

– Il nous faut aussi attacher une attention particulière aux voies non médicales d'améliorer la santé (adduction d'eau potable, aménagement sanitaire, éducation, nutrition, etc.). Et nous devons apprendre à organiser les réalisations de développement économique de façon à éviter des effets négatifs qu'elles pourraient entraîner pour le bien-être des populations concernées: à titre d'exemple, je mentionnerai les dangers d'une irrigation qui favoriserait les vecteurs de la malaria ou de la bilharziose ou les risques de malnutrition liés aux cultures d'exportation.

– Car c'est à ce niveau, celui de la faim, celui de la non-satisfaction des besoins fondamentaux tels que le logement, le vêtement, etc., celui aussi de l'absence d'espoir et de confiance en soi, que la médecine devient une sorte de rocher de Sisyphe: la misère détruisant au fur et à mesure les hommes que la médecine tente d'aider. Tant que l'amélioration générale du niveau de vie pour tous les hommes n'est pas postulée comme but premier du développement, nous aurons le sentiment de soigner des écorchures sur un corps gangrené.

Avant de conclure, il me faut aborder rapidement les conséquences pratiques que nous tirons de ces réflexions et de l'analyse des expériences que nous avons faites. Il ne suffit pas que la coopération suisse au développement érige, ici ou là, un hôpital ou un dispensaire, si utile soit-il. Il lui appartient surtout de s'associer à la mise en place, par le pays en développement, d'un système cohérent. Assumant le caractère complémentaire de notre apport,

il nous faut, de cas en cas, analyser à quel niveau l'intervention d'une aide étrangère peut se révéler le plus utile. Il est des pays qui ont déjà réussi à établir un réseau de personnel soignant dans les villages et qui recherchent un soutien extérieur pour des réalisations au niveau scientifique et technique le plus élevé. D'autres, désireux de renverser l'ordre de priorités qu'ils avaient adopté ces dernières années, ont besoin de ressources financières et humaines pour étendre vers les villages la structure de soins. Ce qui compte, dans ce secteur comme dans tous les autres domaines du développement, c'est la disponibilité des pays riches à lever les obstacles auxquels s'achoppent nos partenaires du tiers monde.

Les extraordinaires conquêtes de la science, et leur application à la lutte contre la maladie et la mort, entraînent un double risque: considérer les malades comme des enfants, qu'il faut prendre en charge, ou comme des machines, qu'il faut réparer. Or, nous savons aujourd'hui qu'il n'y a de santé que si elle est voulue et vécue consciemment par tous. De même qu'il faut faire participer le malade à sa guérison, il faut faire participer chaque homme au développement de sa société.



Pierre Aubert, Conseiller fédéral

Referat

von Bundesrat Pierre Aubert an der Konferenz für Entwicklungszusammenarbeit 1978

Bern, 15. Juni 1978

Ich freue mich besonders, unter Ihnen weilen zu können, die Sie von der offiziellen Schweiz ein entschiedeneres Einstehen für die Völker fordern, welche gegen das Elend und für die volle menschliche Anerkennung – und die Rechte, welche diese einschliesst – kämpfen. Dies ist für mich die erste Gelegenheit, Sie zu begrüßen und mich Ihnen vorzustellen: eine willkommene Gelegenheit, an der Diskussion über das «Wie» der Entwicklungszusammenarbeit teilzunehmen.

Der Kontakt zwischen einem Mitglied des Bundesrates und den Praktikern der Entwicklung, zwi-

schen der Verwaltung und den privaten Hilfswerken ist mehr als ein blosses, von Jahr zu Jahr anlässlich dieser Tagung wiederholtes Ritual. Er ist Ausdruck einer dauernden Beziehung in der Arbeit, einem gemeinsamen Bemühen darum, der Stellung der Schweiz in der Welt mehr Kohärenz zu verleihen.

