

- [4] *Habicht, J.-P., Reyna-Barrios, J. M., Guzman, G., and Gordon, J. E.*, Health services in field study of malnutrition: professional content, operation expediency, ethical considerations. INCAP Publication DE-449 (1976a).
- [5] *Horwitz, A.*, PAHO/WHO Scientific Publication No 278, Medical Care Auxiliaires, 23 (1973).
- [6] *INCAP*, Section 3 du Chapitre «Consulta Externa», in «Manual de Operaciones de la División de desarrollo Humano», Instituto de Nutrición de Centro América y Panama, Guatemala (1972).
- [7] *Lanari, A.*, PAHO/WHO Scientific Publication No 278, Medical Care Auxiliaires, 38 (1973).
- [8] *OMS*, Participation et santé (K. W. Newell, dir. publ.). Genève: Organisation mondiale de la santé (1975).
- [9] *Wale, F., and Isales, C.*, The Meaning of Community Development. Community Development Bulletin 15, 90–101 (1964).

## Erwägungen zur Integration medizinischer Entwicklungszusammenarbeit in den kulturellen und sozioökonomischen Kontext des Einsatzgebietes

Zum Beispiel der Arbeit des Putina-Ärzteteams in Peru<sup>1</sup>

A. Cadotsch<sup>2</sup>

### Einleitung

Der zunehmende Bedarf armer Völker an präventiver und kurativer medizinischer Versorgung hat in den letzten Jahrzehnten auch in Peru dazu geführt, Erkenntnisse der modernen Medizin den benachteiligten Bevölkerungsschichten zukommen zu lassen. Das schweizerische Ärzteteam Putina (Puno) arbeitet seit 1971 mit dem peruanischen Gesundheitsministerium am Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes, der den lokalen sozioökonomischen Gegebenheiten angepasst wird. Diesem Postulat liegt der Gedanke zugrunde, dass einheimische, authentische Entwicklungstendenzen ausländischen Übertragungen überlegen sind und mittelfristig auch ohne äussere Hilfe weiter bestehen sollten. Die Kontinuität dieses sozialmedizinischen Programmes wird heute durch die politische und ökonomische Krise des Landes bedroht. Die Besinnung auf die Werte und eine weitergehende Integration der unabhängigeren, traditionellen Heilmethoden ist dadurch aktualisiert worden.

### Geschichte der Heilkunde in Puno (Peru)

Puno ist die ärmste Region der peruanischen Anden [7, 8]. 90 % von 850 000 Einwohnern dieses Departementes sind Indios, die ein halbes Jahrtausend nach der Zerstörung des Inkareiches durch die Spanier noch immer Teile ihrer ehemaligen Hochkultur bewahrt haben.

In ihrer traditionellen Heilkunde vermittelten einheimische Geburtshelferinnen und Kräuterheiler ursäch-

**Seit 1971 arbeitet das ins peruanische Gesundheitsministerium integrierte Schweizer Ärzteteam Putina am Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes. Die Erfahrung zeigt, dass der Erfolg dieses Programms durch die politisch-ökonomische Evolution bedroht werden kann.**

liche Behandlungsmethoden (z. B. Schienung von Knochenbrüchen und Trinkkuren) [15]. Diese ergänzten das magische Zeremoniell der Curanderos (Medizinmänner) und Brijos (Hexer), die überlieferte Auffassungen von schwerem Leiden und Tod bewahrt haben.

Die von den Spaniern importierte abendländische Medizin entwickelte sich seit Jahrhunderten unter europäischem Einfluss für die privilegierte Bevölkerung der Städte. Da sie, ebenso wie die einheimische Medizin, die Ursachen der meisten ansteckenden Krankheiten nicht kannte, wurden in Peru bis Ende des letzten Jahrhunderts alle sozialen Schichten in gleicher Weise von schweren Seuchen heimgesucht. Erst als in unserem Jahrhundert die moderne Medizin effiziente therapeutische und vorbeugende Massnahmen gegen Infektionskrankheiten entdeckte, kamen diese lediglich den Reichen und nicht der armen Landbevölkerung zugute, wodurch die Medizin der Industrieländer zu einer Verschärfung der sozialen Gegensätze beitrug [1]. Einzelne fortschrittliche Ärzte und später der peruanische Staat versuchten etwas gegen dieses Ungleichgewicht zu unternehmen.

