

Detlef Schwefel

Hauptprobleme lateinamerikanischer Gesundheitspolitiken

Die Gesundheitsprobleme Lateinamerikas nur mit medizinischer oder pharmazeutischer Brille zu sehen, würde an den wichtigsten Problemen des Kontinents vorbeigehen. Nicht umsonst benennen viele lateinamerikanische Universitäten ihre medizinischen Abteilungen oder Fakultäten „gesundheitswissenschaftliche Abteilungen“, und ihre Wissenschaft „Gesundheitswissenschaften“. Es soll hiermit angedeutet werden, daß ein naturwissenschaftlicher oder biologischer oder rein medizinischer Ansatz, wie er in einzelnen europäischen Ländern zumindest teilweise noch vorzuherrschen scheint, an den vordringlichen Gesundheitsproblemen Lateinamerikas vorbeigeht.

Die hauptsächlichen Thesen, die der folgenden Darstellung zugrundeliegen, entsprechen sehr deutlich dieser Vorbemerkung. Diese Thesen lauten zusammengefaßt und damit verkürzt und überspitzt wie folgt:

1. Innerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors der meisten lateinamerikanischen Länder findet sich zwar eine Vielzahl von interessanten und innovatorischen Versuchen einer guten Gesundheitspolitik, insgesamt hat dies jedoch nicht zu einer grundsätzlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der lateinamerikanischen Bevölkerung geführt. Die strukturellen Gesundheitsprobleme sind über Dekaden hinweg gleichgeblieben. Erwähnenswert erscheinen insbesondere die Versuche zur Planung im Gesundheitswesen, zur Dezentralisierung und Regionalisierung und nicht zuletzt zur Koordination mit anderen volkswirtschaftlichen Sektoren. Viele dieser innovatorischen Versuche lateinamerikanischer Gesundheitspolitiken könnten für europäische Länder Beispiel und Vorbild sein.
2. Die hauptsächlichen Gesundheitsprobleme der Masse der lateinamerikanischen Bevölkerung weisen über den Gesundheitssektor hinaus, d. h. über jenen Sektor, in dem mit Nadeln und guten Ratschlägen von Ärzten und Schwestern Krankheiten bekämpft werden. Die Gesundheitsprobleme weisen hin auf eine miserable Umwelt, auf eine fehlende Wasserversorgung, auf eine vor allem am Export orientierte nationale Agrarproduktionspolitik und nicht zuletzt auf eine in allen Aspekten diskriminierende Sozialstruktur. Das heißt, daß eine integrale und effiziente Gesundheitspolitik in Lateinamerika anzusetzen hat an den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Armut und der Privilegien im Gesundheitssektor, z. B. an den Standesinteressen der Mediziner, an den Gewinnmargen der Pharmaindustrie, an der Agrarstruktur, an der Beschäftigungspolitik, der Importpolitik, etc. Das klingt utopisch, hat aber wesentliche Implikationen für eine praktikable Gesundheitspolitik.

Diese Thesen lassen sich auch in der Form von Paradoxien formulieren: Je mehr in den engen Gesundheitssektor investiert wird, desto länger läßt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung auf sich warten. Man könnte andere Paradoxe hinzusetzen: Je stärker sich die Gesundheitsversorgung lateinamerikanischer Länder an den vorliegenden Modellen der Gesundheitsversorgung in den westlichen Industrieländern

orientiert, desto ineffektiver ist die Gesundheitsversorgung. Je mehr Ärzte ausgebildet werden, desto enger und schlechter ist der Gesundheitsdienst von seiner Leistungsfähigkeit her betrachtet.¹ Es ist klar, daß diesen und ähnlichen Formulierungen eine Konzeption von Gesundheit zugrundeliegt, die den Vorwurf der Utopie gegen die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation nicht gelten läßt, die besagt: Gesundheit ist nicht bloß die Abwesenheit von Krankheiten, sondern das völlige physische, mentale und soziale Wohlbefinden.²

Diese Thesen und Paradoxe sollen im folgenden belegt und erläutert werden; es werden weitere hinzukommen. Zunächst sollen einige grundsätzliche Gesundheitsprobleme skizziert, dann auf ihre Ursachen eingegangen werden und auf die daraus erwachsenden Richtlinien für eine gute und effiziente Gesundheitspolitik, um schließlich anhand dieser Beurteilungsgrundlage einige der wichtigsten Gesundheitspolitiken der lateinamerikanischen Länder darzustellen und zu interpretieren.

Gesundheitsprobleme

Die wichtigsten Gesundheitsprobleme in Lateinamerika sollen sehr knapp am Beispiel Guatemala dargestellt werden. Zunächst jedoch noch eine weitere Vorbemerkung: Man findet in vielen Publikationen zu diesem Thema eine mangelhafte analytische Unterscheidung zwischen Gesundheitszustand und Gesundheitsversorgung, zwischen Input und Output, so könnte man es auch nennen.³ Unterscheidet man zwischen beidem nicht sauber, dann werden die grundsätzlichen Probleme der Gesundheitspolitik verdeckt und vernebelt. Gesundheitspolitik heißt ja: gewollte und geplante Aktivitäten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Nur ein Teil dieser Aktivitäten bezieht sich auf die Gesundheitsversorgung im traditionellen Sinn von Hospitalisierung, Impfung, Beratung, etc. Ein anderer – in Lateinamerika wesentlicher – bezieht sich auf Agrarpolitik, Verkehrspolitik, Bevölkerungspolitik, Beschäftigungspolitik, etc. Diese beiden Ebenen nicht zu trennen, würde bedeuten, daß man der Gesundheitsversorgung im engeren Sinne den wesentlichen Beitrag zuschreibt zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Masse der Bevölkerung. Das ist nun sicher nicht der Fall. Zum einen sind in Lateinamerika nur 63 % der Bevölkerung vom Gesundheitsdienst erfaßt und zum anderen ist oft genug nachgewiesen worden, wie eng eine Veränderung

1 Vgl. Timothy D. Baker: Paramedical Paradoxes, Challenges and Opportunity, in: Gordon Wolstenholme and Meave O'Connor (Hrsg.): Ciba Foundation Symposium on Teamwork for World Health, London 1971, S. 129–141; Nathan Glazer: Paradoxes of Health Care, in: *The Public Interest*, Nr. 22, 1971, S. 62–77; Jon M. Joyce: More on Health Care Paradoxes, in: *Policy Sciences*, Vol. 3 (1), 1972, S. 107–115.

2 World Health Organization: Constitution, Geneva 1967, S. 1.

3 Siehe hierzu beispielsweise: Forrest E. Lindner et alii: Conceptual Problems in Developing an Index of Health, Washington 1966; David H. Stimson: Utility Measurement in Public Health Decision Making, in: *Management Science*, Vol. 16 (2), 1969, B–17–B–30; S. Fanshel und J. W. Bush: A Health-Status Index and its Application to Health Services Outcomes, in: *Operations Research*, Vol. 18, 1970, S. 1021–1066; Wilfried Malenbaum: Progress in Health: What Index of What Progress?, in: *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 393, 1971, S. 109–121; A. J. Culyer: Appraising Government Expenditure on Health Services: The Problems of „Need“ and „Output“, in: *Public Finance*, Vol. 27 (2), 1972, S. 205–211; Detlef Schwefel: Methode zur Analyse des Gesundheitssektors, in: Detlef Schwefel: Beiträge zur Sozialplanung in Entwicklungsländern, Berlin 1972, S. 53 ff.; V. R. Fuchs: The Output of the Health Industry, in: Michael H. Cooper und Anthony J. Culyer (Hrsg.): *Health Economics*, Hammondsworth 1973, S. 135–171.

des Gesundheitszustandes zusammenhängt mit anderen Faktoren wie Ernährung, Einkommen, Importpolitik, etc.⁴

Auf einige besondere Charakteristiken der Gesundheitsprobleme Lateinamerikas kann man mit Hilfe der sehr rohen Indikatoren Säuglingssterblichkeitsrate, Lebenserwartung bei Geburt und Todesrate hinweisen. Die WHO empfiehlt die Benutzung dieser Indikatoren für die Messung des Gesundheitszustandes.⁵ In bezug auf diese Indikatoren bestehen natürlich wichtige Unterschiede zwischen den lateinamerikanischen und den europäischen Ländern, innerhalb des lateinamerikanischen Kontinents und natürlich auch innerhalb der einzelnen lateinamerikanischen Länder.

Die hohen Kinder- und Säuglingssterblichkeitsraten weisen hin auf das erste wichtige Charakteristikum der lateinamerikanischen Gesundheitsproblematik: auf die Altersstruktur der Patienten. Etwa 50% der Todesfälle in Lateinamerika betreffen Kinder bis zu 5 Jahren, in Kolumbien sind es beispielsweise 49%.⁶ Hieraus erhellt natürlich eine ganz bestimmte Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur, die wegen der Sensibilität der Kinder und insbesondere der Säuglinge für bestimmte Umwelteinflüsse zugleich auf einen weiteren wichtigen Aspekt hinweist: auf die Präventionsmöglichkeit dieser Krankheiten durch Aktivitäten außerhalb des kurativen Gesundheitssektors.

Hinsichtlich der groben demographischen Indikatoren bestehen große Unterschiede zwischen den einzelnen lateinamerikanischen Ländern; so ist die Lebenserwartung bei Geburt in Kuba 72 Jahre, in Peru 56 Jahre und in Bolivien 47 Jahre.⁷ Ein besonders wichtiger Aspekt ergibt sich aus dem Vergleich dieser Indikatoren zwischen Stadt und Land oder aus dem Vergleich zwischen verschiedenen Ethnien, Einkommensklassen oder ähnlichem. Die Lebenserwartung eines guatemalteckischen Indios beträgt 44 Jahre, die eines Ladinós 61 Jahre.⁸ Die Stadt-Land-Unterschiede, die sich auch in allen anderen Indikatoren mit gleicher Deutlichkeit niederschlagen, sind ungleich denen etwa 1841 in England und Wales; war hier die durchschnittliche Lebenserwartung 40 Jahre, so war sie in London 35 Jahre und in den industriellen Zentren Liverpool und Manchester 25 bzw. 24 Jahre.⁹ In den lateinamerikanischen Ländern ist das genau umgekehrt. Die Lebenserwartung eines guatemalteckischen Städters beträgt etwa 61 Jahre, die eines Landbewohners etwa 42 Jahre.¹⁰ Mit diesem Vergleich soll darauf hingewiesen werden, daß ein weiteres wesentliches Charakteristikum der Gesundheitsprobleme Lateinamerikas ihre soziale Sensibilität ist, d. h. die Widerspiegelung gravierender gesellschaftlicher Ungleichheiten.

