

Medicus  
Mundi  
Schweiz

# Bulletin

89 

Netzwerk Gesundheit für alle  
Réseau Santé pour tous  
Network Health for All

Nr. 89, Juli 2003

Gesundheit und Entwicklung  
25 Jahre nach Alma Ata



## Impressum



Bulletin Nr. 89, Juli 2003  
Gesundheit und Entwicklung  
25 Jahre nach Alma Ata

**Medicus Mundi Schweiz**  
Netzwerk Gesundheit für alle  
Réseau Santé pour tous  
Network Health for All

### Netzwerk Medicus Mundi Schweiz

Die gemeinsame und verbindende Vision der Mitglieder des Netzwerks Medicus Mundi Schweiz ist Gesundheit für alle: ein grösstmögliches Mass an Gesundheit für alle Menschen, insbesondere auch für benachteiligte Bevölkerungen.

Medicus Mundi Schweiz vernetzt die Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit, fördert den Austausch von Wissen und Erfahrungen, vermittelt ihnen Impulse für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit und macht ihre Tätigkeit einem weiteren Publikum bekannt.

Das Bulletin von Medicus Mundi Schweiz erscheint viermal jährlich. Jede Ausgabe ist einem Schwerpunktthema gewidmet und enthält aktuelle Hinweise und Informationen.

Medicus Mundi Schweiz profitiert in seiner Arbeit von der langjährigen Partnerschaft mit der schweizerischen Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit DEZA, die auch die Herausgabe des vorliegenden Bulletins mit einem grosszügigen Beitrag unterstützt.

### Geschäftsstelle und Redaktionssekretariat:

Medicus Mundi Schweiz  
Netzwerk Gesundheit für alle  
Murbacherstrasse 34  
Postfach, CH-4013 Basel  
Tel (+41) 061 383 18 10  
E-Mail: info@medicusmundi.ch  
Internet: www.medicusmundi.ch

### Redaktionskommission:

Barbara Schürch, Nicolaus Lorenz, Thomas Schwarz  
**Layout:** VischerVettiger Basel  
**Produktion:** Geschäftsstelle Medicus Mundi Schweiz, Thomas Schwarz  
**Druck:** Birkhäuser + GBC  
**Auflage dieser Nummer:** 1 500 Exemplare  
**Erscheinungsweise:** Vier Nummern im Jahr  
**Nächste Nummer:**  
Human Resources Development, Oktober 2003  
**Redaktionsschluss:** 1. August 2003  
**Titelbild:** Projekt «Mehr Wissen für Biobäuerinnen»  
(Photo: HEKS)

## Editorial



Thomas Schwarz, Geschäftsführer  
Medicus Mundi Schweiz  
Netzwerk Gesundheit für alle

**Wir haben einen Akzent gesetzt:** Das Netzwerk schweizerischer Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit nennt sich seit der diesjährigen Mitgliederversammlung «Medicus Mundi Schweiz. Netzwerk Gesundheit für alle». Mit der Namensergänzung bekräftigt und veranschaulicht Medicus Mundi Schweiz die gemeinsame Vision der im Netzwerk zusammengeschlossenen Organisationen. Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit benachteiligter Bevölkerungen. Medicus Mundi Schweiz will dazu einen Beitrag leisten.

**Gesundheit und Entwicklung:** Nach über lange Zeit hinweg schwindendem Interesse der internationalen Zusammenarbeit an spezifischen Gesundheitsfragen wird der Gesundheit in den letzten Jahren vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt. Wir wollten erfahren, welchen Stellenwert die Akteure der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit heute der Gesundheit geben, welche Strategien und Ziele sie verfolgen und was sie konkret im Gesundheitsbereich unternehmen. 25 Jahre nach der Konferenz von Alma Ata haben wir deshalb in diesem Frühling mit einer Umfrage bei den schweizerischen Organisationen der internationalen Zusammenarbeit einige Kernaussagen der Erklärung von Alma Ata zu Debatte gestellt. Wir dokumentieren in dieser Bulletinausgabe die eingegangenen Stellungnahmen, die ein breites Spektrum von zum Teil stark divergierenden Ansatzpunkten und Strategien zeigen. Sie haben uns auf die Idee gebracht, die Organisationen einmal um einen Tisch herum zu versammeln und miteinander ins Gespräch über diese grundsätzlichen Fragen zu bringen.

### Viele Wege führen zu Gesundheit für alle.

Den Hauptteil des Bulletins nehmen 18 kurze Projektpräsentationen ein. Die Organisationen, die sich an der Umfrage zu Gesundheit und Entwicklung beteiligt haben, wurden auch eingeladen, ein Projekt aus dem Gesundheitsbereich oder einem anderen Sektor, welches das Engagement ihrer Organisation für Gesundheit für alle exemplarisch illustriert, darzustellen. Das Spektrum der eingereichten Beiträge zeigt, dass viele Wege zu Gesundheit führen.