Sicherlich geht es nicht darum, um jeden Preis die völlige Übereinstimmung, sondern vielmehr in stetem Bemühen nach Antworten zu suchen, die den Erfordernissen der Entwicklung besser entsprechen. Angesichts der Grösse und Vielschichtigkeit der Aufgabe wird niemand behaupten wollen, er habe die Lösung. Wir können nur dann Fortschritte

erzielen, wenn jeder bereit ist, offen über seine Erfahrungen, die Erfolge wie die Misserfolge zu reden. Und es tut insbesondere not, dass wir zusammen der Dritten Welt Gehör schenken, um uns wirksam an ihren Anstrengungen beteiligen zu können. Sie ist es in der Tat vor allem, welche heute die Hauptverantwortung für den Kampf um eine verbesserte Lebenslage trägt; in den Entwicklungsländern selber werden heute die Ziele und Strategien dieses Kampfes entwickelt. Welchen Wert hätten Debatten, in welchen wir uns hier, in unserer Geruhsamkeit, ja unserem Luxus, um Lösungen für die benachteiligten Bevölkerungen der Dritten Welt bemühten. Entwicklung fällt nicht in den Schoss, sondern wird gebaut.

In diesem Sinne lade ich Sie ein, diese Tagung dem Austausch von Erfahrungen und Informationen zum Thema Gesundheit in der Dritten Welt zu widmen.

*

Warum die Wahl dieses Themas? Der Augenblick, so glauben wir, ist gekommen, das zu überdenken, was wir in diesem Bereich gelernt haben, teilweise dank den Projekten, an deren Durchführung wir seit 15 und mehr Jahren beitragen. Denn während dieser Jahre hat sich hinsichtlich der Wege und Mittel zur Erreichung eines befriedigenden Gesundheitsniveaus in der dritten Welt eine wahre Revolution des Denkens vollzogen.

Eine der Wurzeln der Aktivitäten technischer Zusammenarbeit liegt in der – durch die Nächstenliebe inspirierten – Reaktion auf das skandalöse Elend des einzelnen, im Willen, wenigstens die schreiendsten Leiden zu mildern. So kam man dazu, etwas naiv zu glauben, dass von allen Massnahmen, die zugunsten der armen Völker getroffen werden konnten, eine wenigstens unbestreitbar nützlich sei, ihnen nämlich die Wohltaten moderner Medizin zur Verfügung zu stellen. Das medizinische Handeln wurde als aus sich heraus gut und als von jeglicher politischer oder ökonomischer Überlegung völlig unabhängig betrachtet. Was tat es, dass der Arzt Ausländer war, die Medikamente eingeführt wurden; gab es doch Männer wie Albert Schweitzer, die sich mit Leib und Seele dem Heilen und Pflegen hingaben.

Die neulich unabhängig gewordenen Länder mussten indessen feststellen, dass die Voraussagen bezüglich der Senkung der Sterblichkeit – insbesondere der Kindersterblichkeit – allgemein viel zu optimistisch waren. Nach den ersten Siegen, die in der Tat errungen wurden, nach den Erfolgen gewisser weltweiter Kampagnen, die zum Beispiel zur Ausrottung der Pocken führten, nach zwei oder drei Jahrzehnten der Anstrengungen stiess man an eine Schwelle.

Während derselben Zeit hatten gewisse Länder völlig neuartige Wege gesucht. So die Volksrepublik China, welche in diesem ausgedehnten Land eine Pyramide von Gesundheitsdiensten schuf, die gleichzeitig die Basisversorgung im entlegensten Dorf wie den Fortgang einer Forschung höchster Qualität sicherstellt.

Die Grenzen moderner Medizin sind immer deutlicher geworden, sei es durch die Untersuchung der Ursachen bestimmter Misserfolge, sei es durch die Erprobung neuer Lösungen:

– Die Investitions- und Betriebskosten der westlichen Medizin haben Grössenordnungen erreicht, welche ihre rasche Verbreitung ausserhalb Reichweite gewisser Entwicklungsländer bringt. Sie sehen sich deshalb vor heikle Entscheidungen gestellt: entweder die hauptsächlichsten Ursachen der Volkskrankheiten zu bekämpfen und auf die Behandlung bestimmter Leiden zu verzichten oder einer begrenzten Gruppe der Bevölkerung – den Stadtbewohnern auf Kosten der Landbewohner zum Beispiel – eine Medizin zur Verfügung zu stellen, welche alle in den reichen Ländern verfügbaren materiellen und wissenschaftlichen Mittel beizieht. Doch bleiben derartige Oasen der Gesundheit ständig bedroht, wenn die Mehrheit der Bevölkerung in der Krankheit belassen wird. Also nicht nur die Erfordernis der Gerechtigkeit hält dazu an, auf die erste Möglichkeit der Alternative zu setzen.