Aus diesen Vergleichen resultieren also zumindest drei wesentliche Charakteristiken lateinamerikanischer Gesundheitsprobleme: die Jugendlichkeit der Bevölkerung, die Widerspiegelung gravierender gesellschaftlicher Ungleichheiten, die Prävenierbarkeit. Diese Charakteristiken schlagen sich auch nieder in den verfügbaren Daten über Mortalität

4 Zur Reichweite des lateinamerikanischen Gesundheitsdienstes: Organización Panamericana de la Salud (OPS): III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Santiago de Chile, 2.—9. Octubre de 1972, Informe Final, Santiago de Chile 1972 (hekt.). Zu den extrasektoralen Einflüssen auf den Gesundheitszustand siehe beispielsweise: Wilfried Malenbaum: Health and Productivity in Poor Areas, in: Herbert E. Klarman (Hrsg.): Empirical Studies in Health Economics, Baltimore 1970, S. 31—54.

5 World Health Organization (WHO): Measurement of Levels of Health, Geneva 1957.

6 Ministerio de Salud Pública de Colombia: Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia, Métodos y Resultados, Bogotá 1969, S. 69; World Health Organization (WHO): World Health Statistics Annual 1970, Geneva 1973, passim.; International Bank for Reconstruction and Development (World Bank): Health Sector Policy Paper, Washington 1975, S. 15.

7 World Bank, a. a. O., S. 72 f.

8 Gustavo A. Cordero Herrera et alii: Evaluación del Sector Salud en Guatemala, Guatemala 1973, S. 4.

9 United Nations, Department of Economic and Social Affairs: The Determinants and Consequences of Population Trends, Vol. I, New York 1973, S. 133.

10 República de Guatemala: Tablas Abreviadas de Vida por Departamento, Guatemala 1972.

und Morbidität. Vergleicht man etwa die Todesursachen in Guatemala mit denen in anderen Ländern, dann zeigen sich zugleich sehr deutlich die über den eigentlichen Gesundheitssektor hinausweisenden Symptome der zunehmenden Unterentwicklung der Masse der guatemalteckischen Bevölkerung: insbesondere Enteritis und andere Durchfallerkrankungen, Tuberkulose, Keuchhusten, Masern und Malaria bestimmen über Leben und Tod der Bevölkerung.¹¹ Die infektiösen und parasitären Krankheiten sind für etwa 40 % der Todesfälle verantwortlich, während der Vergleichswert für andere lateinamerikanische Länder bei etwa 24 % liegt. Zum internationalen Vergleich hinsichtlich der Morbidität: der Anteil der infektiösen und parasitären Erkrankungen am Gesamtaufkommen der Erkrankungen ist in der DDR und der Bundesrepublik 1,1 % (1969), in Island 0,5 %, in Kanada und den USA 0,9 %. In Lateinamerika schwankt dieser Wert zwischen 21 % für Peru und Kolumbien als Durchschnittswert bis hin auf 42 % in Guatemala.¹²

Nun muß man insbesondere in einem Land wie Guatemala multiple Diagnosen berücksichtigen, d. h. man muß berücksichtigen, daß eine Person in der Regel an zwei oder drei Krankheiten zugleich leidet, dies insbesondere wegen des Synergismus zwischen Ernährung und Infektion.¹³ Nimmt man also multiple Diagnosen hinzu, wie es auch guatemalteckische Schätzungen tun, so erhält man einen Wert von etwa 60 %, d. h. 60 % der Todesfälle sind infektiösen und parasitären Ursprungs. Ähnliches gilt für Ernährungsschäden wie Anaemien und Avitaminosen. Erwähnenswert sind weiterhin Influenza und Lungenentzündung.¹⁴ Sehr viel stärker noch als in den anderen lateinamerikanischen Ländern weist also die Mortalitäts- und Morbiditätsstruktur in Guatemala hin auf Armutskrankheiten, Symptom einer den Lebensbedingungen der Masse der Bevölkerung nicht Rechnung tragenden Entwicklungspolitik; denn hinsichtlich der wirtschaftlichen Globalindikatoren rangiert Guatemala nicht am unteren Skalenende im lateinamerikanischen Vergleich.¹⁵

Innerhalb Guatemalas zeigt sich sehr deutlich die soziale Sensibilität der Krankheiten auch in bezug auf die aussagekräftigeren Morbiditätsstatistiken.¹⁶ In den ländlichen Hospitälern bestimmen Infektionskrankheiten sehr viel deutlicher die Szene als etwa in den Hospitälern der Hauptstadt; auch Ernährungsschäden treten in besonders gravierendem Maße auf bei der ländlichen Bevölkerung. Während direkte Ernährungsschäden etwa 5 % der stationären Aufnahmen in der Hauptstadt ausmachen, sind es in den Hospitälern der Provinzhauptstädte 10 %, in den Distrikthospitälern etwa 13 %, indirekt ernährungsverursachte Krankheiten noch nicht einmal einberechnet. Ganz besonders deutlich wird dies auch bei den ambulanten Behandlungen: infektiöse und parasitäre Krankheiten zusammen mit den Ernährungsschäden direkter Art wie Anaemien und Avitaminosen und andere Ernährungsmängelkrankheiten machen auf dem Lande 57 % der Behandlungen aus, in den Kleinstädten 50 % und in der Stadt 22 %. Das soziale Differential der Krankheiten zeigt sich hier sehr deutlich.

11 Secretaría Permanente del Tratado General de Integración Económica Centroamericana (SIECA): Estadísticas Sociales, Guatemala 1972, S. 29 ff.

12 World Health Organization: World Health Statistics Annual, Vol. 1, Genève 1973, S. 633 ff.

13 Siehe hierzu: Nevin S. Scrimshaw et alii: Interactions of Nutrition and Infection, Geneva 1968.

14 Gustavo A. Cordero Herrera et alii, a. a. O., S. 8; vgl. für Kolumbien beispielsweise: Departamento Nacional de Planeación: La Política de Salud, Bogotá 1973, S. 47 ff.

15 Siehe: International Bank for Reconstruction and Development (World Bank): World Bank Atlas 1973, Population, Per Capita Product and Growth Rates, Washington 1973, S. 6 ff.

16 Basis für die folgende Darstellung sind Auszählungen des Planungs- und Statistikbüros des guatemalteckischen Gesundheitsministeriums.

Man könnte auf viele weitere Aspekte dieser Art hinweisen. Etwa auf die Häufigkeit, mit der Komplikationen beim Abort die stationäre Aufnahme bestimmen. 9 % der stationären Aufnahmen im hauptstädtischen Hospital fallen unter diese Kategorie. In Chile bezog sich das beispielsweise 1960 auf 8 %. Dies implizierte zugleich 27 % der Bluttransfusionen und Ausgaben von etwa 1 Mio US \$.¹⁷ In Kolumbien ist beispielsweise die Kategorie Komplikationen beim Abort eine der hauptsächlichen Todesursachen der Frauen zwischen 15 und 45 Jahren.¹⁸ Bei diesem Problembereich ist das soziale Differential ein anderes: induzierte Aborte sind ein typisches Mittelklassenphänomen, in der Unterklasse und in der Oberklasse läßt sich in Kolumbien beispielsweise eine induzierte Abortenrate von 50 bzw. 60 feststellen, in der Mittelklasse steigt sie bis auf 141 an.¹⁹ Jugendlichkeit der Bevölkerung und soziale Diskriminierungen bestimmen die wesentlichen lateinamerikanischen Gesundheitsprobleme: ein Großteil dieser Gesundheitsprobleme ist prävenierbar. Sie sind gekennzeichnet insbesondere durch Infektions- und Ernährungskrankheiten und durch Krankheiten der Atemwege. Diese drei Gruppen von Krankheiten bzw. Todesursachen weisen zugleich hin auf die verursachenden Faktoren für die Gesundheitsprobleme Lateinamerikas und damit auf die Angelpunkte lateinamerikanischer Gesundheitspolitik.

Geht man von den Todesfällen aus, so ist offensichtlich²⁰:

- ein großer Teil der Todesfälle infektiösen und parasitären Ursprungs ist durch Durchfallerkrankungen verursacht, die durch Umweltkontrolle, wie etwa Trinkwasserversorgung, Fäkalienbeseitigung etc. eingedämmt werden könnten;
- etwa 20 % der Mortalität beruhen auf akuten Infektionen der Atmungsorgane, die durch medizinische Versorgung reduziert werden könnten;
- 12 % der Mortalität sind verursacht durch Keuchhusten, Masern und Tuberkulose, die durch Immunisierungsprogramme kontrolliert werden könnten;
- 20 bis 30 % der Todesfälle resultieren aus Ernährungsschäden.

Über 30 % der Todesfälle könnten also durch eine Verbesserung der medizinischen Versorgung, insbesondere präventiver Art reduziert werden; etwa 60 % der Todesfälle und Erkrankungen, die auf dem Komplex Infektion/Ernährung beruhen, erfordern ein sozial- und wirtschaftspolitisches Instrumentarium, das dem Gesundheitssektor vorgelagert ist.

Dieses eine Ursachenbündel soll hier nur ganz kurz erwähnt werden. Über die Umweltsituation, insbesondere die Wohnungsversorgung gibt es genügend Daten, die das gezeichnete Bild verdeutlichen können.²¹ Auch hier zeigt sich sehr deutlich der komparative Nachteil der ländlichen Bevölkerung. Während in Guatemala etwa 90 % der Häuser in der Stadt zumindest im Umkreis von 100 m Zugang zu Trinkwasser hatten, waren es bei der ländlichen Bevölkerung nur etwa 10 %. Hausanschlüsse hatten 1970 40 % der städtischen und 1 % der ländlichen Bevölkerung. Im städtischen Bereich war beim letzten Zensus die Wasserversorgung zu 78 % öffentlich, im ländlichen Bereich zu nur 7 %. Strukturell ähnliche Daten finden sich auch über die übrigen Aspekte der Umweltsituation, wie etwa in bezug auf die Überbelegung von Wohnungen, die Wetterdurchlässigkeit, die Fäkalienbeseitigung, etc. Nimmt man die während der letzten Dekade für Trink-

17 World Bank (1975), a. a. O., S. 15 f.

18 Ministerio de Salud Pública de Colombia: Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia, Resultados Primeros, Maracay 1967, S. 16 ff.