Dr. Manuel Nuñez Butrón hat in den dreissiger Jahren als Provinzarzt von Juliaca (Puno) einen völlig neuen Weg der Gesundheitsfürsorge beschritten. 1935–1948 arbeiteten in den Quartieren und Nachbargemeinden der Stadt junge Männer, die sich Rijcharis nannten,

<sup>1</sup> Gestützt auf ein Referat anlässlich der Konferenz für Entwicklungszusammenarbeit über «Gesundheit und Entwicklung» in Bern, 15. Juni 1978.

<sup>2</sup> Abteilungsarzt, psychiatrische Klinik Schlössli, CH-8618 Oetwil am See, 1974–1976 Mitglied und heute Berater des Ärzteteams Putina (Peru).

was auf Quetchua etwa Aufrütteln, Wecken bedeutet. Sie setzten sich für eine bessere Hygiene, den Bau von Schulen, die Pockenimpfung und gegen die Ausbeutung durch die Grossgrundbesitzer ein [3]. Das staatliche Gesundheitswesen hat seit den fünfziger Jahren Anstrengungen unternommen, die moderne Medizin der armen Bevölkerung zugänglich zu machen [4]. Neben kleineren Spitälern in vier Städten entstanden im Verlaufe der letzten zwei Jahrzehnte in 18 grösseren Ortschaften Gesundheitszentren (*Centros de salud* für je 25 000 bis 50 000 Einwohner), die für den Einsatz eines Arztes vorgesehen sind. Schliesslich gibt es heute als Aussenstationen des staatlichen Systems 75 Sanitätsposten (*Postas sanitarias* für je 5000 bis 10 000 Einwohner), die von einem Hilfspfleger geführt werden [5].

Trotz diesen Bemühungen hat aber auch das staatliche Gesundheitswesen den Zugang zu grossen Teilen der Indiobevölkerung nicht gefunden. Die Spitäler in den Städten funktionieren schlecht. Es gibt praktisch keine peruanischen Ärzte, die bereit sind, auf dem Lande zu arbeiten. Abgesehen davon, dass sie an den Universitäten nach europäischem Muster auf die Medizin der Industrieländer vorbereitet werden und zu 70 % Spezialisten sind, können die Ärzte in den Städten ihren bescheidenen Lohn in einer nebenamtlichen Privatpraxis (oder gar als *Taxichauffeur!*) aufbessern. Auf dem Lande fehlt dazu die Kundschaft. Das peruanische Hilfspersonal blieb schliesslich in den peripheren Provinzen ohne fachliche Betreuung sich selbst überlassen.

In der Mitte der sechziger Jahre hat der staatliche Gesundheitsdienst in einer Provinz versucht, mit freiwilligen Mitarbeitern der Gemeinden (*Promotores de salud*) ein Modell eines Basisgesundheitsprogrammes aufzubauen, das nach wenigen Monaten mangels Überwachung und Unterstützung durch Fachpersonal scheiterte.

Ein ähnliches Programm der regionalen Kirche zu Beginn der siebziger Jahre wurde von den Gesundheitsbehörden abgelehnt. Diese bezeichneten die kulturelle Barriere zum Indiovolk als Hauptgrund für das Versagen ihres Medizinaldienstes.

Allerdings haben auf den periphersten Indiomärkten neben Transistorradios moderne Medikamente ihren Platz eingenommen. Die «*Inyección*», zum Beispiel von Antibiotika, wurde als Heilmethode beliebt, bald unkritisch für alle möglichen Leiden angeboten und so für viele Leute ein recht einträgliches Geschäft. Der Grossteil der Landbevölkerung konnte sich diese Medikamente nicht leisten [2].