### Erklärung von Alma Ata – noch nie gehört?

Das Dokument aus dem Jahr 1978, über das in diesem Jahr viel gesprochen wird, ist wohl nicht mehr allen AkteurInnen der Gesundheitszusammenarbeit aus eigener Lektüre bekannt. Wir haben es in dieser Bulletinausgabe dokumentiert, wie auch zwei weitere Wegmarken der Auseinandersetzung mit Gesundheit für alle: die Ottawa Charter for Health Promotion (1986) sowie die vor drei Jahren lancierte People's Charter for Health. Zwar liegen auch von Seiten der WHO und der UNO neue Dokumente vor, die die Herausforderungen an «Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert» treffend auf den Punkt bringen, doch lassen wir mit dem Abschlussdokument der «People's Health Assembly» für einmal eine ungeduldige Stimme von Organisationen der Zivilgesellschaft zu Worte kommen. Was den drei Dokumenten gemeinsam ist: sie sind es nicht nur wert, wieder einmal gedruckt und archiviert, sondern auch gelesen und diskutiert – und umgesetzt zu werden.

*Einer Teilaufgabe dieses Bulletins beigelegt sind die Postkartenaktion «Gesundheit®: Ein Recht für alle, auch in den armen Ländern» der Erklärung von Bern sowie ein Prospekt der von Medicus Mundi Schweiz betreuten neuen Website [www.sdc-health](http://www.sdc-health) des DEZA-Gesundheitsdienstes.*

## Netzwerk

Die 39 Mitgliedorganisationen von  
Medicus Mundi Schweiz  
Netzwerk Gesundheit für alle:

**Aids und Kind. Schweizerische Stiftung für Direkthilfe an betroffene Kinder**  
**Aids-Hilfe Schweiz**  
**AO International**  
**Association Suisse Raoul Follereau**  
**Basler Förderverein für medizinische Zusammenarbeit**  
**Bündner Partnerschaft HAS Haiti**  
**Calcutta Project**  
**Christoffel Blindenmission (Schweiz)**  
**CO-OPERAID**  
**DM – Echange et Mission**  
**FMH Verbindung der Schweizer Ärzte**  
**Fondation Sociale Suisse du Nord Cameroun**  
**Fondation Suisse pour la Santé Mondiale**  
**Förderverein für Otorhinolaryngologie**  
**Gemeinschaft der St. Anna-Schwester**  
**Gruppe für Entwicklungszusammenarbeit Basel GRUHU**  
**IAMANEH Schweiz**  
**Institut Universitaire d'Etudes du Développement**  
**INTERTEAM. Fachleute im Entwicklungseinsatz Jura-Afrique, Programme Santé**  
**Kinderhilfe Bethlehem**  
**Leprahilfe Emmaus Schweiz**  
**Lungenliga Schweiz**  
**medico international schweiz**  
**mediCuba-Suisse**  
**Mission 21**  
**Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung**  
**Schweizerische Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie**  
**Schweizer Hilfsverein für das Albert Schweitzer-Spital Lambarene**  
**Schweizer Indianerhilfe**  
**Schweizerisches Korps für humanitäre Hilfe**  
**Schweizerisches Rotes Kreuz**  
**Schweizerisches Tropeninstitut**  
**Schweizerische Vereinigung für Orthopädie in Tansania**  
**Secours Dentaire International**  
**SolidarMed**  
**Stiftung Terre des Hommes**  
**Verein Partnerschaft Kinderspitäler Biel-Haiti**

# Unterwegs für Gesundheit

**Der Aufbruch des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) hin zu primärer Gesundheitsversorgung setzte fünf Jahre vor der Konferenz von Alma Ata ein, in der Nord- und Grenzprovinz Luang Prabang von Laos, einem Nebenschauplatz des Indochina-Krieges.**

*Von Vreni Wenger-Christen\**

Der Berg Phoukasath war 1973 Ausbildungsort für zwölf junge Laoten, die von einer der ersten in der Schweiz ausgebildeten SRK-Gesundheitsschwestern Anleitung in Erster Hilfe und Behandlung der häufigsten Krankheiten erhielten. Mit dem erworbenen Wissen wurden diese «Samariter» in die Lage versetzt, der Meo-Bevölkerung in den abgelegenen Dörfern beizustehen. Mit wenigen einheimischen Gesundheitsverantwortlichen gelang es, über zwei Drittel der Bevölkerung der Provinz Luang Prabang durch Impfungen vor Krankheit zu schützen. Und am Distrikt-Dispensarium von Muong Nane wurden Patienten und werdende Mütter von einem laotischen Pfleger und einer Hebamme, unter Anleitung von SRK-Fachleuten, versorgt. In wenig spektakulären Schritten, vom methodischen Ansatz her aber bemerkenswert, haben sich die kurativen Dienste auf vorbeugende Massnahmen und die Arbeit aus dem Spital von Luang Prabang in die Peripherie verlagert.