19 Carlos Agualimpia M. et alii: Demographic Facts of Colombia, The National Investigation of Morbidity, in: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 47 (3), 1969, Part 1, S. 255–296, hier: S. 287.

20 Gustavo A. Cordero Herrera et alii, a. a. O., S. 8. Vgl. auch: World Bank (1975), a. a. O., S. 14 ff.

21 Dirección General de Estadística, Ministerio de Economía: II Censo de Vivienda, Tomo II, Viviendas Particulares, Guatemala o. J. (1974), S. 92 ff.; Gustavo A. Cordero Herrera et alii, a. a. O., S. 18 f.

wasserversorgung und Kanalisation angewendeten Pro-Kopf-Ausgaben zum Ausgangspunkt für eine Analyse der Gesundheitspolitik Guatemalas in diesem Bereich, dann zeigt sich bei einem knapp angesetzten Pro-Kopf-Preis von 43,- DM für Trinkwasserversorgung und Fäkalienbeseitigung, daß für eine Trinkwasserversorgung, die alle Bevölkerungsteile erreichen würde, insgesamt 120 Mio DM ausgegeben werden müßten; für die Generalisierung der Versorgung mit Kanalisation wären insgesamt noch höhere Ausgaben zu kalkulieren, da hier die Unterversorgung noch größer ist als bei Trinkwasser. Kalkulierte man die wahrscheinliche Bevölkerungsentwicklung mit ein und nähme man die in der ersten Dekade aufweisbaren jährlichen Ingesamtausgaben zur Grundlage einer Prognose, so ließe sich das Problem der Infektionen auf diesem Wege mit der von Guatemala gewählten Technologie nur innerhalb von 100 Jahren lösen. Bei einer Steigerung des Kostenniveaus für die Trinkwasserversorgung auf etwa 133,- DM pro Kopf, wie es sich zur Zeit feststellen läßt, müßte die Problemlösung noch sehr viel länger auf sich warten lassen.²²

Diese Form der Analyse läßt sich natürlich von der Umweltproblematik auch auf andere Problembereiche übertragen. So wurde beispielsweise einmal für Äthiopien ausgerechnet, daß im Rahmen der aktuellen Gesundheitspolitik etwa 200 Jahre nötig wären, die Reichweite des Gesundheitssystems auf etwa 90 % der Bevölkerung auszudehnen.²³ Was soll damit gesagt werden? Zweierlei: einmal, daß ein großer Teil der Gesundheitsprobleme der Dritten Welt durch die Entwicklung von Politiken bestimmt wird, die außerhalb des eigentlichen Gesundheitssektors liegen, zum anderen, daß eine nur quantitative Gesundheitspolitik an den wesentlichen Problemen vorbeigeht. Beides soll im folgenden noch einmal verdeutlicht werden am Beispiel des Problemkreises Ernährung und Einkommensverteilung, der ja untrennbar verkettet ist mit einem wesentlichen Teil der Todesursachen und Krankheiten in vielen lateinamerikanischen Ländern.

Im städtischen Guatemala sind nach Berechnungen der Organisation mittelamerikanischer Länder (ODECA) 609,- DM familiäres Monatseinkommen notwendig, um die minimalen Lebensbedürfnisse zu befriedigen; 11,5 % der städtischen Familien verfügt über solch ein Monatseinkommen.²⁴ Die Einkommensverteilung der ländlichen Bevölkerung weist auf einen noch niedrigeren Lebensstandard hin; hier können nach Berechnungen der Universität San Carlos nur 3,6 % der ländlichen Bevölkerung einen Lebensstandard oberhalb des Existenzminimums aufweisen. Über 80 % der ländlichen Familien könnten nicht einmal ihre minimalen Ernährungsbedürfnisse befriedigen, selbst wenn sie Nullausgaben hätten in allen anderen Konsumbereichen wie Wohnung, Erziehung, Gesundheit, Kleidung – monetäres und nichtmonetäres Einkommen in gleicher Weise berücksichtigt.²⁵ Ernährungsuntersuchungen belegen dies. 18,6 % der guatemalteckischen Kinder und etwa 20 % der guatemalteckischen Gesamtbevölkerung sind nicht unterernährt.²⁶ Dieses Bild zeigt sich in strukturell gleicher Weise auch in Kolumbien, Brasilien, vom heutigen Chile ganz zu schweigen. Für Kolumbien lautet die Statistik: Prävalenz von Ernährungsanämien bei 63 % der Schwangeren, bei 30 % der Frauen, bei 5 % der Männer.²⁷ Es zeigt

22 Gustavo A. Cordero Herrera et alii, a. a. O., S. 20 ff.

23 Friedrich Schäuffele und Detlef Schwefel: *Gesundheitshilfe für Goojjam, Analyse und Basisinformation*, Berlin 1973, S. 72 f.

24 Marco Antonio Ramírez: *Los Alimentos en Centroamérica*, San Salvador, 1968, S. 61.

25 René A. Orellana: *Ingresos y Gastos de la Familia del Asalariado Agrícola de Guatemala*, Guatemala 1971, S. 129 ff.

26 Gustavo A. Cordero Herrera et alii, a. a. O., S. 28; Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP): *Evaluación Nutricional de la Población de Centro América y Panamá*, Guatemala, Guatemala 1969, S. 12 ff.

27 Departamento Administrativo Nacional de Estadística: *Boletín Mensual de Estadística*, Vol. 264—265, 1973, S. 17 ff.

sich hier sehr deutlich, daß auch innerhalb der Gesellschaftsklassen Lateinamerikas die schwächsten Glieder die Unterernährungskonsequenzen tragen müssen. Sehr deutlich kommt dies beispielsweise bei Produktionsumstellungen in der Landwirtschaft von Nahrungsmitteln zu Sisalanbau oder Kaffeeanbau zum Tragen.²⁸

Die Ursachen für diese Situation sind natürlich in jedem Land etwas unterschiedlich. Für Guatemala sind die folgenden Punkte erklärungsrelevant²⁹:

1. Zunehmende Konzentration von Einkommen und Besitz, insbesondere auch beim Landbesitz.
2. Relative Stagnation der Pro-Kopf-Verfügbarkeit von Grundnahrungsmitteln in den letzten 10 Jahren.
3. Zunahme des Exportes lebenswichtiger Güter, vor allem bei Getreide, Gemüse, Früchten und Eiern.
4. Ansteigen des Konsumentenpreisindex insbesondere bei den Grundnahrungsmitteln wie Bohnen, Fleisch, Reis und Bananen.

Anzumerken ist, daß die Exporttendenz steigend ist bei jenen Gütern, hinsichtlich derer eine gravierende Differenz besteht zwischen ernährungsphysiologisch begründbarem Bedarf für die Eigenversorgung und aktueller Verfügbarkeit für die Masse der Bevölkerung. Eine ähnliche Situation findet sich dort in ganz besonderem Maße, wo die Entwicklung der Weltmarktpreise aufgrund eines vermeintlichen komparativen Kostenvorteils Monokulturen entstehen ließ.³⁰

Landbesitz und Einkommensverteilung, Ernährung, Wohnung, Bildung und Gesundheit formen also auch in Guatemala einen zusammenhängenden Regelkreis. Ohne eine massive Sozial- und Wirtschaftspolitik zur direkten Bekämpfung der Ursachen von Infektion und Ernährungsmängeln, die wohl am ehesten von einer versorgungsorientierten Landwirtschaftspolitik und -planung gestützt werden könnte, kann Gesundheitspolitik hier nur palliativ sein. Man hat ausgerechnet, daß man mit einem Dollar, der in präventive Medizin investiert wird, mehr als zehnmal so viele Benefits erzeugt, wie mit einem Dollar, den man in kurative Medizin investiert.³¹ Dies gilt in verstärktem Maße für jene Bereiche der Prävention, die der traditionell medizinischen Prävention vorgelagert sind. Natürlich besagt das nicht, daß traditionelle Gesundheitsversorgung irrelevant ist; es soll keineswegs der kurative und präventive Gesundheitsdienst diskreditiert werden. Es sollte jedoch seine bisweilen nur bescheidene Leistung für eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Masse der Bevölkerung verstanden werden. Gesundheitspolitik nur auf die traditionelle Gesundheitspolitik beschränken zu wollen, implizierte notwendigerweise eine Übergewichtung der Krankheiten der Mittelschichten, der Städte und der sozial bereits Privilegierten. Denn das vorhandene kurative Instrumentarium greift fast nur in den Städten, und es greift vor allem jene Krankheiten, die typisch sind für die privilegierten Bevölkerungsgruppen. Dies aber sind nicht die Zielgruppen der öffentlichen Gesundheitspolitik der lateinamerikanischen Länder.

28 Daniel R. Gross und Barbara A. Underwood: Technological Change and Caloric Costs: Sisal Agriculture in Northeastern Brazil, in: *American Anthropologist*, Vol. 73 (3), 1971, S. 725—741.

29 Vgl. Secretaría Permanente del Tratado General de Integración Económica Centroamericana (SIECA): Estadísticas sobre la Alimentación y la Agricultura en Centroamérica, Guatemala 1972, S. 50 ff.; dito: Indicadores Económicos Centroamericanos 1970, o. O., o. J., S. 54; Marco Antonio Ramírez, o. a. O., S. 63 ff.

30 Siehe J. Ariza: Consideraciones sobre la Situación de la Nutrición en el Caribe, in: Bernd Breuer und Detlef Schwefel (Hrsg.): Organización de Servicios Descentralizados de Sanidad Pública en América Latina, Berlin 1973, S. 175 ff.

