolojik göstergelere göre bakımını içermekteydi. Sağlık Yasası'nın amacı sağlık sektörü reformunda yer alan değişikliklerin yerine getirilmesini ve canlı tutulmasını sağlamaktı. Bu yasa kendini, "sağlık sektörü" tanımını içeren yenilikçi görüşlerle birleştirerek, sağlık hizmeti açığında insan kaynaklarının kullanılması ve yapılandırılmasının gözetilmesiyle, sağlık hizmetlerinin alt yapısını ve gelişimini düzenlemek için hükümete ve Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na önerilerde bulunacak olan Ulusal Sağlık Konseyi'ni oluşturdu. Yasa özellikle sağlığın gelişimine ve önleyici hizmetlere öncelik verilmekteydi (PAHO, 2006).

Guatemala'nın sağlık sistemi temel olarak üç büyük sektöre dayanmaktadır; geçmişte bağımsız olarak görev yapan kamu sektörü (public), kar amaçlı olmayan özel sektör (private nonprofit), ve kar amaçlı özel sektör (private for profit). Tüm sistemin sağlık kapsamının çok düşük düzeyde olduğu tahmin edilmektedir. Nüfusun %40'ından fazlası temel sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Kamu sektörünün önderliğini, daha önce de belirtildiği gibi Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı

Tablo 1. Toplam sağlık harcamalarının ulusal gelire oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
4.7	5.5	5.4	5.2	5.4	5.7

Tablo 2. Toplam sağlık harcamalarının içinde kamu sağlık harcamalarının oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
48.3	39.8	38.1	36.9	39.7	40.2

Tablo 3. Toplam sağlık harcamalarının içinde özel sağlık harcamalarının oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
51.7	60.2	61.9	63.1	60.3	59.8

Tablo 4. Toplam kamu harcamalarının içinde kamu sağlık harcamalarının oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
17	16.2	15.4	14.1	15.3	19.4

Tablo 5. Sağlık için kullanılan dış kaynakların toplam sağlık harcamalarına oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
2.4	3.4	2.5	2.2	3.8	2.3

Tablo 6. Sosyal güvenlik harcamalarının sağlıktaki genel kamu harcamalarına oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
54.8	52.3	51.0	52.0	50.5	48.0

Tablo 7. Özel sağlık harcamaları içindeki cepten harcamaların oranı (%)

1999	2000	2001	2002	2003	2004
85.6	89.7	90.0	90.5	91.9	90.5

yaşamaktadır ve halka yönelik hizmetlerin doğrudan ana sağlayıcısıdır. Diğer kamu sağlayıcıları, devlete hizmet eden silahlı kuvvetler ve ulusal polisi içeren özel grupların sağlık hizmetini kapsamına almaktadır. IGSS, rejimle yakın ilişkili çalışanları kapsayan kendi hizmet ağına sahiptir. Kar amaçlı olmayan özel sektör, 1100 adet sivil toplum örgütünü kapsamaktadır. %80 oranında koruyucu hizmetleri, %20 oranında klinik hizmetleri sunmaktadır. Kar amaçlı özel sektör ise sigorta paketleri, ön ödemeli tıbbi hizmetler ile tıp merkezleri ve hastaneler aracılığıyla hizmet sunmaktadır.

1999'da Sağlık ve Sosyal Refah Bakanlığı'nın 1352 kuruluşu bulunmaktaydı. Bunlardan 43'ü hastane idi (17'si Bölüm (department), 10'u mahalle, 7'si bölge, 6'sı özel dal, 3'ü genel hizmet düzeyindeydi). Kanton düzeyinde 29 A tipi ve 234 B tipi Sağlık Merkezi, 973 Sağlık Evi, 48 çevresel acil merkez ve 15 Ana-çocuk Sağlığı Merkezi

bulunmaktaydı. Ülkede yatak nüfus oranı binde bir idi. IGSS'nin ulusal hastanelere bağlı 24 hastanesi, 30 konsültasyon ofisi, 18 temel sağlık birimi ve 5 servisi bulunmaktaydı. Toplam 2447 yatak, binde 1.4'lük bir oran sağlamaktaydı. Guatemala City'de 360 yataklı Kamu Psikiyatri Hastanesi ve Ruh Sağlığı birimi bulunan 6 ulusal hastane vardı.

İlaçlar, özel bir ağ ile kamu ve özel eczanelerde satılmaktadır. İlaç üreten 85 ulusal, 2 yabancı laboratuvar vardır. 1997'de Bakanlık, IGSS ve Askeri Tıp Merkezi'nin katılımıyla ilaç alım fiyatlarının müzakere edilmesi amacıyla bir sistem kurulmuştur.

3. 4. İnsan gücü; 1999 verilerine göre hekim sayısı; 9965, her 1000 kişiye düşen hekim; 0.90, hemşire sayısı; 44986, her 1000 kişiye düşen hemşire; 4.05, diş hekimi sayısı; 2046, her 1000 kişiye düşen diş hekimi; 0.18'dir. (WHO, 2006b). Sağlık insan gücü kentlerde yoğunlaşma eğilimindedir. Doktorların kent kır oranı 4'e 1, profesyonel hemşirelerin 3'e 2'dir. Guatemala'da master dereceli 80 Halk Sağlığı uzmanı bulunmaktadır (PAHO, 2006).

Sonuç; Tüm bu değerlendirmeler ışığında, tipik bir geri kalmış kapitalist Orta Amerika ülkesi olan Guatemala'nın halkı, benzeri durumdaki diğerleri gibi kendi kaynaklarından sağlığına yeterli pay ayrılmayan, gün geçtikçe daha çok cepten özel harcama yapmak zorunda kalınan ve sağlık ölçütleri çok olumsuz özellikler gösteren bir sağlık sistemi altında yaşamaktadır. Sağlık insan gücünün çok yetersiz olduğu göze çarpmaktadır. Ülke tarihine bakıldığında da diğer Latin Amerika ülkelerinin çoğunda görülen kapitalist sömürü süreci, otuz altı yıl süren iç savaşın süresi dışında farklı değildir. Bu ülkenin insanların geleceklere de Küba, Venezüella ve Bolivya'da

olduğu gibi kapitalist sömürüye karşı koyma dirençlerine bağlı olacaktır.

KAYNAKLAR

BBC NEWS web sayfası (2006) http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/country_profiles/1215758.stm

Britannica web sayfası (2006) <http://www.britannica.com/eb/article-40939/Guatemala>

Fiedler JL. (1985) Latin American health policy and additive reform: the case of Guatemala. *Int J Health Serv.*;15(2):275-99.

Özgür politika gazetesi web sayfası (2006) <http://www.ozgurpolitika.com/>

PAHO web sayfası (2006) Pan American Health Organization. Country Profile from the Health in the Americas: 1998 Edition Volume II. "Guatemala." <http://www.paho.org/English/HIA1998/Guatemala.pdf>

US Department of State web sayfası (2006) <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2045.htm>

WHO web sayfası (2006a) <http://www.who.int/countries/gtm/en/>

WHO web sayfası (2006b) Annex Table 1 Basic indicators for all Member States <http://www.who.int/whr/2006/annex/en/>

Wikipedia Özgür Ansiklopedi web sayfası (2006) <http://tr.wikipedia.org/wiki/Guatemala>