Praktisch zeitgleich mit der Erklärung von Alma Ata hat das Schweizerische Rote Kreuz 1977/78 Zugang gefunden zum Lebensraum indigener Bevölkerungsgruppen in Lateinamerika. Der Gesundheitsweg mit indianischen Minderheiten nahm seinen Anfang in Ost-Paraguay, führte über das bolivianische Tiefland, den Andenabhang hinauf auf das Altiplano Boliviens und wieder in die Tiefebene des ecuatorianischen Amazonasgebietes. Zu erwähnen sind dabei der Abstecher in die Produktion natürlicher Heilmittel und das Stichwort Förderung der traditionellen, beziehungsweise der Volksmedizin. Eine Alternative zur absoluten Verknappung von Medikamenten in Bolivien zu schaffen, war ein Gebot der Stunde, hatte doch der unvorstellbare Wirtschaftszersplitterung innert vier Jahren, bis 1989, eine Abwertung der Währung von 24'000 Prozent bewirkt.

Die von der WHO und UNICEF einberufene Konferenz von Alma Ata hat 1978 mit dem Konzept der primären Gesundheitsversorgung eine zukunftsweisende Wegmarke gesetzt. Es war seit Schaffung der Weltgesundheitsorganisation

(WHO) nach dem Zweiten Weltkrieg das Anliegen dieser UNO-Fachinstanz gewesen, das Gesundheitsniveau von Millionen von Menschen in wenig entwickelten Gebieten zu verbessern. Jedoch musste nach 30 Jahren erkannt werden, dass das Vorbild der Gesundheitsdienste der industrialisierten Welt, die sich laufend modernisierten, zur Zielerreichung im Weltsüden und -osten nicht länger diene.

Aus den Empfehlungen von Alma Ata zuhauenden von Regierungen und der Weltgemeinschaft entstand ein vorbildlicher Rahmen, um das immer dringender werdende Entwicklungsthema Gesundheit neu zu gewichten und entsprechend zu handeln. Manche Kriterien, die den klassischen Entwicklungssektoren zugrunde liegen, fanden auch in den Postulaten von Alma Ata ihren Niederschlag: die Verantwortung der Staaten für eine wirksame und flächendeckende öffentliche Ge-

sundheit, der politische Wille und die Mittel zur Umsetzung nationaler Strategien, der Einbezug der betroffenen Bevölkerung und ein ganzheitlicher Ansatz im Gesundheitsbereich. Allerdings bestehen bis auf den heutigen Tag zwischen Deklaration und Realität hohe Hürden; Gesundheit als Menschenrecht erweist sich als eine nur sehr mangelhaft durchzusetzende Vision. Das globale Ziel der «Gesundheit für alle im 2000» ist zwar in der Substanz weiterhin gültig, muss aber im 21. Jahrhundert unter neuen Herausforderungen fortgeschrieben werden.

Im Rückblick auf das internationale Engagement des SRK für die Gesundheit fällt auf, dass die Wegbereitung in mancher Hinsicht empirisch geschah. Es ist dennoch oder gerade deswegen mehrfach gelungen, unscheinbare Initiativen aufzunehmen und in flächendeckende, von den Zielgruppen getragene Gesundheitsdienste über-



Ecuador, Gesundheitsbrigade in Allipamba-Sucumbios



zuführen. Regional unterschiedliche Programm-Erfahrungen haben sich schliesslich zur Gewissheit verdichtet, dass Gesundheit unverzichtbarer Teil gesamtgesellschaftlicher Entwicklung darstellt. Gesundheit und Entwicklung sind denn auch Hauptinhalte der SRK-Auslandarbeit; dabei stärkt es bevölkerungsnahe Organisationen und fördert Selbstinitiative bei Partnern und Zielgruppen. So ist zum Beispiel sein Engagement in Lateinamerika und Südasiens konkreter Ausdruck dieser Strategie.

Die Konturen des SRK im Prozess «Gesundheit für alle» aufzuzeichnen oder gar vorauszudenken, wäre ohne bestimmte Orientierungspunkte unvollständig. Es lohnt sich, zum Beispiel den Buchautor von «Where there is no doctor», David Werner, zu zitieren. In seinem Vortrag von 1988 am Johns Hopkins Institut für öffentliche Gesundheit sagt er zum Thema «Public Health, Poverty and Empowerment – A Challenge» folgendes:

*The underlying obstacles to primary health care are not really economic, but rather political... In today's world, the biggest obstacles to "health for all" are not technical, but rather social and political... What is needed is radical change of governments and social structures... The changes can only come about through organized action of*

*the people themselves... Health for all can only be achieved through a struggle for social equity – a struggle led, not by those on the top, but by those on the bottom, by the people themselves... Health work is never apolitical.*

Die Grundannahme, dass Gesundheitsarbeit von den betroffenen Gemeinschaften her wirksam und breit zu entwickeln ist, wird auch in der Rotkreuzbewegung geteilt. Die Stärke dieser weltumspannenden Organisation liegt im Zugang zu den «most vulnerables» und im Angehen globaler Bedrohungen wie HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria. Gleichzeitig aber ist das Rote Kreuz in vielen Ländern noch stark auf Katastrophenevents und Erste Hilfe ausgerichtet und nimmt wenig Einfluss auf Strukturreformen und das gesundheitspolitische Umfeld.