### **Medizinische Entwicklungszusammenarbeit des Ärzteteams Putina in Puno [18]**

#### *Integration ins staatliche Gesundheitswesen*

Im Jahre 1971 übernahmen zwei Schweizer Ärzte das *Centro de salud* von Putina. Sie verstanden ihr Projekt als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens und arbeiteten schon zu Beginn mit den Behörden zusammen.

Es ging ihnen zunächst darum, den gut konzipierten staatlichen Einrichtungen und dem peruanischen Hilfspflegerpersonal eine sinnvolle Funktion zu geben. Die kurative Arbeit wurde bald so weit vereinfacht, dass auch die staatlich angestellten Hilfspfleger lernen konnten, einfache und häufige Krankheiten zu behandeln. Dadurch gelang es, das Vertrauen der anfangs skeptischen Behörden zu gewinnen. Diese wünschten schon bald eine Erweiterung des Projektes auf zusätzliche Gesundheitszentren. Durch die Sprechstunden und Impfkampagnen in den abgelegensten Dörfern des Einsatzgebietes wuchs aber auch das Vertrauen der Bevölkerung und damit das Bedürfnis nach Verbesserung der medizinischen Versorgung. Dies war jedoch mit dem bestehenden Personal (1 Arzt und 3 Hilfspfleger für je 30 000 Einwohner) nicht möglich.

#### *Beteiligung der Gemeinden durch ein Promotorenprogramm*

So nahmen wir 1974, inspiriert durch ähnliche Projekte in Guatemala<sup>1</sup>, die einheimische Idee der *Rijcharis* und *Promotores de salud* wieder auf und begannen mit der Ausbildung nebenamtlicher Gesundheitshelfer aus den peripheren Gemeinden. Zunächst motivierten wir die bekanntesten Kräuterheiler und einige Promotoren des ehemaligen staatlichen Programmes. Als dies bekannt wurde, ernannten nach und nach alle übrigen Dörfer eigene Vertreter, die neben ihrer gewohnten Tätigkeit Zeit und Interesse für diese Aufgaben hatten. Auch sollten sie in ihrem Dorfe sesshaft leben, neben der Eingeborenen­sprache Spanisch sprechen sowie lesen und schreiben können. Zur Vorbereitung nahmen sie in Gruppen an einem Einführungskurs teil, der 1 Woche dauerte. Zusätzlich absolvierte jeder einzelne ein 7tägiges Praktikum im Gesundheitszentrum. Eine weitere Bedingung für die Tätigkeit als Promotor war die *regelmässige Teilnahme an den monatlichen Fortbildungs- und Supervisionstagen*. So erwarben sie Grundkenntnisse über Schutzimpfungen, Hygiene, ausgeglichene Ernährung, krankmachende Verhaltensweisen und Geburtenplanung, um ihre Gemeinden in Gesundheitsfragen beraten zu können. Auch wurden sie darauf vorbereitet, die häufigsten Krankheiten der Gegend zu erkennen und mit einfachen Mitteln – mit oder ohne Medikamente – zu behandeln. Es sollte möglich sein, dass die Behandlung des Promotors vollumfänglich vom Kranken bezahlt werden konnte. Die Unkosten (vor allem Zeitaufwand) der Promotoren mussten von Patienten und Gemeinden getragen werden, da das Programm von ausländischer Hilfe unabhängig sein sollte und auch zunächst nicht auf staatliche Unterstützung zählen konnte. Trotzdem war das Interesse der Gemeinden gross genug, dass bald in jedem unserer Gesundheitszentren (heute sind es 5) rund 40 ehrenamtliche Bauern regelmässig mitarbeiteten. Die Resultate des

<sup>1</sup> INCAP (Instituto de Nutrición de Centro-América y Panamá) (WHO), Guatemala-City; Hospital Behrhorst, Chimaltenango; Hospital Maryknoll, Jacaltenango.