31 Vgl. Jorge Ahumada et alii: Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud, Washington 1965, S. 34 ff.

Leitlinien der Gesundheitspolitik

Die Zielgruppen der lateinamerikanischen Gesundheitspolitik, deren implizite und explizite Leitlinien im folgenden skizziert werden sollen, sind zunächst einmal die 37 % der lateinamerikanischen Bevölkerung, die bislang überhaupt keinen Gesundheitsdienst erhielten, die also außerhalb der Reichweite des Gesundheitsdienstes liegen, und es sind insbesondere diejenigen, die eine private Gesundheitsversorgung nicht kaufen können.³² Bei der Formulierung des zweiten Zehnjahresplans für Gesundheit deklarierten die Gesundheitsminister Amerikas in professionellem Stolz, daß Gesundheit ein Recht für alle sei und nicht ein Privileg für einige.³³ Mit ihren Zielsetzungen wollen sie beitragen zu dem, was sie Humanisierung der Entwicklung nennen. Aus Zusammenhang und gegenseitigen Bezügen wird diese grundlegende Zielsetzung der lateinamerikanischen Gesundheitspolitik sehr klar und deutlich: es geht nur direkt um eine Verbesserung der Gesundheit der Masse der lateinamerikanischen Bevölkerung, indirekt geht es um eine Verbesserung ihrer Lebensbedingungen allgemein. Die grundlegende Zielsetzung läßt sich wie folgt benennen: Verbesserung der Lebensbedingungen der Masse der Bevölkerung mit Effizienz und Schnelligkeit. Das hat konkrete Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik und auf ihre Prioritäten.

Mit einem Teil dieser Prioritäten und den ihnen zugrundeliegenden Prinzipien wurde bereits oben argumentiert. Sie seien hier bloß summarisch genannt.³⁴

1. Prinzip der Ursachenorientierung. Prävention ist wichtiger, weil effektiver als kurative Behandlung; wichtiger als medizinische Prävention ist soziale oder wirtschaftliche Prävention.
2. Prinzip der transsektoralen Koordination. In dem Maße, in dem eine exekutiv potente interministerielle Koordination stattfindet, ist eine weitgreifende und effiziente Gesundheitspolitik möglich (qualitative Reichweite).
3. Prinzip des sekundären Nutzens. Primärer Nutzen von Gesundheitsdiensten ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Sekundärer Nutzen heißt, daß darüber hinaus ein Beitrag zur wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung geleistet wird beispielsweise durch eine Erhöhung der Anzahl verfügbarer Arbeitskräfte, durch eine Steigerung ihrer Produktivität, durch eine Ermöglichung von Kolonisation, Tourismus oder nationaler Integration durch Eradizierungsprogramme, etc.
4. Prinzip der Massen- bzw. Armutsmedizin. Zielgruppe der lateinamerikanischen Gesundheitspolitik sind sicherlich nicht die oberen Mittelklassen und die Oberklasse, und das impliziert eine simplifizierte Medizin aufgrund der oben skizzierten Morbiditätsstruktur.
5. Prinzip des Ausgleichs von Disparitäten. Dies ist die grundlegende sozialpolitische Implikation der lateinamerikanischen Gesundheitsplanung. Es geht aber vor allem um Disparitäten hinsichtlich des Gesundheitszustandes, nicht notwendigerweise um solche der Gesundheitsversorgung.

³² Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1972), a. a. O., S. 22.

³³ ebenda, S. 3.

³⁴ Vgl. zu der folgenden Zusammenstellung auch: Jorge Ahumada et alii, a. a. O.; Maurice King et alii: *Medical Care in Developing Countries*, Nairobi 1966; Pan American Health Organization (PAHO): *Coordination of Medical Care*, Washington 1970; John Bryant: *Health and the Developing World*, Ithaca 1971; Detlef Schwefel: *Organisation dezentralisierter Gesundheitsdienste in Lateinamerika — ein Überblick*, in: Detlef Schwefel und Bernd Breuer (Hrsg.): *Organisation dezentralisierter Gesundheitsdienste in Lateinamerika*, Berlin 1973; World Health Organization (WHO): *Organizational Study on Methods of Promoting the Development of Basic Health Services*, Geneva 1973; Ursula Bernauer und Elisabeth Freitag: *Poder Popular in Chile am Beispiel Gesundheit*, Nürnberg 1974; Alexander Dorozynski: *Doctors and Healers*, Ottawa 1975; Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Formulación de Políticas de Salud*, Santiago de Chile 1975.

6. Prinzip der Regionalisierung und Dezentralisierung. Es geht hierbei um eine funktionale Verknüpfung einfacher und hochspezialisierter Ressourcen im Gesundheitswesen, das heißt insbesondere um eine Verringerung der institutionellen Zersplitterung des Gesundheitswesens, um somit eine funktionale Gleichverteilung von Behandlungsmöglichkeiten trotz regionaler und räumlicher Ungleichverteilung zu erreichen.
7. Prinzip der öffentlichen bzw. staatlichen Versorgung. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß sich in Lateinamerika bislang nur der öffentliche Gesundheitsdienst um die oben genannten Zielgruppen gekümmert hat.
8. Prinzip der Partizipation der Bevölkerung: Nur durch eine Mitbeteiligung der Bevölkerungen an den Durchführungs- und Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen kann die kulturelle Distanz zwischen Gesundheitswesen und Bevölkerung reduziert werden: nur so ist, technokratisch gesprochen, eine längerfristige Sicherung eines billigen Gesundheitsdienstes möglich.
9. Prinzip der Planung. Angesichts knapper Ressourcen, höchsten Bedarfs und rapide steigender Nachfrage ist Planung im lateinamerikanischen Gesundheitswesen kein Objekt mehr für ideologische Dispute; Planung ist ganz einfach notwendig.
10. Prinzip der intrasektoralen Koordination. Es handelt sich darum, die institutionelle Zersplitterung des Gesundheitswesens in etwa 20-50 voneinander unabhängige Subsektoren zu reduzieren; das politische Schlagwort hierfür ist Vereinheitlichung bzw. Nationalisierung.
11. Prinzip der Ausnutzung nationaler Ressourcen bzw. der Autochtonie. Besonders wichtig wegen des Zustandes der Zahlungs- und Handelsbilanzen wird die Ausnutzung und Mobilisierung eigener Ressourcen, die Ausschöpfung brachliegender Ressourcen und der Einsatz entwicklungsstandadäquater Technologie.

Gesundheitspolitiken

Kristallisationspunkt für die wichtigsten Prioritätsbereiche der lateinamerikanischen Gesundheitspolitiken der 70er Jahre sollten die Erfahrungen mit der Gesundheitsplanung der 60er Jahre werden.³⁵

Planung, Organisation und Administration: Als einer der Schlüsselbegriffe im Rahmen der Gesundheitspolitik lateinamerikanischer Länder war im ersten Zehnjahresplan der Gesundheitsminister (1962) die Gesundheitsplanung genannt worden.³⁶ Dieser Schlüsselbegriff sollte einen qualitativ neuen Ansatz zur Bewältigung der Gesundheitsprobleme benennen. Zu Beginn der 60er Jahre war Planung im lateinamerikanischen Gesundheitswesen noch gleichbedeutend mit der Verwendung zumeist aus Industrieländern importierter Planungstechniken für Einzelprojekte: Ausrottung bestimmter Krankheiten, Krankenhausplanung, Mutter-Kind-Fürsorge.³⁷ Oftmals war sie auch bloß der Versuch einer Rechtfertigung von Anträgen zur Gewährung bilateraler und multilateraler Aus-

35 Vgl. hierzu Detlef Schwefel (1973), a. a. O., S. 1—102.

36 Siehe den ersten Zehnjahresplan der Gesundheitsminister Amerikas im Rahmen der Charta von Punta del Este; abgedruckt in: Pan American Health Organization (PAHO): Administration of Medical Care Services, New Elements for the Formulation of a Continental Policy, Washington 1966, S. 43 ff.

37 Eduardo Sarué: Planificación en Salud, Reflexiones sobre el Impacto del Método CENDES-OPS en América Latina, in: Bernd Breuer und Detlef Schwefel, a. a. O., S. 241 ff.

landshilfe.³⁸ Erst im Verlauf der 60er Jahre wuchs Planung über eine derartige Partialität hinaus. Gesundheitsplanung entwickelte sich zu einem generellen Leitfadensystem zur simultanen Bewältigung aller Gesundheitsprobleme. Bemerkenswert dabei ist insbesondere, daß während dieser Zeit in Lateinamerika ein eigenständiger Ansatz zur Gesundheitsplanung entstand, eine – wie die WHO sagt – „der ausgefeiltesten und am sorgfältigsten entworfenen aller Gesundheitsplanungsmethodologien“.³⁹

Man muß diesen Schlüsselbegriff des ersten 10-Jahres-Plans der amerikanischen Gesundheitsminister im Zusammenhang sehen mit der Wirtschaftsentwicklung Lateinamerikas in dieser Periode und mit der Entwicklung der Wirtschaftsideologie der CEPAL (Wirtschaftskommission der UN in Lateinamerika).⁴⁰ Nach dem Zweiten Weltkrieg konnten über die zukünftige wirtschaftliche Entwicklung Lateinamerikas noch optimistische Annahmen gelten: aus den Erlösen des Rohstoffsektors waren noch genügend Währungsreserven vorhanden, die Konsumgüterindustrie schien in einem ersten Stadium der Entwicklung sich zu befinden, eine gewisse interne Kapitalbildung konnte festgestellt werden, und es wurde angenommen, daß ein genügend großer interner Markt vorhanden sei. Hieraus ergab sich die strategische Annahme, daß ein beschleunigtes Wirtschaftswachstum die Kluft zwischen lateinamerikanischen Ländern und den Industrieländern verringern könnte. Unterentwicklung wurde gleichgesetzt mit mangelndem Wirtschaftswachstum; der Entwicklungsprozeß wurde gleichgesetzt mit einem Wachstum des Bruttosozialproduktes.⁴¹ Dem sozialen Sektor, also auch Erziehung und Gesundheit, wurde aufgrund dieser Konzeption keine Priorität zugesprochen; ihre Entwicklung würde gleichsam automatisch dem Wirtschaftswachstum folgen.⁴² Aktivitäten im Gesundheitssektor wurden also nur dann eingeleitet, sofern sie den Ausbau der Primärgüter flankierten. Finanziert durch bilaterale Abkommen insbesondere mit den USA wurden Programme zur Eradizierung von Malaria und Gelbfieber und Programme zur Wasserversorgung durchgeführt. Diesen vertikalen Gesundheitsprogrammen standen unkoordiniert gegenüber die eher armenfürsorglichen kurativen Gesundheitsdienste der öffentlichen Hand – finanziert zum Teil über Lotto und Toto durch die Masse der Bevölkerung selbst – und die in den 30er Jahren entstandenen Organisationen der Sozialversicherung. Die Vielzahl der übrigen Einrichtungen im Gesundheitswesen, die meist privater Natur waren, brauchen hier gar nicht erwähnt zu werden.⁴³

Insbesondere die Ökonomen der CEPAL zogen angesichts der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Entwicklung der lateinamerikanischen Länder diese Annahmen allmählich in Zweifel.⁴⁴ Denn nicht einmal auf wirtschaftlichem Gebiet kam es zu einem „take-off“, der gemäß der zugrundeliegenden Konzeption eintreten sollte. Verbal wurde der sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung gleichrangige Bedeutung beigemessen. Institutionelle Reformen im Erziehungssektor, Agrarreformen, Steuerreformen, Einkommensverteilung, das waren die strategischen Schlagworte derjenigen Etappe der Ideengeschichte der CEPAL,

38 Vgl. Dieter K. Zschok: *La Planificación de la Salud en Latinoamérica: Reseña y Evaluación*, in: *Revista de Planeación y Desarrollo* (Bogotá), Vol. 2 (3), 1970, S. 353–378, S. 361.