Obschon Teil der Rotkreuzbewegung hat sich das SRK früher als andere Mitglieder auf den Weg der langfristigen Gesundheitsarbeit begeben. Es hat die Partner- und Programmpalette bewusst breiter gehalten, um Innovation und Nachhaltigkeit Raum zu geben. Gerade das Lernfeld mit Basis- und Selbsthilfeorganisationen ermutigt, sich neuen Herausforderungen zu stellen. Wenn es gelingt, alle vorwärtsgerichteten Kräfte des Roten Kreuzes zu vereinen, kann den bedeutenden Zukunftsfragen wirksam begegnet werden, allen voran der verstärkten Anwaltschaft für Gesundheit für alle.

*\*Vreni Wenger-Christen ist Departements-Co-Leiterin Internationale Zusammenarbeit und Mitglied der Geschäftsleitung beim Schweizerischen Roten Kreuz SRK, ausserdem Vorstandsmitglied von Medicus Mundi Schweiz. [vreni.wenger@redcross.ch](mailto:vreni.wenger@redcross.ch).*

Gesundheit für alle in Mozambique:

## Ein weiter Weg...

**Die wegweisende Erklärung von Alma Ata von 1978 zielte auf eine angemessene Gesundheitsversorgung für alle Menschen bis zum Jahr 2000. Das Beispiel Mozambique illustriert, dass dieser Anspruch bei weitem nicht erfüllt ist. Vor allem in der ersten Hälfte der 1990er Jahre erzielte Mozambique beachtliche Verbesserungen im Gesundheitswesen. In einem Land, in dem der Staat höchstens die Hälfte seiner Bevölkerung erreicht, sind die Hindernisse zur Umsetzung der Erklärung von Alma Ata jedoch enorm. Dazu kommt eine zunehmende Korruption. HIV/Aids, als eigentliche Gesellschaftskrise, droht alle Fortschritte zunichte zu machen. Die Schweiz ist seit Jahren im Gesundheitssektor als wichtiger Geber aktiv.**

Von Richard Gerster\*

**25 Jahre nach Alma Ata:  
Gesundheit für alle?**

Die Mitteilung, HIV-positiv und an Aids erkrankt zu sein, ist ein schwer verkraftbarer Schicksalsschlag. Allzu oft wird die persönliche Krise durch gesellschaftliche Diskriminierung noch verschärft. «Bald realisierte ich, dass meine Nachbarn und meine Freunde mich verachteten. Wenn ich vorbeiging, spuckten Leute auf dem Markt auf den Boden, oder wenn sie mich kommen sahen, drehten sie ab», erzählt Ana Carlota Mendoza. Augusto, ein junger Mann, entschloss sich, zu seiner Krankheit offen zu stehen. Statt Hilfe erhielt er die Kündigung. «Auch HIV-Positive haben Menschenrechte», fordert Amos Sibambo von der Selbsthilfeorganisation Kindlimuka.

### Selbsthilfe

1996 gründeten Aids-Betroffene in Mozambique die Selbsthilfegruppe Kindlimuka – «Das Schweigen brechen». Die 250 Mitglieder, ein grosser Teil von ihnen HIV-positiv, kämpfen gemeinsam für eine wirksame Prävention gegen HIV/Aids und gegen Vorurteile und Diskriminierung der Betroffenen. Kindlimuka führt einen Beratungsdienst, unterstützt Aids-Waisen und verschafft Arbeitsmöglichkeiten. Kindlimuka versteht sich auch als «Lobby» und bringt Stimmen wie jene von Ana oder Augusto in die Öffentlichkeit, führt Theater in Betrieben, der Verwaltung und auch bei Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit auf. In seiner kurzen Ansprache vor der Theateraufführung wird Amos Sibambo von Kindlimuka sehr konkret. «Jeder Siebte in diesem Land ist HIV-positiv. Eins, zwei, drei, vier, fünf, sechs, sieben! Du!» Er geht durch die Zuschauerreihen, zählt ab und zeigt auf jede siebte Person. Die direkte Art kommt beim Publikum – über 100 Verwaltungsangestellte – gut an und wird mit grossem Gelächter quittiert. Theatervergnügen und Information verbinden sich.