– Die Übernahme westlicher Medizin schliesst ein, der Ausbildung auf Hochschulniveau gemäss weltweit anerkannten Programmen den Vorrang zu geben, um so die Verbindungen der Ärzteschaft in den internationalen Weiterbildungs- und Forschungszentren zu ermöglichen. Der Mangel an Mittel führt leicht von der Vorrangigkeit zur Ausschliesslichkeit. Zusätzlich zum Umstand, dass zu selbständiger Arbeit fähiges Pflegepersonal mittleren Niveaus fehlt, bereitet die medizinische Universitätsausbildung schlecht auf die Arbeit unter den Ärmsten vor. Wird übrigens ein Mediziner so ohne weiteres bereit sein, seine Kenntnisse seinen benachteiligten Mitbürgern zur Verfügung zu stellen, wenn er einer privilegierten Gruppe angehört, während zehn Jahren eine Ausbildung nach fremdem Zuschnitt genoss und häufig eingeladen wird, eine Stelle in einem reichen Land anzunehmen? Zahlreich sind die Länder, in deren Städte ein derartiger Ärzteüberfluss herrscht, dass manche ihren Beruf aufgeben, während in den Dörfern weder Krankenschwestern noch Hebammen zu finden sind.

– Diese moderne Medizin beruht auf einer Forschung im Ausland, auf deren Prioritäten die Länder der Dritten Welt keinen bestimmenden Einfluss zu nehmen vermögen. Als Folge davon stellt man fest, dass Probleme, die in der Dritten Welt als vorrangig empfunden werden, kaum untersucht werden, weil sie in den reicheren Ländern bereits gelöst

worden sind. Der Typhus interessiert die Welt der Wissenschaft kaum noch, und doch ist er in der Dritten Welt nicht weniger Todesursache. Erhalten die Masern – bei uns eine harmlose Krankheit, aber tödlich für durch Hunger geschwächte Organismen – genügend Aufmerksamkeit? Es gibt so etwas wie eine Erscheinung von Schwachsichtigkeit, wenn in den Laboratorien der Industrieländer die Ziele festgelegt werden sollen, die es verdienen, angestrebt zu werden. Die Programme der Erforschung tropischer Krankheiten, welche durch die Weltgesundheitsorganisation durchgeführt werden, spielen in diesem Bereich eine wesentliche Rolle, nicht nur als Unterstützung der Forschung in der Dritten Welt, sondern ebensowohl als Anregung für diejenige der Industrieländer. Und wenn man konkret zum Angriff auf eine der grossen Epidemien schreitet, welche die dritte Welt heimsuchen – und es ist das Verdienst schweizerischer pharmazeutischer Unternehmen, dies zum Beispiel für die Bilharziose oder die Tuberkulose getan zu haben –, so wird der Kostenfaktor zu wenig berücksichtigt. Wie Sie, habe ich durch die Presse erfahren, dass sich die Basler chemische Industrie anbot, für die ärmsten Länder abgestufte Preise einzuführen. Dies ist ein wertvoller Beitrag. Doch damit diese Massnahme möglichst Früchte trägt, muss die Auswahl der Medikamente den vorrangigen Bedürfnissen dieser Länder entsprechen und die Belieferung zu bescheidenen Preisen regelmässig sein. Wenn im gleichen Zuge eine Unterstützung der Schaffung nationaler Forschungs- und Produktionsmöglichkeiten gewährt würde, erhielte der Beitrag seinen vollen Wert. Da der Preis dieser Medikamente natürlich Komponenten für den Forschungsaufwand aufweist – mit eingeschlossen für Forschungen, die nicht zum Ziel führten –, Komponenten für Werbung und Markenschutz enthält, so kann man sich nur darüber freuen, wenn schweizerische Industrien bei lebensnotwendigen Produkten darauf verzichten, diese Kosten durch die Bevölkerungsschichten tragen zu lassen, die in der Welt über die geringsten Zahlungsmittel verfügen.