Programmes waren schon nach kurzer Zeit befriedigend für alle Beteiligten.

*Erweiterung und Anerkennung des Konzeptes durch die Gesundheitsbehörden Punos*

Im Jahre 1976 ist der Direktor des regionalen Medizinalwesens (Dr. Cornejo Roselló) dazu übergegangen, die Promotorenidee und die Ausbildung einheimischer Geburtshelferinnen für das ganze Departement ins Zentrum seiner Planung zu stellen. Das umfangreiche Projekt für etwa 500 000 Einwohner wird von der Unicef ausgerüstet. Seither arbeitet staatliches Supervisionspersonal mit den Schweizer Ärzten zusammen. Gemeinsam wurde ein Promotorenlehrbuch ausgearbeitet, das zur Grundlage für eine einheitliche Ausbildung wurde. Damit näherten wir uns der Zielvorstellung eines Medizinalwesens, das auch ohne unsere Hilfe und notfalls auch ohne Ärzte in der Péripherie weiter bestehen könnte. Der stufenweise Rückzug des Ärzteteams wird in den nächsten Jahren beginnen und sollte nach einer Projektdauer von etwa 15 Jahren abgeschlossen sein.

**Resultate**

Ab 1974 konnte dank der neuen dezentralisierten Behandlungsmöglichkeit durch die Promotoren in den Gemeinden ein systematisches Tuberkuloseprogramm aufgebaut werden, das einen deutlichen Erfolg zeigte. Während vorher (ohne Promotoren) nur 17,4 % der Patienten mindestens 80 % des im ersten Jahr verschriebenen Diatebens (INH, Thiosemicarbazon, Vit. B6) erhielten, erfüllten nachher 79,9 % diese therapeutische Norm (Tab. 1) [2, 13].

Durch die Teilnahme der Promotoren an den Impfprogrammen konnte eine grössere Bevölkerung vollständig geimpft werden (Tab. 2) [6].

Das Gesundheitsministerium hat im Verlaufe weniger Jahre immer mehr Gesundheitszentren und einheimisches Personal dem Ärzteteam Putina anvertraut (Tab. 3)<sup>1</sup>.

Der Beitrag aus der Schweiz<sup>2</sup> an die Betriebskosten pro Centro de salud und Jahr konnte nach und nach reduziert werden (Tab. 4) [17].

Im Medikamentensektor haben wir uns darum bemüht – durch kritische Pharmakotherapie und kostenbewussten Einkauf –, unsere Praxis einer Medizin näherzubringen, die ohne ausländische Hilfe von der Bevölkerung getragen werden kann. 1972–1976 konnte der finanzielle Aufwand für Medikamente reduziert und

Tab. 1. Einfluss des Tuberkuloseprogramms und Promotoren auf die Therapietreue der neu diagnostizierten Tuberkulosefälle im Centro de Salud von Sandia, 1974/75 (13)

	September 1973 bis August 1974	September 1974 bis August 1975
Anzahl neu behandelter Tuberkulosepatienten	132	174
Anzahl Patienten, die innert eines Jahres 80 % des verschriebenen Diatebens erhalten haben	23 (17,4 %)	139 (79,9 %)

Tab. 2. Poliomyelitischluckimpfung im Gebiete des Centro de Salud von Putina, 1973 (ohne Promotoren) und 1975 (mit Promotoren) (6)

	1973	1975
Anzahl 1. Dosen	969 (100 %)	2876 (100 %)
Anzahl 2. Dosen	382 (39 %)	1916 (67 %)
Anzahl 3. Dosen	97 (10 %)	1817 (63 %)

die Kostenbeteiligung der Patienten erhöht werden (Tab. 5).

Aus den Tab. 4 und 5 wird ersichtlich, dass 1977 die vorher bestehende Tendenz der zunehmenden Kostenbeteiligung von Behörden und Bevölkerung und damit der Verselbständigung des Projektes einen Rückschlag erlitten hat. Dieser hat vorwiegend politische, nicht projekteigene Gründe, von denen noch die Rede sein wird.