13 Prozent der Bevölkerung von Mozambique im aktiven Alter zwischen 15 und 49 sind gemäss UNO-Angaben HIV-positiv. Das entspricht mindestens 1,1 Millionen Menschen. 600 bis 700 Personen werden Tag für Tag neu infiziert. 420'000 Kinder haben mindestens einen Eltern-



Bis die HIV/Aidskampagne greift, ist noch ein weiterer Weg.

teil infolge Aids verloren. Die Lebenserwartung ist von 43 auf 36 Jahre gesunken, statt auf 50 Jahre zu steigen. Aids wird in den ersten 10 Jahren des 21. Jahrhunderts in Afrika mehr Todesfälle verursachen als sämtliche Kriege des 20. Jahrhunderts weltweit, fasste Alan Whiteside, Professor an der südafrikanischen Universität Natal, die dramatische Lage zusammen.

#### Krise der Gesellschaft

HIV/Aids ist kein Gesundheitsproblem mehr, sondern eine Krise, welche die ganze Gesellschaft in den Grundfesten erschüttert. In den Schulen sterben die Lehrer weg. Die Bildungschancen der Mädchen sinken, weil sie zu Hause Pflegeaufgaben übernehmen. Schlecht betreute Waisen lassen die Kriminalitätsraten explodieren. Die Betriebe müssen für Schlüsselposten zusätzliche Leute ausbilden, weil damit zu rechnen ist, dass eine ganze Anzahl von ihnen früh sterben wird. Die UNO-Organisation UNAIDS schätzt, dass jeder Dritte der heute 15-jährigen Generation vorzeitig an Aids und seinen Folgen

sterben wird. Ich frage Jacky D'Almeida, Direktor einer grossen auf Entminungsaktionen spezialisierten Organisation in der Hauptstadt Maputo, mit wie vielen Unfällen er bei der gefährlichen Arbeit zu rechnen hat. «Unfälle? Damit können wir umgehen. Wir hatten letztes Jahr im Personal einen glimpflichen Minenunfall, jedoch fünf Todesfälle infolge Aids», stellt er fest.

Selbsthilfebewegungen wie Kindlimuka und private, gemeinnützige Organisationen sind zunehmend in der HIV/Aids-Prävention und Krankenbetreuung tätig. Die Privatwirtschaft macht Informationskampagnen für ihre Belegschaft und gibt unentgeltlich Kondome sowie Medikamente ab, zum Teil auch für deren Angehörige. Die Regierung hat eine umfassende Strategie gegen Aids erlassen. Ein Aids-Rat wurde gebildet. Präsident, Premierminister und andere Prominente der politischen Führung nehmen das Thema Aids immer wieder auf. Für Organisationen der internationalen Zusammenarbeit ist HIV/Aids ein vorrangiges Thema.

## Eine Stimme aus Mozambique

«Als Vater fürchte ich um das Leben meiner eigenen Kinder und deren Teenager-Freundinnen und Freunde. Zwar haben sie gefestigte Familien, eine gute Erziehung, alle Information und Unterstützung, um riskanten Sex zu vermeiden. Doch zu wenige ihrer Vorbilder leben danach.

Als Premierminister von Mozambique bin ich entsetzt, dass wir vor dem Verlust von einer oder vielleicht gar zwei Generationen stehen. Die UNO schätzt, dass 37 Prozent der heute 16-Jährigen in meinem Land an Aids sterben, bevor sie 30 geworden sind.

Als Mann weiss ich, dass das Verhalten der Männer ändern muss, und dass wir die Knaben anders erziehen müssen. Nur dann können wir die Hoffnung haben, HIV/Aids auszurotten und der Entstehung einer weiteren derartigen Geissel vorzubeugen.»

*Pascoal Mocumbi,*

*Arzt und Premierminister von Mozambique*

Trotz allen Anstrengungen ist Mozambique jedoch weit von jener Mobilisierung entfernt, welche unerlässlich ist, um die HIV/Aids-Epidemie in den Griff zu bekommen. Die privaten Selbsthilfebewegungen bleiben in ihrer Wirkung punktuell und konzentrieren sich auf den urbanen Bereich. Die Reichweite der Privatwirtschaft ist gering, weil die moderne Wirtschaft in Mozambique nur rund 100'000 Arbeitsplätze für 17 Millionen Menschen bietet. Die grosse Mehrheit lebt im ländlichen Raum, welchen die Regierung mit Aids-Aufklärung nur ansatzweise durchdringt und mit Verhütungsmitteln, Medikamenten oder medizinischen Dienstleistungen nur höchst unvollständig versorgt. Unwissen und Vorurteile sind weit verbreitet, Kondome auch oft gar nicht erhältlich. Vor allem aber ist ein tief greifender Wandel der Geschlechterrollen nötig, damit Sexualität nicht von Männern bestimmt bleibt.