39 Herman E. Hilleboe et alii: *Approaches to National Health Planning*, Geneva 1972, S. 13.

40 Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Planificación de la Salud en la América Latina*, Washington 1973, S. 1 ff.

41 Vgl. United Nations (UN): *The Economic Development of Latin America in the Post-War Period*, New York 1964.

42 Economic Commission for Latin America (ECLA): „Social Development“ and „Social Planning“: A Survey of Conceptual and Practical Problems in Latin America, in: *Economic Bulletin for Latin America*, Vol. 11 (1), 1966, S. 42–70; Economic Commission for Latin America (ECLA): *Social Change and Social Development Policy in Latin America*, New York 1970, passim.

43 Milton I. Roemer: *La Atención Médica en América Latina*, Washington 1964; Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1973), a. a. O., S. 18 ff.

die in der Charta von Punta del Este kulminierte und die den 1. Zehnjahresplan der amerikanischen Gesundheitsminister enthielt. Und auch das Schlagwort Gesundheitsplanung gehörte nun zu diesem Repertoire von Schlüsselbegriffen.

In diesem Sinne wurde eine Arbeitsgruppe unter Leitung des chilenischen Nationalökonom Jorje Ahumada beauftragt, Leitlinien zur Gesundheitsplanung zu entwerfen unter dem Aspekt ihrer möglichen Integration in die nationale Entwicklungspolitik. Das Ergebnis war die sogenannte CENDES-PAHO-Methode.⁴⁵ CENDES steht für Centro de Estudios de Desarrollo, PAHO für Panamerikanische Gesundheitsorganisation.

Die sogenannte CENDES-PAHO-Methode will politische Empfehlungen geben für den bestmöglichen Gebrauch von beschränkten Ressourcen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes, genauer: zur Reduktion von Mortalität, indem sie alternative Entscheidungen einander konfrontiert. Es soll aufgewiesen werden, wieviel Gesundheit durch den Gebrauch bestimmter Ressourcen produziert wird, d. h. es sollen Beziehungen zwischen dem Einsatz alternativer Ressourcen und verhinderten Todesfällen aufgewiesen werden. Entscheidungskriterium für die Auswahl einer bestimmten Ressource oder einer bestimmten Ressourcenkombination ist das Verhältnis von Kosten und verhinderten Todesfällen. Nun sind jedoch nicht alle Todesfälle gleich wichtig und auch nicht in gleicher Weise reduzierbar. Deshalb wird von den Autoren der CENDES-PAHO-Methode zur Gesundheitsplanung die Inzidenz der Todesfälle mit der Vulnerabilität und der Importanz gewichtet. Aus dem Verhältnis von Prioritätsindex und Kosten/Ertrag werden die Schwerpunkte der Gesundheitspolitik abgeleitet.⁴⁶

Diese Methodologie soll nun nicht auf einen nationalen Durchschnitt angewendet werden, sondern auf ökologisch und ressourcenmäßig einheitliche Planungsgebiete, die sogenannten áreas programáticas, die in der Regel nicht mehr als 150 000 Einwohner umfassen. Auf dieser Ebene hat der Planungsprozeß folgende Stufen:

1. Diagnose der lokalen Gesundheitssituation.
2. Erklärung der lokalen Gesundheitssituation. Diese Erklärung – oftmals vernachlässigt – erfordert insbesondere eine qualitative Analyse der historischen Ursachen und der gesellschaftlichen Bedingungen der Gesundheitsprobleme.
3. Prognose der künftigen lokalen Gesundheitssituation ohne Veränderung der Gesundheitspolitik.
4. Bewertung der künftigen Situation anhand eines normativen Modells, das einem optimalen Gesundheitssystem entspricht.

Aufgrund dieser Informationen über lokale Planungsgebiete werden von der nationalen Planungsbehörde die knappen Ressourcen so auf die einzelnen Planungsgebiete verteilt, daß ein Optimum an nationaler Gesundheit erreicht wird. Als sozialpolitisches Minimum für diese Ressourcenzuteilung gilt, daß es keine Verschlechterung hinsichtlich der augenblicklichen Situation der Gesundheitsversorgung und des Gesundheitsniveaus geben darf. Das Maximum resultiert aus der Finanzierungs- aber auch Absorptionsfähigkeit der Gesellschaft für Gesundheitsverbesserungen.

⁴⁴ Vgl. ECLA (1966) und ECLA (1970), a. a. O.

⁴⁵ Jorge Ahumada et alii, a. a. O.; Pan American Health Organization (PAHO): Study Group on Health Planning, Puerto Azul 1965.

⁴⁶ Unter Inzidenz wird die Auftretenshäufigkeit einer Todesursache verstanden, unter Vulnerabilität die Reduzierbarkeit der Inzidenz einer Todesursache (so haben beispielsweise Pocken eine größere Vulnerabilität als Krebs) und unter Importanz bzw. Transzendenz die wirtschaftliche oder soziale Bedeutung eines Todesfalles (Ist der Tod eines Familienvaters bedeutsamer als der Tod eines Kleinkindes?). Vgl. hierzu Jorge Ahumada et alii, a. a. O., S. 24 ff.

Die CENDES-PAHO-Methode zur Gesundheitsplanung war sicherlich nicht konzipiert worden als perfektes Instrument zur Gesundheitsplanung, sie sollte vielmehr Anstoß geben zu einer Diskussion über Planung im Gesundheitswesen, die eine längerfristige und globalere Perspektive nicht scheut. Planung ist in diesem Sinne weniger eine ausgefeilte Methode als ein der Rationalität verpflichteter Denkprozeß.

Gegenwärtig benutzen fast alle lateinamerikanischen Länder diese CENDES-PAHO-Methode zur Begründung der nationalen Gesundheitspläne.⁴⁷ In den nunmehr knapp 10 Jahren ihrer Anwendung und Verwendung zeigten sich natürlich sehr deutlich die Schwachstellen dieser Planungstechnik und damit auch die sozialen Rahmenbedingungen, die einer der Rationalität verpflichteten Planung im Wege stehen und die zu der Forderung nach Koordination auf interministerieller Ebene geführt haben ebenso wie zu den Forderungen nach Nationalisierung und Demokratisierung im Gesundheitswesen.

Man müßte hier sicherlich noch eingehen auf die Anwendungsgebiete der CENDES-PAHO-Methode, auf die Fristigkeit der Planung, auf die Stufen der Planung, auf Minimal- und Maximalpläne und auf die sozialpolitischen Leitlinien der Planung und vieles mehr; all das wäre sicherlich wichtig und interessant auch für europäische Gesundheitsplanung. Aber es geht hier vielmehr darum, die Reaktionen auf Planung darzustellen als Hinweis auf die wichtigsten Diskussionspunkte der lateinamerikanischen Gesundheitspolitik der 70er Jahre. Und zwar Reaktion vielleicht weniger auf die Planung als ein technokratisches Kalkül, sondern Planung als ein der Rationalität verpflichteter Denkprozeß, der wie einer der Autoren dieser Methode sagt, sehr deutlich hinweist auf die „Kerne der Irrationalität, die Prestige, Privileg und Macht aufrechterhalten“.⁴⁸

Interessanter als die positiven Effekte der Planung, die sich in der nun 10jährigen Anwendungszeit in fast allen lateinamerikanischen Ländern zeigen, sind die Negativa, die auf die Politiken der 70er Jahre hinweisen: auf Nationalisierung, Dezentralisierung, Demokratisierung und übersektorale Abstimmung.

Ziel der Ausarbeitung eines Leitfadens zur Gesundheitsplanung war es gewesen, Gesundheitspolitik in sich selbst zu integrieren und zugleich in die nationale Entwicklungspolitik. Aber weder hier noch dort zeigten sich durchschlagende Erfolge, abgesehen von einigen Ländern, in denen Planung und interministerielle Absprache in einem Planungszyklus verankert wurde; Panama und Kolumbien sind Beispiele hierfür.⁴⁹ In manchen anderen Ländern nehmen sich die Gesundheitspläne aus wie methodologische Pflichtübungen, wie die modische Verpackung traditioneller und isolierter Politiken. Zu selten wurde der Aspekt der radikalen Erklärung der Gesundheitssituation faktisch in den Mittelpunkt der Gesundheitsplanung gestellt. Das spiegelt natürlich die gesellschaftliche und die finanzielle Position des öffentlichen Gesundheitssektors wider in gemischten Wirtschaften, genauer gesagt, in kapitalistischen Gesellschaften. Eine Allokation der Güter und Dienstleistungen jenseits des Marktmechanismus, und der öffentliche Gesundheitsdienst ist ja ein Musterbeispiel dafür, ist politisch und gesellschaftlich in den meisten lateinamerikanischen Ländern noch nicht übertragbar auf andere Sektoren, auch wenn gerade der Gesundheitssektor und der Gesundheitszustand der Bevölkerung ein sehr guter Indikator ist für die ne-

47 Pan American Health Organization (PAHO): National Health Service Planning, A Working Manual, Port of Spain 1967; Hernán Duran: Enfoque y Perspectivas de la Planificación de la Salud como Parte del Desarrollo en América Latina, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 68 (1), 1970, S. 40–53; Detlef Schwefel et alii: Diseño de un Sistema de Información para la Planificación de la Salud, Berlin 1972; Eduardo Sarué, a. a. O., S. 241–246; Organización Panamericana de la Salud (OPS), Centro Panamericano de Planificación de la Salud: Cursos Básicos de la Salud, Santiago de Chile 1975.