**Grenzen der Integration – kulturelle und sozialpolitische Bedingungen**

Der Basisgesundheitsdienst hat Erkenntnisse der modernen Medizin, insbesondere die Verhütung und Behandlung von Infektionskrankheiten, an die arme Landbevölkerung weitergegeben. Den Vertretern des modernen Gesundheitswesens sind durch dieses Programm Bedeutung und Wert der traditionellen Medizin bewusst geworden. Mir persönlich schienen zum Beispiel verschiedene den Indios selbstverständliche Verhaltensweisen, wie die Kauerstellung bei Geburten, das dauernde Mitsichtragen und Stillen der Säuglinge im ersten Lebensjahr usw., sinnvoller als die in Westeuropa entsprechenden Gebräuche.

Ganz besonders beeindruckt hat mich die Bereitschaft der einheimischen Bevölkerung, körperlich und seelisch Behinderte, Schwerkranke und Sterbende in ihrem Leiden zu begleiten und mitzutragen. So können diese in ihrer vertrauten Umgebung bleiben und müssen nicht, wie so häufig bei uns, in ein Spital abgeschoben werden.

Eine optimale medizinische Entwicklungsarbeit sollte die Vorteile der traditionellen und der modernen Medizin miteinander verbinden. Eine solche Verflechtung ist aber nicht unproblematisch, da es um eine Brücke zwischen zwei sehr verschiedenen Welten geht. Auch bei uns stehen sich Naturheilkunde und

<sup>1</sup> Zwei weitere Gesundheitszentren werden von zwei Französisinnen («Terres des hommes») und einem Schweizer (Genfer EH-Organisation – cf. Artikel von Gachoud in diesem Heft) betreut.

<sup>2</sup> Im Jahre 1971 wurde in der Schweiz ein Hilfsverein (Verein der Freunde des Ärzteteams Putina) gegründet, der die notwendigen Mittel für das Projekt beschaffte. Wichtigste Geldgeber bis ins Jahr 1974 waren eine grosse Zahl Einzelspender, römisch-katholische und protestantische Kirchengemeinden und das schweizerische Fastenopfer. Seit 1975 hat der Dienst für Entwicklungszusammenarbeit und humanitäre Hilfe (DEH) die Projektkosten zunehmend übernommen.

Tab. 3. *Betreuung von Centros de Salud und peruanischer Mitarbeiterstab des Ärzteteams Putina*

	1971	1972	1973	1974/75	1976	1977
Anzahl Centros de Salud	1	1½	2	3	3½	5
Einwohner des Gebietes	30 000	55 000	55 000	75 000	100 000	130 000
Staatliche peruan. Hilfspersonen	2	4	5	9	13	17
Schweizer Ärzte	2	2	3	3	4	5
Promotores de salud	–	–	–	120	140	180
Supervisoras des Gesundheitsministeriums	–	–	–	–	1	3

 Tab. 4. *Ausgaben des Hilfsvereins für Betriebskosten des Projektes*

	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Betriebskosten in sFr. <sup>1</sup>	119 550	128 596	143 532	150 526	130 368	262 719
Anzahl Centros de Salud	1½	2	3	3	3½	5
Pro Centro de Salud aus der Schweiz	79 700	64 298	47 844	50 175	37 248	52 544

<sup>1</sup> Totale Betriebskosten ohne Löhne für Schweizerpersonal

 Tab. 5. *Medikamentenverbrauch (Gesamtkosten minus Stockbildung) und Kostenbeteiligung der Patienten im Projekt Putina, 1972–1977 (17)*