#### 15 Franken pro Kopf

Die Regierung Mozambiques hat in den vergangenen Jahren vermehrt in das Gesundheitswesen investiert. Im Jahr 2000 wurden erstmals mehr als 10 Prozent des Budgets für die laufenden Ausgaben für die Gesundheit ausgegeben. Das entspricht rund 85 Millionen Franken beziehungsweise fünf Franken pro Person. Dazu kommen noch jene Beiträge aus der Entwicklungszusammenarbeit, welche nicht über das staatliche Budget laufen. «Insgesamt dürften Mozambique etwa 15 Franken pro Kopf und Jahr für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, was bereits mehr ist als in anderen Ländern wie zum Beispiel Tansania», sagt Enrico Pavignani, der die Verantwortlichen der schweizerischen Entwicklungszusammenarbeit in Gesundheitsfragen berät. In der Schweiz betragen die Kosten für die Gesundheitsversorgung rund 6000 Franken pro Person und Jahr.

Zahlreiche Leute warten im 14-Betten Distrikthospital von Mecuburi im Norden des Landes auf die Medikamentenausgabe. Untersuchungsmaterial fehlt, beklagt das Personal. Aidstests gibt es nicht. Es hat sich bei der Bevölkerung herumgesprochen, dass eine Lieferung von Basismedikamenten eingetroffen ist. Gemäss Planung sollte das Spital jeden Monat beliefert werden. In Wirklichkeit erfolgt der Nachschub nur zwei oder drei Mal im Jahr. Das Spital versorgt dreizehn Gesundheitsstationen im Distrikt mit Arzneimitteln. Einige davon sind erst kürzlich eröffnet worden, denn die Regierung misst dem Basisgesundheitsdienst grosse Bedeutung zu. In den letzten 10 Jahren sind, allerdings ausgehend von einem niedrigen Niveau, grosse Fortschritte erzielt worden. Daran ist auch die Schweiz aktiv beteiligt. Doch immer noch weist Mozambique eine der höchsten Raten der Kindersterblichkeit auf. Malaria, Durchfall und Entzündungen der Atemwege führen zum Tod jedes vierten Kindes, bevor es fünf Jahre alt wird. Im ganzen Land – 20 mal die Fläche der Schweiz, 17 Millionen Menschen – sind nur 600 Ärztinnen und Ärzte tätig.

In der offiziellen Statistik werden ständig Verbesserungen nicht nur im Netz der Sanitätsposten, sondern auch in der Versorgung mit Medikamenten und bei der Entsendung von qualifiziertem Personal in entlegene Regionen ausgewiesen. Der Augenschein in Mecuburi lässt an den offiziellen Statistiken zweifeln. Das Spital muss sich mit einer Krankenschwester, einem Laboranten und einem Apotheker begnügen – eine Ärztin oder einen Arzt gibt es nicht. Überall im Land fehlt es an qualifiziertem Personal, so sind beispielsweise auch Hebammen kaum zu finden. Impfungen, Geburtshilfe und Leprabekämpfung sind unentgeltlich. Andere Behandlungen und Medikamente sind zwar nicht gratis, doch ihr Preis ist eher symbolisch und soll niemanden vom Gesundheitsdienst ausschliessen. Dieser «Service Public» ist die Mission des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Doch Schlamperei und Korruption in der Verwaltung unterlaufen ständig dessen

Wirksamkeit. Vor allem aber erreicht das öffentliche Gesundheitswesen Mozambiques trotz allen Anstrengungen immer noch nur etwa die Hälfte der Bevölkerung. Wer weiter weg wohnt, kommt zu spät ins Spital. Die traditionellen Heiler sind mancherorts die einzige Möglichkeit, sich medizinischen Rat und Trost zu holen.

### Schweizer Schwerpunkt

Mozambique zählt, zusammen mit Indien und Tansania, seit Jahren zu den klaren Schwerpunkten der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit des Bundes, der rund 35 Millionen Franken pro Jahr in diesem Land einsetzt. Davon fliessen über 7 Millionen Franken in den Auf- und Ausbau des Gesundheitswesens: Beitrag an die öffentlichen Dienste, Ausbildung und Beratung des Personals, Unterstützung des Einkaufs von Arzneimitteln, Förderung von lokalen Gesundheitsinitiativen. Dank anerkannter Sachkompetenz und

über viele Jahre eingespielter Zusammenarbeit verwaltet die Schweiz zudem ein Mehrfaches an Mitteln auch anderer Geberländer.