48 Eduardo Sarué: a. a. O., S. 244.

49 Siehe: Detlef Schwefel (1973), a. a. O., S. 12.

gativen Auswirkungen des Marktprinzips in anderen Sektoren auf den Gesundheitszustand.

Es zeigten sich weitere Kurzschlüsse und Beschränkungen der Gesundheitsplanung. Es zeigte sich insbesondere, daß eine rein technokratische Planung und Planungsmethodologie nicht ausreicht. Denn der implizierte Effektivitätsbegriff konfligiert notwendigerweise mit den den aktuellen gesundheitspolitischen Entscheidungen zugrundeliegenden Kriterien und Interessen. Aber das Modell einer technokratischen Rationalität kann im Vergleich zur aktuellen Situation der Gesundheitsversorgung auf Einstiegsbereiche hinweisen, die einer Lösung bedürfen, ehe die Rationalität der Planung in die Gesundheitspolitik oder auch in die Entwicklungspolitik eingebracht werden kann. In diesem Sinne zeigten sich sehr deutlich die Einstiegsbereiche für die Gesundheitspolitik der 70er Jahre. Es ist fraglich, ob diese Probleme sich so deutlich gezeigt hätten, wenn die naive Technokratie der CENDES-PAHO-Methode nicht darauf aufmerksam gemacht hätte. Es ist sicher, daß die mit der CENDES-PAHO-Methode ausgebildeten weit über 5000 Gesundheitsplaner die wichtigsten Befürworter der drei Hauptpolitiken der Gesundheitsversorgung in den 70er Jahren sind: Nationalisierung, Beteiligung der Bevölkerung, extrasektorale Koordination, das sind die drei Schlüsselbegriffe.

Nur ein paar Sätze zur Politik der *Nationalisierung im Gesundheitswesen*.⁵⁰ Es soll nur gesagt werden, was sie nicht ist. Sie ist nicht totale Sozialisierung der Gesundheitsdienste; das ist machtmäßig nicht möglich in den meisten lateinamerikanischen Ländern. In einem nationalisierten Gesundheitssystem hat auch eine private Medizin Platz; man sah dies deutlich beim nationalen Gesundheitsdienst (SNS) in Chile. Worauf es bei einer Nationalisierung im lateinamerikanischen Sinne ankommt, ist zunächst bloß eine sinnvolle Koordination der atomisierten Gesundheitsdienste und das heißt ihre bessere Ausnutzung im Rahmen der knappen finanziellen Ressourcen im Namen der Effizienz und der Effektivität. Die Diskussionen in Kolumbien weisen sehr deutlich in diese Richtung und nicht in die eines aufgebauten Popanzes.

Die institutionelle Zersplitterung des Gesundheitssystems schlägt sich auch nieder in einer mangelnden Reichweite des Gesundheitssystems. Die immerhin noch erhebliche mangelnde Reichweite des lateinamerikanischen Gesundheitsdienstes – nur 63 % der Bevölkerung werden vom Gesundheitssektor erfaßt –, ist der Ausgangspunkt für eine Begründung von sog. *Dezentralisierungspolitiken* in fast allen lateinamerikanischen Ländern.⁵¹ Voraussetzung der Dezentralisierung sind zumeist Regionalisierungssysteme.

Das Land wird in x Gesundheitsregionen und y Gesundheitsdistrikte eingeteilt. Diesen Gesundheitsregionen und Gesundheitsdistrikten werden dann unterschiedliche Versorgungsfunktionen zugeschrieben, die mit unterschiedlichen Instrumentenbündeln erfüllt werden sollen. Auf der untersten Ebene etwa mit Hilfe von ländlichen Hebammen, auf einer etwas höheren Ebene mit Hilfe von Gesundheitsposten oder Gesundheitszentren, auf einer mittleren Ebene mit Hilfe von Allgemeinkrankenhäusern ohne fachärztliche Abteilungen, auf der obersten Ebene mit Hilfe von hochspezialisierten Krebsforschungszentren und Spezialisten für plastische Chirurgie. Diese unterschiedlichen Versorgungsniveaus sollen dann in einen funktionalen Zusammenhang gebracht werden. Referenz von unten

50 Vgl. Beispielsweise: Gabriel Briceño Romero: *Socialización de la Medicina en Venezuela*, Caracas 1963; Hernán San Martín: *Salud y Enfermedad*, Habana 1963; Guillermo Aranda Álvarez: *Hacia una Medicina Socializada*, La Paz 1968; Humberto Córdoba W. et alii: *Servicio Nacional de Salud, Proyecto de Estructura*, IV Congreso Colombiano de Salud Pública, Pasto 1971; Ray H. Elling (Hrsg.): *National Health Care, Issues and Problems in Socialized Medicine*, Chicago 1971.

51 Siehe hierzu insbesondere: Detlef Schwefel (1973), a. a. O., S. 24 ff.

nach oben und Überwachung und Kontrolle von oben nach unten, das sind die wichtigsten Punkte eines solchen pyramidalen Systems.

In diesem System der Dezentralisierung hat natürlich die Beteiligung der Bevölkerung an den Entscheidungs- und Durchführungsprozessen einen besonderen Stellenwert, insbesondere an der Basis der Pyramide.⁵² Dieser Begriff „*Participación Popular*“ hat in den Publikationen der WHO, der PAHO und der einzelnen Gesundheitsministerien schon seit längerer Zeit einen verbal hohen Stellenwert. Er wurde erneut zu einem der Schlüsselbegriffe für die 70er Jahre. Partizipation bedeutet in diesem Zusammenhang mehr als beispielsweise die passive Teilnahme an Gesundheitskampagnen. Partizipation bedeutet mehr als bloß die verstärkte finanzielle Teilnahme am Gesundheitsdienst, zum Nutz und Frommen auch der Oberklassen. Partizipation ist auch nicht bloß der manuelle Beitrag der ländlichen Arbeitskraft beim Bau von Wasserleitungen oder ähnlichem. Partizipation im Sinne der Gesundheitsminister Amerikas ist die Mitentscheidung und Mitbestimmung über Prioritäten und die Mitbeteiligung bei der Durchführung und Implementation des Gesundheitsdienstes. In diesem Sinne weist der Begriff Partizipation der Bevölkerung auf einige entscheidende Probleme des lateinamerikanischen Gesundheitswesens hin.

Er weist zunächst hin auf die *mangelnde Orientierung des medizinischen Personals* an den Notwendigkeiten und Bedürfnissen einer entwicklungsstandadäquaten Gesundheitsversorgung.⁵³ Eine solche Reorientierung an die Bedürfnisse des eigenen Landes – wie man es nennt – wird in fast allen Ländern, jedoch mit einem unterschiedlichen Instrumentarium angestrebt. Etwa durch die Einführung eines ländlichen Pflichtjahres für die Jungmediziner, das oftmals aber bloß eine kurzfristige exotisch-abenteuerliche Abweichung der normalen medizinischen Karriere ist und das zum anderen fast immer unterlaufen werden kann; nirgendwo anders sind die Gesundheitsposten in Kolumbien so leer wie dort, wo sie von einem Jungarzt im Pflichtjahr betreut werden sollen. Weiterhin wird eine Reorientierung des hochqualifizierten medizinischen Personals angestrebt durch eine Veränderung der Lehrpläne und Lehrinhalte an den Universitäten: all das reicht natürlich nicht aus, solange die Rekrutierung der hochqualifizierten medizinischen Ressourcen nicht verändert wird. Nach wie vor studieren in Guatemala fast nur Städter und Oberklassenangehörige Medizin.⁵⁴ Natürlich wurde in Chile von den Standesorganisationen ein Versuch niedergeschlagen, Bauernjungen zu einer Kombination aus Tierarzt und Humanarzt auszubilden.⁵⁵ Die gesellschaftliche Klassenbasis der Mediziner zeigte sich ja hier besonders deutlich; der Ärztestreik wurde zu einer strategischen Komponente im Kampf gegen Allende.⁵⁶ *Participación Popular* war hier besonders ernst genommen worden; aber diese *Participación Popular* hatte natürlich sich nicht einengen lassen auf finanzielle und manuelle Zuträgerfunktionen für den Gesundheitsdienst. Dezentralisierung erfordert *Participación Popular* und *Participación Popular* erfordert eine Demokratisierung des Ver-

52 World Health Organization (WHO): *National Health Planning in Developing Countries*, Geneva 1967, S. 21; José M. Ugarte: *La participación Comunitaria en Salud*, in: *Cuadernos Médico-Sociales* (Santiago de Chile), Vol. 11 (3), 1970, S. 31–32; Humberto Romero Álvarez: *La Participación de la Comunidad en la Promoción del Saneamiento Ambiental*, in: *Salud Pública de México*, Vol. 13 (4), 1971, S. 513–516; Abraam Sonis: *Desarrollo Económico-Social y Salud Pública*, Buenos Aires 1971; *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* (1972), a. a. O., Teil 1, S. 15 ff.; Ursula Bernauer und Elisabeth Freitag, a. a. O.

53 Vgl. hierzu: Detlef Schwefel (1973), a. a. O., S. 39 ff.

54 César A. Vargas M. und Luis O. Angel A.: *Cambios en la Educación Médica en Guatemala en el Último Decenio (1963–1973)*, Tabajo Presentado en el XV Congreso Centroamericano de Medicina, San José de Costa Rica 1973, S. 26.