	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Gesamtkosten für Medikamente in sFr.	108 928	117 936	158 493	85 175	152 027	224 519
Stockbildung von Medikamenten (etwa)	15 000	15 000	45 000	30 000	50 000	20 000
Wert der verkauften Medikamente	93 928	102 936	113 493	115 176	102 028	204 519
Einnahmen durch Patienten	25 905	35 064	41 683	59 087	57 329	67 533
Prozentuale Kostenbeteiligung der Patienten	28 %	34 %	37 %	51 %	56 %	33 %

moderne Medizin noch mehrheitlich fremd gegenüber. Allerdings hat der Basisgesundheitsdienst durch Einbeziehung der peripheren Bevölkerung günstige Voraussetzungen geschaffen, die auf das Gelingen einer Verbindung hoffen lassen. Durch meine Erfahrungen in Peru bin ich zur Meinung gekommen, dass letztlich nicht Funktionäre des Medizinalwesens, sondern die *Vertreter des Volkes* (Promotoren, Kräuterheiler, Dorfhebammen, Medizinmänner) und ganz besonders die Patienten darüber entscheiden, wieweit sie moderne neben traditionellen Heilmethoden annehmen und integrieren wollen. Die gegenseitige Anerkennung zwischen Vertretern traditioneller und moderner Medizin, welche die Einsicht in die eigene Begrenztheit voraussetzt, könnte diesen Prozess unterstützen.

Die Möglichkeiten medizinischer Entwicklungszusammenarbeit werden aber nicht nur durch historische und kulturelle Gegebenheiten, sondern auch durch soziale und politische Bedingungen bestimmt. Veränderungen in diesem Bereich, wie wir sie im Verlaufe der letzten Jahre in Peru erlebt haben, wirken sich direkt oder indirekt auf die medizinische Grundversorgung aus. Ich möchte dies anhand der Medikamentenversorgung durch das staatliche Gesundheitswesen schildern: Das peruanische Gesundheitsministerium hat vor zehn Jahren ein für die dritte Welt vorbildliches soziales Heilmittelwesen aufgebaut, das Programm der sogenannten Basismedikamente (medicamentos básicos). Die rund 200 wichtigsten Medikamente wurden vom

Gesundheitsministerium eingekauft und im ganzen Land vertrieben. Ihre Preise sanken um 40 bis 80 % gegenüber den Marktpreisen. Sie wurden somit für die arme Bevölkerung erschwinglich. Zudem mussten die vorwiegend ausländischen pharmazeutischen Laboratorien ihre Produkte zu Tiefpreisen verkaufen, um konkurrenzfähig zu bleiben.

Dies alles kam unseren Bemühungen entgegen, sozialmedizinische Programme soweit wie möglich von schweizerischer Finanzhilfe unabhängig zu machen, um ihr Fortbestehen nach unserem Rückzug zu ermöglichen. So wurde das Promotorenprogramm, wie schon erwähnt, über lange Zeit von den Gemeinden allein getragen. Das Tuberkuloseprogramm war bis 1975 unabhängig, weil die Basismedikamente für diese soziale Krankheit vom Staat kostenlos geliefert werden konnten. Mit der zunehmenden Verschuldung der peruanischen Regierung sind nun aber seit 1976 eine Reihe sozialer Gesetze ins Räderwerk der Sparmassnahmen geraten, die der peruanischen Regierung vom Internationalen Währungsfonds nahegelegt wurden. Seit 1976 sind die Tuberkulosemedikamente nicht mehr gratis. Zurzeit scheint sogar das ganze Basismedikamentenprogramm zugrunde zu gehen. Die kommerziellen Produkte sind deshalb wieder sehr viel teurer geworden. Während sich die ausländischen Kapitalträger stabilisierten, verlor das Einkommen der Bevölkerung an Kaufkraft. Die Medikamente wurden für viele unerschwinglich [16]. Anfangs unabhängige sozialmedizinische Programme sind sekundär abhängig geworden und dadurch gefährdet.