– Die Geringschätzung, welche die moderne Medizin der traditionellen Medizin gegenüber zeigt, führt zu einer doppelten Verschwendung: einerseits zu einer «Verschwendung» in der einen oder anderen Weise von fähigen Personen, die zur Linderung von Leiden beitragen können, und andererseits zu einer Verschwendung von Kenntnissen, die im Laufe von Jahrhunderten erworben wurden. Die traditionelle Medizin ist kein Unkraut, das es selbst auf die Gefahr hin auszureissen gilt, dass ganze Bevölkerungen der Gesundheitspflege und des Vertrauens in ihre eigene Kultur beraubt werden. Sie ist vielmehr ein Zweig, den man in vielen Fällen auf profundere biologische Kenntnisse auf-

pfropfen kann. Es ist deshalb wichtig, dass die Experten der technischen Zusammenarbeit, die mit medizinischen Aufgaben betraut sind, den einheimischen Heilpraktikanten mit Respekt begegnen und sich bemühen, die Wirkungsweisen der traditionellen Gesundheitspflege zu verstehen. Diese Haltung dürfte eine allmähliche Integration der alten und neuen Medizin erlauben. Auch in diesem Bereich hat China einen vielversprechenden Weg aufgezeigt.

– Die moderne Medizin setzt, um zugunsten von allen wirken zu können, ein kohärentes wirtschaftliches und soziales System, vielfältige Austauschmöglichkeiten, Kommunikationsnetze und Sozialversicherungen, die eine Risikoverteilung erlauben, voraus. Wir wissen, dass all dies in der Dritten Welt nur sehr lückenhaft vorhanden ist. Das Gesundheitswesen muss sich an diesen besonderen Umstand anpassen.

– Wenn ich lange von Problemen, die mit der Schaffung von medizinischen Strukturen in der Dritten Welt verbunden sind, gesprochen habe, und dies trotz der eher technischen Natur dieser Probleme, so ist es deswegen, weil ich zeigen wollte, dass heute die Perfektionierung der Heilmöglichkeiten dieser oder jener Krankheiten weniger wichtig ist als die Schaffung eines kohärenten Systems, welches es erlaubt, möglichst viele Personen zu pflegen und zu heilen und vor allem den physischen, sozialen und wirtschaftlichen Ursachen von Krankheiten vorzubeugen. Dieses System ruht auf einer Idee, welche auch in anderen Bereichen der Entwicklungszusammenarbeit zur Anwendung kommt: Probleme, welche auf der Ebene der Dörfer gelöst werden können (durch die traditionellen Hebammen, durch die Barfussmediziner, durch ein Minimum von Medikamenten, welche das traditionelle Arzneibuch enthält), müssen auf dieser Ebene gelöst werden, was eine regionale Struktur voraussetzt, welche solche Lösungen ermöglicht. Das Dorf erkennt natürlich die Fälle, mit denen es sich nicht befassen kann, und sondert sie aus, um sie auf die nächste Ebene weiterzuleiten. Die gleichen Prinzipien gelten für die nachfolgenden Ebenen, die für immer weitere und grössere Räume verantwortlich sind.

– Eine besondere Aufmerksamkeit müssen wir auch den nichtmedizinischen Einrichtungen (Trinkwasserversorgung, sanitäre Einrichtungen, Erziehungswesen, Ernährungswesen usw.) schenken. Und wir müssen lernen, wie die Durchführung der wirtschaftlichen Entwicklung organisiert werden soll, um die negativen Wirkungen zu vermeiden, welche diese für die Wohlfahrt der betroffenen Bevölkerungen nach sich ziehen könnte. Beispielsweise möchte ich die Gefahren einer Bewässerung in Zonen, wo die Malaria oder die Bilharziose herr-

schen, erwähnen, oder etwa die Risiken der Unterernährung beim Anbau von für den Export bestimmten landwirtschaftlichen Produkten.