55 Persönliche Information des Autors.

56 Vgl. Franz Hinkelhammert: *Der soziale Konflikt in der Regierungszeit der Unidad Popular*, in: *Probleme des Klassenkampfes*, Vol. 4 (3), 1974, S. 35–47, hier S. 38 ff.

hältnisses zwischen Medizinern und Bevölkerung. Participación Popular und traditionelle Klassenmedizin widersprechen sich notwendigerweise.

Diese mangelnde Kompatibilität zwischen hochqualifizierten Gesundheitsressourcen und den Bedürfnissen der Masse der Bevölkerung führte in verstärktem Maße in fast allen lateinamerikanischen Ländern zur *Förderung paramedizinischen Personals*.⁵⁷ Solch ein paramedizinisches Personal ist sinnvoll, aber nur einsetzbar im Rahmen eines dezentralisierten und d. h. funktional verflochtenen Systems der kontinuierlichen Überwachung, Fortbildung und Überweisung. Auf der untersten Ebene des dezentralisierten öffentlichen Gesundheitssystems etwa in Venezuela und in einigen Departamentos in Kolumbien werden beispielsweise Hilfskräfte eingesetzt mit einer etwa 2monatigen Ausbildung in erster Hilfe, Geburtshilfe, präventiver Medizin, Gesundheitsstatistik und Diagnostik für etwa 60-80 Gesundheitsschäden. Diese Hilfskräfte werden zumeist direkt von Ärzten im Landdienst überwacht oder von den Landhospitälern.

In einigen anderen Ländern werden neben diesen Gesundheitsarbeitern, wie etwa in Guatemala, etwas besser qualifizierte Hilfskräfte, sog. ländliche Medizintechniker mit einer etwa 2jährigen Ausbildung eingesetzt; sie sollen Leiter eines Gesundheitsdienstes sein, von dem aus etwa 10 Hilfskräfte überwacht werden. Es kann hier nicht auf Einzelheiten eingegangen werden; worauf es ankommt, ist nur der Hinweis auf die Notwendigkeit der Ausbildung und Einsetzung paramedizinischen Personals.

Dezentralisierung und Beteiligung der Bevölkerung an den Entscheidungsprozessen gehören sehr eng zusammen. Das haben die Dezentralisierungspolitiken in Lateinamerika sehr deutlich gezeigt. Und die Participación Popular weist sehr deutlich über den Gesundheitssektor hinaus, sofern es sich nicht bloß um eine finanzielle und manuelle Partizipation handelt. Die Erfahrungen mit der Partizipation haben gezeigt, daß eine bessere Ernährung gefordert wird, billigere Preise für lebensnotwendige Güter, Zugang zu Land, Marktverbindung, Reduktion privater Wegerechte etc. Besonders deutlich zeigte sich dies in einem breit angelegten panamaischen Programm zur Kommunitären Medizin.⁵⁸ Es zeigte sich hier, daß nur ein dreistrahligter Ansatz durchführbar war: eine *interministerielle Koordination* von Landwirtschaftsministerium, Erziehungsministerium und Gesundheitsministerium sollte gewährleisten, daß eine Gesundheitspolitik durchgeführt werden konnte, die den oben erwähnten Prinzipien nahe kommt. In den Dorfgemeinschaften sollen Gesundheitskomitees die Bevölkerung sensibilisieren, nicht bloß für die autonome Lösung ihrer Gesundheitsprobleme, sondern für die kollektive Lösung ihrer sozialen Probleme überhaupt. Somit ist die wesentliche Komponente dieses Programms die Produktion landwirtschaftlicher Erzeugnisse, die ernährungsphysiologisch für einen adäquaten Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung notwendig sind.

Dieses panamaische Programm weist darauf hin, daß ohne eine extrasektorale Koordination eine nicht nur an den Symptomen kurierende Gesundheitspolitik nicht möglich ist. Auf der Ebene Gesundheit-Ernährungsschäden-Agrarproduktion ist dies sehr leicht einsichtig. So ist auch auf diesem Gebiet der wichtigste Versuch erwachsen, eine ursachenorientierte Gesundheitspolitik durch eine *nationale Nahrungsmittel- und Ernährungspolitik* zu flan-

57 Intermediate Technology Group: Health Manpower and the Medical Auxiliary, London 1971; Juan de Dios Rosales: Demanda y Aceptación del Técnico en Salud Rural, Guatemala 1972 (hekt.); N. R. E. Fendall: Auxiliaries in Health Care Programs in Developing Countries, Baltimore 1972; Alberto Viau D.: The Medical Auxiliaries within the Framework of the National Health Plan of Guatemala, Guatemala 1973 (hekt.).

58 Ministerio de Salud (Panamá): Política y Programas de Medicina Comunitaria en Panamá 1968-1971, Panamá 1971; Ministerio de Salud (Panamá): Programa de Salud Integral para las Comunidades, Panamá 1972; Julio C. Sandoval und Tomás Engler: Acciones Locales del Proceso de Planificación Nacional de la Salud, in: Revista Panameña de Planificación de la Salud, Vol. 2 (4), 1974, S. 44-54.

kieren.⁵⁹ Während noch in den 60er Jahren Ernährungsprogramme völlig unkoordiniert neben Gesundheitsprogrammen durchgeführt wurden, will eine solche Nahrungsmittel- und Ernährungspolitik auf nationaler Ebene das Erreichen, was im panamaischen Beispiel auf lokaler Ebene versucht und durchgeführt wird.

Wenn über 50 % der Gesundheitsschäden insbesondere der sozialpolitisch definierten Zielgruppen der Gesundheitspolitik durch Ernährungsschäden zumindest mitbedingt sind, dann – so war die Logik – ist es notwendig, Ernährungsprogramme durchzuführen.⁶⁰ Nun gibt es dafür zwei grundsätzliche Strategien: Linderung der Konsequenzen der Unterernährung oder Veränderung der familiären Verfügbarkeit und des familiären Konsums von Nahrungsmitteln. Kosten-Nutzen-Erwägungen sprachen ganz eindeutig für die zweite Variante, diese zweite Variante aber greift eindeutig über den Gesundheitssektor hinaus. Hierbei lassen sich analytisch zwei Substrategien unterscheiden: Veränderung der Nachfrage nach Nahrungsmitteln oder Veränderung des Angebots von Nahrungsmitteln. Eine Veränderung der Nachfrage nach Nahrungsmitteln wird hauptsächlich durch Ernährungserziehung angestrebt.

Insgesamt ist diese Strategie zur Verbesserung der Nahrungsmittelnachfrage eine langfristige, die auf nationaler Ebene wohl kaum schnell Erfolge zeitigt. Nur wenn Nachfrage- und Angebotsstrategie miteinander verknüpft werden, kann es bessere und schnellere Erfolge geben; logisch aber impliziert dies – sofern es nicht nur auf ganz winzige Zielgruppen beschränkt ist – eine sehr starke Einschränkung des Marktmechanismus. Deshalb hat man sich isoliert auf die zweite Strategie konzentriert, auf die Veränderung des Angebots: Beispiele sind hierfür die Anreicherungsprogramme von Nahrungsmitteln, Jodisierung des Salzes, Vitaminanreicherung von Mehl und Zucker und Nahrungsmittellieferungen an Zielgruppen wie Kinder, Schulkinder, Schwangere, Produktion technologisch neuer, unkonventioneller Nahrungsmittel. All das hat jedoch nicht die erwarteten Erfolge gebracht.

Auch die Gründung von Ernährungsinstitutionen auf nationaler oder regionaler Ebene hat nicht die erwünschten Erfolge gebracht; sie hat der atomisierten Struktur des Gesundheitssektors bisweilen nur ein neues Atom hinzugefügt. Dennoch sind gerade aus den Arbeiten einiger dieser Institutionen wesentliche Anregungen für eine ursachenorientierte Gesundheitspolitik hervorgegangen. Es handelt sich um Modelle einer auf Konsumstandards basierenden Agrarplanung, einer sog. nationalen Nahrungsmittel- und Ernährungspolitik.⁶¹ Nur wenn eine solche Nahrungsmittel- und Ernährungspolitik im Rahmen einer an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientierten Entwicklungspolitik tatsächlich durchgeführt würde, wäre es möglich, die Aktivitäten des Gesundheitssektors im engen Sinn zu rationalisieren. Gegenwärtig sind noch weit über die Hälfte der eigentlichen Gesundheitsressourcen falsch eingesetzt; sie kurieren an Symptomen, deren Ursachen zu begreifen und anzugreifen es gilt.

59 B. S. Johnston und J. P. Greaves: *Manual on Food and Nutrition Policy*, Rome 1969; Alan Berg und Robert Muscat: *Nutrition and Development: The View of the Planner*, in: *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 25, 1970, S. 186–209; Pan American Health Organization (PAHO): *Elements of a Food and Nutrition Policy in Latin America*, Washington 1970.

60 Vgl. hierzu: Detlef Schwefel (1973), a. a. O., S. 51 ff.

61 Proyecto Interagencial de Promoción de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición: *Primera Conferencia Subregional de Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición*, Informe Final, Lima 1973 (hekt.); dito: *Reunión Interagencial de Consulta Sobre Políticas Nacionales de Alimentación y Nutrición en las Américas*, Informe Final, Santiago de Chile 1973 (hekt.).

Summary

The primary health problems of the masses of Latin American populations extend beyond the health sector itself, namely into the sector where illness is fought with hospitalization, consultation, and inoculation campaigns. The problems include a miserable environment, characterized by shortage of water supplies, national agricultural production policies oriented primarily toward export, and, not lastly, a social structure which is discriminatory in all aspects. That means that an integral and efficient health policy in Latin America must begin with the social and economic limitations of poverty and privileges in the health sector — for example, with the class interests of the doctors, the profit margin of the pharmaceutical industry, employment policies, import policies, etc. That sounds utopian, but it has significant implications for a relevant health policy which wants to be efficient at the same time.

If one analyzes basic demographic and bio-statistical data of several Latin American countries, three important characteristics of Latin America's health problems become very clear: the youthfulness of the population (implying certain mortality and morbidity patterns), the preventability of primary categories of illness, and, not lastly, reflection of serious social inequalities in the health situation of Latin American populations.

Latin American estimates say that in about 60 % of the cases of death and illnesses, especially those resulting from the infection/nutrition complex, the causes can hardly be reduced over the long-range through activities which are confined only to the health sector. However, if one examines public activities in several Latin American countries in the field of environmental restoration and especially in the field of nutrition, it is clear present techniques and strategies can hardly make a dent. The present actual health policy and isolated other policies which have precedence over the health sector have only limited influence toward changing the prospects of life for the masses.