Der Basisgesundheitsdienst in Puno hat einem Teil des Indiovolkes die Erfahrung vermittelt, dass ihr Leben und ihre Krankheiten nicht allein Schicksal sind, sondern wesentlich von ihrem Mitentscheid abhängen. Die Entwicklung der letzten Jahre hat ihnen und uns aber auch gezeigt, dass sozialmedizinische Angebote von der politischen Entwicklung ihres Landes und dessen internationalen Abhängigkeiten entscheidend mitbestimmt werden.

**Zusammenfassung**

Anders als vorher die traditionelle Heilkunde der Indios und die von den Spaniern importierte abendländische Medizin, hat im Peru des 20. Jahrhunderts die Medizin der Industrieländer durch zunehmende Beherrschung der Infektionskrankheiten zu einer Verschärfung der sozialen Gegensätze zwischen reicher Oberschicht und armen Massen beigetragen. Um diesem Ungleichgewicht zu begegnen, sind in Puno, dem ärmsten Departement des Landes, seit den vierziger Jahren vereinzelt Anstrengungen unternommen worden, Kenntnisse der modernen Medizin der armen Landbevölkerung zu vermitteln.

Seit 1971 arbeitet in mehreren staatlichen Gesundheitszentren der Peripherie Punos das ins peruanische Gesundheitsministerium integrierte Schweizer Ärzteteam Putina – heute sind es 5 Ärzte für 130 000 Einwohner – am Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes. Von den peripheren Gemeinden ernannte freiwillige Gesundheitsshelfer (1 je etwa 500 Einwohner), staatlich angestellte Hilfspfleger (1 je 5000 Einwohner) und peruanische Krankenschwestern, die mit Ausbildungs- und Überwachungsaufgaben beschäftigt sind, stellen die Grundpfeiler des Programmes dar, das notfalls auch ohne Ärzte funktionieren sollte.

Fortschritte der peruanischen Verselbständigung des Basisgesundheitsdienstes werden dargestellt sowie Möglichkeiten und Grenzen seiner Annäherung an die traditionelle, einheimische Medizin erwähnt. Am Beispiel der Basismedikamentenversorgung wird aufgezeigt, dass Rückschläge in den letzten zwei Jahren Anzeichen der politischen Krise des Landes und seiner zunehmenden ökonomischen Abhängigkeit von den Industrienationen sind. (Cf. auch Artikel von Gachoud in diesem Heft.)

**Résumé**

**A propos du travail de l'équipe de médecins suisses de Putina, Pérou**

**Considérations sur l'intégration du travail de coopération technique dans le contexte culturel et socio-économique local**

Au Pérou, au cours du 20<sup>e</sup> siècle, la médecine des pays industrialisés a contribué, par le fait même qu'elle maîtrisait toujours davantage les maladies infectieuses, à aggraver les contrastes sociaux entre les couches supérieures aisées et les masses pauvres, contrairement à ce qui se passait avec la médecine traditionnelle des Indiens et la médecine occidentale importée par les Espagnols. Dès les années 1940, des efforts furent tentés dans le département le plus pauvre du pays, celui de Puno, afin d'apporter des connaissances de médecine moderne aux populations rurales.

Depuis 1971, intégré au Ministère de la santé péruvien, le groupe des médecins suisses de Putina exerce son activité dans plusieurs centres de santé de l'Etat, à la périphérie du département de Puno. Aujourd'hui, les médecins sont au nombre de cinq pour une population de 130 000 habitants et collaborent à la création d'un service de santé de base. Des auxiliaires volontaires, nommés par leur communauté (1 pour 500 habitants env.), des aides-infirmiers du Ministère (1 pour 5000 habitants env.) et des infirmières péruviennes qui s'occupent de formation et de supervision, constituent les piliers de base d'un programme qui, au besoin, devrait pouvoir fonctionner sans médecin.

L'auteur montre les progrès réalisés par les Péruviens en vue de rendre le service de santé de base autonome et évoque les possibilités et les limites de son rapprochement avec la médecine traditionnelle indigène. A travers l'exemple de l'approvisionnement en médicaments de base, il démontre que les revers enregistés au cours des deux dernières années sont des signes avant-coureurs de

la crise politico-économique du pays et de sa dépendance croissante des nations industrialisées. (Voir aussi l'article de Gachoud dans le même numéro.)