Im Frühjahr 2001 hat die südafrikanische Regierung mit 39 multinationalen Pharmakonzernen einen wegweisenden Vergleich abgeschlossen, welcher ihr den Zugang zu billigen Nachahmerprodukten teurer HIV/Aidsmedikamente erlaubt. Im Sinne dieses politischen Sieges hatte sich Kindlimuka an die Regierung gewandt und unter anderem die Abgabe von Medikamenten der Kombinationstherapie gefordert. Aus Kostengründen stehe das jedoch nicht zur Diskussion, war die Antwort. Selbst einige Hundert Dollar pro Patient/in und Jahr statt mehrere Tausend Dollar wie in Industrieländern sind für 95 Prozent der Bevölkerung und den Staat noch unbezahlbar. Die staatliche Einkaufsagentur für Medikamente kauft weltweit dort ein, wo qualitativ gute Arzneimittel am günstigsten erhältlich sind. Dank grossen Mengen werden günstige Preise erzielt. «Wir haben kein Budget, um die HIV/Aidsmedikamente zum Beispiel in Indien einzukaufen, auch nicht zum günstigsten Preis. Private Apotheken hingegen importieren sie», sagt ihr Direktor Joaquim Durao. Abgesehen von der Budgetfrage tobt in der Welthandelsorganisation (WTO) ein erbitterter Streit zwischen Nord und Süd, ob Zwangslizenzen bei patentierten Medikamenten nicht nur die Produktion, sondern auch den Import erlauben.

Im Rahmen der Unterstützung des öffentlichen Gesundheitswesens trägt die Schweiz auch den Kampf der Regierung gegen HIV/Aids aktiv mit. Das Thema HIV/Aids ist systematisch in die Ausbildungskurse im Wasser- und Sanitärbereich aufgenommen worden. Kondom-Dispenser, T-Shirts, Veranstaltungen wurden gestiftet. Jeder Anlass soll aufgegriffen werden, um sich, die Partner und Dritte zu informieren sowie Beratung und Hilfe anzubieten. Im Programm 2002 – 2006 der Zusammenarbeit der Schweiz mit Mozambique ist HIV/Aids in allen Bereichen präsent.

### Ein weiter Weg

Die Kontroverse zwischen der Pharmaindustrie und der Regierung Südafrikas brachte die Frage ins Rampenlicht, ob das Recht der Patienten auf Zugang zu Medikamenten oder das Patentrecht der Konzerne Vorrang haben. Auch für die Schweiz ist diese Frage ein entwicklungspolitischer Lackmustest. Wird sie in der Welthandelsorganisation (WTO) die Forderungen von Mozambique und anderen afrikanischen Staaten nach ungehindertem Zugang zu Medikamenten unterstützen, oder geniessen die Eigeninteressen der Pharmaindustrie Vorrang?

Unter den Verhältnissen von Mozambique ist der Patentschutz der wirksamen Medikamente zwar eine wichtige, aber bei weitem nicht die einzige Frage beim Zugang zu einer adäquaten Behandlung. Mindestens so wichtig ist die Aufstockung der finanziellen Mittel für das Gesundheitswesen und dessen Schlagkraft. Wenn die Medikamente vorhanden sind, müssen sie auch noch so verteilt und eingesetzt werden, dass wirklich die breite Bevölkerung auch in den entlegenen Regionen Zugang zu Basismedikamenten und medizinischen Dienstleistungen hat. Schlechte Strassen, mangelhafte Ausbildung, ungenügende Löhne führen zu Ineffizienz und Korruption. Ganz unabhängig von HIV/Aids ist der Weg zur Gesundheit für alle in Mozambique noch weit – trotz enormen Anstrengungen und Fortschritten in den 25 Jahren seit Alma Alta.

---

*\*Richard Gerster, Dr. oec., Richterswil, hat an der Universität St. Gallen Wirtschaftswissenschaften studiert. Er ist seit Jahren entwicklungspolitisch tätig und Autor von «Globalisierung und Gerechtigkeit» (hep-Verlag, Bern 2001). Als selbständiger Berater besuchte er Mozambique mehrfach im Auftrag des Bundes. Kontakt: [www.gersterconsulting.ch](http://www.gersterconsulting.ch)*

Photo: Gerster



Viele Patienten, wenig Personal, Ausrüstung, Medikamente und Geld. So sieht der Alltag in Mozambique's Gesundheitswesen aus.

# Gesundheit und Entwicklung – Entwicklung und Gesundheit

**Entwicklung ist Voraussetzung für Gesundheit. Gesundheit, insbesondere Basisgesundheitsversorgung, ist Voraussetzung für Entwicklung: Sind diese beiden Grundaussagen der Erklärung von Alma Ata heute noch gültig? Und wo setzen schweizerische Organisationen in der Auseinandersetzung mit Gesundheit den Hauptakzent? Bei gesundheitsspezifischen Interventionen oder bei Interventionen in anderen Sektoren, die auch Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen haben? – Die Antworten auf eine von Medicus Mundi Schweiz durchgeführte Umfrage ergeben ein sehr vielfältiges Bild.**

## **Marianne Widmer, mediCuba-Suisse:**

Die Aussagen der Erklärung von Alma Ata haben kein bisschen an Aktualität eingebüsst. Wir sehen sie in unserer Praxis bestätigt. Für uns ist der Zusammenhang Gesundheit – Entwicklung – Gesundheit einer der Hauptgründe dafür, warum wir uns in Kuba auf den Gesundheitssektor konzentrieren: Die Erhaltung der bestehenden Gesundheitsstrukturen ist grundlegend für die weitere Entwicklung des Landes.