These realities of the health problem and policy in many Latin American countries are in contrast to the guidelines for efficient health policies, as suggested in the 10-year plans of the American Minister of Health. These guidelines primarily emphasize the necessity for a cause-oriented health policy, intra- and trans-sector coordination of fragmented health services, regionalization and decentralization to balance out disparities, planning and participation, and utilization of national resources within the context of integral development planning. From this it becomes clear that the basic goals of Latin American health policies only aim at improving the health of the masses directly. Indirectly, however, what is involved is an improvement in the general conditions of life for the Latin American populations. If one confronts this goal with reality, then the gap could not be greater.

Nevertheless, in the Latin American discussion there are numerous interesting and innovative attempts to achieve a good and efficient health policy. Several could even be exemplary and serve as a model for European countries. Especially the experience with health planning over the past 10 years has shown the point of departure for this kind of good and effective policy.

During this period, an independent health planning methodology, the so-called CENDES-PAHO method, was developed and applied in Latin America. This method wants to make political recommendations for the best possible use of limited resources for improving the state of health. More interesting, however, than the positive effects of planning, seen in nearly all Latin American countries, is the disclosure of the political and social barriers which stand in the way of rationally directed planning. These experiences clearly indicate the area which health policies must address if they are to come close to the guidelines mentioned.

In this context, nationalization, decentralization, democratization, and trans-sector coordination have become the important points of discussion for Latin American health policy. Nationalization in no way means total socialization of the health services, but rather at first meaningful coordination of their fragmented parts. However, in view of the primary health problems of the Latin American masses, the state will be the important vehicle, for only a national health service can increase the inadequate scope of the present services which reach only 63 % of the population. For some time decentralization and regionalization systems have already been utilized in order to broaden the scope of the health services. Their essential function, through transfer, supervision, and control, is to make highly qualified health resources available also to the masses. On the basis of such a decentralized health system, paramedical personnel will increasingly be used, for they have shown several distinct advantages vis-a-vis doctors. Especially important is the paramedics' closer cultural and social ties to the patient. This points to another aspect — the necessity for reorienting medical personnel toward the needs of a developmentally adequate health care system and the needs of the masses. The introduction of an obligatory rural-duty-year for doctors, as well as curriculum changes within the educational context, are first steps in this direction.

Decentralization and participation by the population in the health policy decision-making process are closely related. In so far as this participation of the people is not only a manual and financial one for the advantage of the middle-class, it has significant implications for health policy: on the one hand, it contradicts an over-specialized, class-oriented medicine, and, on the other, it supports a functional coordination of administratively divided areas of responsibility. It has long been clear to the people what it is that medical congresses still argue about, if at all: namely, that an effective health policy has to begin with the social and economic limitations of the poor and the privileged in the health sector. Even if, given the actual circumstances, this sounds utopian, the openness and, at times naive-sounding, intellectuality of the health policy discussion in Latin America has suggested interesting and innovative models for that kind of policy. One of the promising first steps in this direction is the model for a national food stuffs and nutrition policy. It, at least theoretically, takes seriously the guidelines for adequate health policies mentioned above.

Résumé

Les problèmes principaux de santé de la majorité des populations de l'Amérique Latine vont au-delà du domaine proprement dit de la santé, à savoir le domaine dans lequel les maladies sont combattues par l'hospitalisation, les consultations et les campagnes de vaccination; ces problèmes sont le résultat d'un environnement misérable, d'un approvisionnement en eau insuffisant, d'une politique nationale de production agricole orientée surtout vers les exportations et enfin d'une structure sociale discriminatoire dans tous ses aspects. Il en découle qu'une politique de santé publique intégrale et efficace en Amérique Latine doit s'attaquer d'abord au contexte social et économique de la misère et des privilèges dans le secteur de la santé publique, par exemple aux intérêts du corps médical, aux marges bénéficiaires de l'industrie pharmaceutique, à la politique de l'emploi, à la politique en matière d'importations, etc. Ces revendications semblent utopiques, mais elles sont indispensables pour une politique de santé publique qui soit à la fois réalisable et efficace.

L'analyse des données de base démographiques et bio-statistiques d'un certain nombre de pays latino-américains fait nettement ressortir trois caractéristiques essentielles des problèmes sanitaires latino-américains: l'âge moyen jeune de la population, impliquant une structure déterminée de mortalité et de morbidité, la possibilité technique de combattre les catégories principales de maladies par la prophylaxie, et enfin le reflet des graves inégalités sociales dans l'état de santé de la population latino-américaine.

Des estimations latino-américaines prévoient qu'environ 60 % des décès et des cas de maladies, en particulier ceux qui ont leur origine dans l'effet combiné d'une infection et de la malnutrition, ne pourront guère être diminués à long terme par des mesures sanitaires stricto sensu. Si cependant on étudie dans certains pays de l'Amérique Latine les activités de l'Etat dans le domaine de l'assainissement de l'environnement, et en particulier dans le domaine de l'alimentation, on se rendra compte que les techniques et les stratégies choisies jusqu'à ce jour ne pouvaient guère aboutir au but recherché; la politique actuelle de santé publique et les politiques non coordonnées en amont du domaine sanitaire n'influencent que faiblement l'espérance de vie de la masse de la population.

C'est à cette réalité des problèmes de santé et des politiques de santé publique dans de nombreux pays de l'Amérique Latine que répondent les directives de politique sanitaire efficaces telles qu'elles peuvent être dérivées des plans décennaux des ministres de santé publique d'Amérique. Ces directives insistent en particulier sur la nécessité de pratiquer une politique de santé publique axée sur les causes, sur la nécessité de coordonner entre eux et avec des organismes transsectoriels les services de santé publique disséminés, sur la nécessité d'une régionalisation et d'une décentralisation en vue d'éliminer les disparités, sur la nécessité d'une planification et d'une participation et la nécessité d'exploiter les ressources nationales dans le cadre d'une planification intégrale du développement. Il en résulte que l'objectif primordial de la politique de santé publique latino-américaine n'aspire que directement à une amélioration de la santé de la masse des populations latino-américaines, indirectement cependant il s'agit d'améliorer les conditions de vie générales de cette population. En comparant ce but avec la réalité, on constate que le gouffre qui les sépare ne pourrait être plus grand.

Toutefois, un grand nombre de tentatives intéressantes et innovatrices de politique sanitaire saine et efficace sont en discussion en Amérique Latine, certaines pourraient même servir d'exemple et de modèle à des pays européens. L'ébauche d'une telle politique se retrouve en particulier dans les expériences de planification de la santé publique faites ces dix dernières années. Au cours de cette décennie, une méthodologie de planification de la santé publique spécifiquement latino-

américaine a été développée et appliquée; il s'agit de la méthode appelée CENDES-PAHO; elle se propose d'émettre des recommandations politiques visant à faire le meilleur usage possible des ressources limitées disponibles pour améliorer l'état de santé de la population. Ce qui est cependant plus intéressant que les effets positifs de la planification qui ont pu être observés dans presque tous les pays de l'Amérique Latine, est la découverte des barrières politiques et sociales qui s'opposent à une planification d'orientation rationnelle. Ces expériences révèlent clairement les limites d'application de politiques sanitaires s'inspirant des directives mentionnées plus haut.

C'est ainsi que la nationalisation, la décentralisation, la démocratisation et la coordination transsectorielle sont devenues les points les plus débattus dans la discussion sur la politique sanitaire des pays latino-américains. Nationalisation ne signifie nullement socialisation totale des services de santé publique, mais avant tout une coordination sensée de services sanitaires disséminés; face aux principaux problèmes de santé de la masse de la population latino-américaine, chaque Etat devra cependant être le premier organisateur de services de santé nationaux, car seul un service étatique de santé publique pourra augmenter la portée insuffisante des services de santé latino-américains; 63 % de la population seulement sont jusqu'à présent encadrés par la santé publique. Pour augmenter le rayon d'action de la santé publique, des systèmes de décentralisation et de régionalisation ont été instaurés depuis un certain temps déjà. Leur fonction principale est de rendre accessibles à la masse de la population les ressources sanitaires, même hautement qualifiées, grâce à un système de transfert de surveillance et de contrôle. La base d'un tel système de santé publique décentralisé est desservie de manière accrue par un personnel paramédical qui a certains avantages décisifs par rapport aux médecins; l'un des facteurs particulièrement important est le rapprochement culturel et social de ce personnel et du patient. Ce qui nous amène à un autre aspect: à la nécessité d'une réorientation du personnel médical en fonction des besoins d'un système de santé publique adapté au niveau de développement de ces pays et en fonction des besoins de la masse de la population; l'introduction d'une année obligatoire de service dans les campagnes pour les médecins et des modifications dans le programme de formation médicale ne constituent que les premiers pas dans cette direction.

La décentralisation et la participation de la population aux processus de décisions dans le domaine de santé publique sont étroitement liées l'une à l'autre. Pour autant que cette participation de la population n'implique pas seulement un droit de regard manuel et financier pour le bien des classes moyennes, elle a sur la politique sanitaire des conséquences essentielles: d'une part, elle s'oppose à une médecine de classe hyperspécialisée et, d'autre part, elle implique une coordination des fonctions administratives de domaines séparés de compétence. Depuis longtemps, la population s'est rendu compte d'un fait que seuls les congrès médicaux pourraient encore mettre en doute, à savoir qu'une politique sanitaire efficace doit s'attaquer aux contextes social et économique de la misère et aux privilèges dans le domaine de la santé. Même au risque de paraître utopique à l'heure actuelle, la sincérité et un certain académisme naïf dans la discussion sur la politique sanitaire en Amérique Latine ont fait entrevoir des modèles de politique intéressants et novateurs; un des débuts les plus prometteurs dans ce domaine est le modèle de politique nationale d'alimentation et de nutrition qui, du moins sur le plan théorique, prend au sérieux les directives de politique sanitaire citées ci-dessus.

**sonderdruck
aus
vierteljahres
berichte**

Nr. 62 · Dezember 1975

**Forschungsinstitut der
Friedrich-Ebert-Stiftung**