**Summary**

**The Work of the Swiss Medical Team in Putina, Peru Considerations on the Integration of Health Cooperation Work into the Local Cultural and Socioeconomic Context**

Contrasting with what happened with the indio traditional medicine and with the Western medical knowledge the Spaniards imported, industrialized nations' medicine, through its growing ability to fight infectious diseases, has sharpened in Peru in the 20th century the social disparity between the well-to-do upper classes and the poor masses. In order to alleviate this situation, efforts have been undertaken since the 1940's in the Department of Puno, the poorest of the country, in order to bring to the rural population the benefits of modern medicine.

Since 1971, a team of Swiss physicians, integrated into the Peruvian Ministry of Health, works in the Putina area in several State health centers. There are presently five doctors for a 130,000 inhabitants population, collaborating in the setting up of basic health services. The most important pillars of the programme, which should be able to function without physicians, if need be, are voluntary health auxiliaries, chosen by their own community (1 per 500 people), State employed auxiliary nurses (1 per 5000 people), and Peruvian State registered nurses, entrusted with training and supervisory tasks.

The progress of the programme, in terms of the growing independence of the basic health system, is described, as are potentialities and limits in bringing it closer to the indigenous traditional medicine. Through the example of the supply of basic drugs, it is pointed out how setbacks suffered in the last two years, are illustrative of the country political crisis and of its growing dependency on industrialized nations.

(See also the article by Gachoud, in the same issue.)

**Literatur**

- [1] Buck, A. A., et al., Health and disease in four Peruvian villages, Johns Hopkins Press, Baltimore 1968.
- [2] Cadotsch, A., Entwicklungszusammenarbeit im Aufbau eines Basisgesundheitsdienstes, Acta Tropica 34, 189–203 (1977).
- [3] Garcia, U., Medicos sin consultorios. Caretas, ilustración peruana, 21.3.1978, 38–39.
- [4] Hall, T. L., Health manpower in Peru, Johns Hopkins Press, Baltimore.
- [5] Herrer, A., Informe de las investigaciones ecológico-epidemiológicas llevadas a cabo sobre la Leishmaniasis tegumentaria en el Alto Tambopata, Ministerio de Salud, Peru, 1976.
- [6] Keller, U., Persönliche Mitteilung.
- [7] Martinez, H., Las migraciones Altiplánicas y la colonización del Tambopata, Lima, Centro de Estudios de Población y Desarrollo, 1969.
- [8] Michael, M., Stetter, H., Landwirtschaft in der Peripherie Perus. ETH/Indel, Zürich 1977.
- [9] Ministerio de Salud de Puno: Plan de Salud 1975–1978. Puno 1978.
- [10] Ministerio de Salud de Puno: Manual del Promotor de Salud, Puno 1976.
- [11] Ministerio de Salud: Programa de Extensión de Servicios de Salud, Subprograma de Promotores de Salud, Puno 1976.
- [12] Müller, F., Vida y muerte en Qolqa. Centro de Estudios Rurales Andinos, Cuzco 1976.
- [13] Pedrozzi, R., Persönliche Mitteilung.
- [14] Pedrozzi, R., Ancylostomieanämie in einem neuen Kolonisationsgebiet des peruanischen Urwalds, Diss., Zürich 1976.
- [15] Stöcklin, W. H., Traditionelle Medizin. Schweiz. Ärztezeitung, S. 1005–1008, 31.5.1978.
- [16] Yudkin, J. S., Provision of Medicines in a Developing Country, The Lancet, April 15, 1978.
- [17] Zehnder, E., Persönliche Mitteilung.
- [18] Zehnder, E., Basisgesundheitsdienst in Entwicklungsländern, Referat vom 22. Februar 1977.