– Denn in dieser Situation, die gekennzeichnet ist durch den Hunger, die Nichtbefriedigung von Grundbedürfnissen, wie zum Beispiel Wohnung und Bekleidung, oder auch durch mangelnde Hoffnung und fehlendes Selbstvertrauen, steht die Medizin gleichsam vor einer Sisyphusarbeit: das Elend zerstört in dem Masse die Menschen, in welchem die Medizin zu helfen sucht. Solange nicht die allgemeine Verbesserung der Lebensbedingungen für alle Menschen als erstes Entwicklungsziel postuliert wird, werden wir immer das Gefühl haben, Hautschürfungen auf einem brandigen Körper zu pflegen.

Bevor ich meine Rede beende, möchte ich noch kurz die praktischen Folgerungen aufzeigen, welche wir aus den vorgängigen Überlegungen und aus der Analyse der gemachten Erfahrungen ziehen. Es genügt nicht, dass die schweizerische Entwicklungszusammenarbeit da und dort ein Spital oder ein Dispensarium errichtet, so nützlich diese auch sein können. Sie muss sich vor allem an der Errichtung eines kohärenten Systems – durch das betreffende Entwicklungsland – beteiligen. Ausgehend vom komplementären Charakter unseres Beitrages müssen wir analysieren, auf welcher Ebene die ausländische Hilfe sich als am nützlichsten erweisen kann. Es gibt Länder, denen es bereits gelungen ist, genügend Personal für die Pflege in den Dörfern bereit-

zustellen, und die somit eine Unterstützung von aussen für Verbesserungen auf höchstem wissenschaftlichen und technischem Niveau suchen. Andere wünschen die Prioritätsordnung, die sie in früheren Jahren angenommen hatten, umzukehren und benötigen deshalb finanzielle Mittel und Personal, um das Gesundheitswesen vermehrt auf die Dörfer auszudehnen. Was in diesem wie auch in allen anderen Bereichen der Entwicklungszusammenarbeit zählt, ist die Bereitschaft der reichen Länder zur Beseitigung der Hindernisse, an denen sich unsere Partner in der Dritten Welt stossen, beizutragen.

Die ausserordentlichen Fortschritte der Wissenschaft und ihre Anwendung im Kampf gegen Krankheit und Tod ziehen ein doppeltes Risiko nach sich: Die Kranken könnten als Kinder betrachtet werden, die man in Obhut nehmen muss, oder gar als Maschinen, die zu reparieren sind.

Indes, wir wissen heute, dass Gesundheit nur möglich ist, wenn sie von allen gewünscht und bewusst angestrebt wird. Und so wie sich der Kranke an seiner Heilung beteiligen muss, muss jeder einzelne an der Entwicklung seiner Gesellschaft teilnehmen.



Pierre Aubert, Bundesrat

Editorial

Coopération médico-sanitaire au développement: malade, convalescente ou en bonne santé?

J. Martin¹

Le présent numéro de *Médecine sociale et préventive* pose plus de questions qu'il ne donne de réponses. Après que les Nations Unies eurent proclamé une première Décennie du développement, nous sommes maintenant au terme de la seconde, et l'évaluation du chemin parcouru et des perspectives d'avenir reste bien peu claire et pas souvent vrai-

ment optimiste. On parle de «stagflation» dans les pays industrialisés et de «croissance sans développement» dans le tiers monde; souvent, il y a de sérieuses raisons de penser que, dans les pays défavorisés, le lot de la majorité est en fait en train de se péjorer.

Le fossé entre ceux qui ont et ceux qui n'ont pas (*the haves and the have-nots*) s'agrandit chaque jour; que cette expression soit devenue un cliché banal n'en atténue pas la gravité. Et c'est une évidence qui permet, objectivement, aux détracteurs des entreprises de coopération technique ou simplement aux sceptiques de nous proposer après

¹ Médecin cantonal adjoint, Service de la santé publique, CH-1001 Lausanne.

Ex-médecin (santé familiale), Bureau régional de l'Asie du Sud-Est de l'OMS, New Delhi.

Ex-Lecturer in Maternal and Child Health, School of Public Health, University of North Carolina, Chapel Hill, N.C., USA.