## **Felix Küchler,**

### **Fondation Suisse pour la Santé Mondiale:**

Ja, die Erklärung von Alma Ata ist unbedingt gültig. Gesundheit, ein Minimum an Wohlstand, nachhaltiges Bewirtschaften der Umwelt und Bildung bedingen sich gegenseitig. Im Sinne der Gemeindebeteiligung («community involvement» oder «répondre aux besoins exprimés par les populations») setzt sich unsere Stiftung im Benin auf Wunsch der Bevölkerung für die Sicherung der Lebensgrundlage ein. Aufforstungen halten die fruchtbare Erde zurück (Erosionsschutz), lassen mehr Wasser infiltrieren (Grundwasserspiegel steigen) und werfen verschiedene zum Teil kommerzialisierbare Erträge ab (Armutsbekämpfung).

## **Gail Hunter, Fédération Genevoise de Coopération:**

Les deux postulats nous semblent tout à fait d'actualité. Du fait de la pandémie du VIH-sida, la situation est plus critique qu'il y a trois ans. Il serait nécessaire de relever ce qui, du point de vue de la politique des pays du Nord ainsi que des organisations telles l'OMC et les compagnies transnationales, porte préjudice au pays du Sud. Par exemple, l'importance de la recherche sur les maladies négligées, oubliées, surtout pour les pays du Sud, doit être soulignée. Le terme «niveau de santé le plus élevé possible» nous semble un peu ambigu, que ce soit au Nord ou au Sud, car on pourrait comprendre une extension sans limite de la technologie médicale au détriment de soins de base et de prévention.

**«Das Erreichen des bestmöglichen Gesundheitszustands ist ein höchst wichtiges weltweites soziales Ziel, dessen Verwirklichung das Handeln vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche zusätzlich zum Gesundheitsbereich erfordert. Wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Basis einer neuen Wirtschaftsordnung ist von grundlegender Bedeutung für die volle Erreichung von Gesundheit für alle und für die Verringerung der Kluft zwischen dem Gesundheitszustand in entwickelten und dem in Entwicklungsländern. Primäre Gesundheitsversorgung (...) bezieht zusätzlich zum Gesundheitssektor alle damit in Zusammenhang stehenden Sektoren und Aspekte der Entwicklung eines Landes und eines Gemeinwesens ein, insbesondere Landwirtschaft und Viehzucht, Nahrung, Industrie, Bildung, Wohnen, öffentliche Arbeiten und Nachrichtenverbindung, und verlangt die vereinten Anstrengungen all dieser Sektoren.»**

*(Erklärung von Alma Ata, 1978)*

## **Vreni Wenger-Christen, Schweizerisches Rotes Kreuz:**

Beide Aussagen behalten weiterhin ihre Gültigkeit. Gesundheitspolitisch muss auf allen Ebenen auf die Vorteile einer guten Gesundheitsversorgung hingewiesen werden. Ob Gesundheit eine Voraussetzung für die Entwicklung eines Landes ist oder umgekehrt gleicht der Frage nach dem Huhn und dem Ei. Auch bei gesundheitsspezifischen Interventionen, wie sie seitens des SRK erfolgen, gilt es, die ganzheitliche Sicht nicht aus den Augen zu verlieren.

Die durch die Erklärung von Alma Ata geweckten Erwartungen bezüglich der Förderung der primären Gesundheitsversorgung wurden in der internationalen Konferenz über «Health Promotion» (Ottawa, 1986) weiter konkretisiert. Health Promotion wurde als Prozess verstanden, welcher die Menschen befähigt, den eigenen Gesundheitszustand stärker kontrollieren und verbessern zu können. Aus dieser Warte liegt die Verbesserung der Gesundheitssituation nicht nur in der Verantwortung des offiziellen Gesundheitssektors, sondern im Zentrum dieses Prozesses stehen die lokalen Gemeinschaften. Das SRK entspricht mit der Strategie seiner Basisgesundheitsprogramme der Erklärung von Alma Ata und den nachfolgenden Absichtserklärungen von Ottawa, welche bei-

de durch die WHO unterstützt werden. Die Basisgesundheitsprogramme des SRK sind als Beitrag zur Zielsetzung «Gesundheit für Alle» zu verstehen. Diesbezüglich engagiert sich das SRK vor allem in Ländern mit einem sehr niedrigen Humanentwicklungsindex und in unterversorgten ländlichen Gebieten. Das Basisgesundheitsprogramm des SRK bezieht sich vor allem auf die Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung, die Organisationsentwicklung von Partnerorganisationen sowie die Stärkung von Basisorganisationen. Der Genderfrage und Konfliktbearbeitung wird in den Programmen des SRK ein besonderes Gewicht beigemessen.

## **Andreas Loebell, Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz:**

Beide Grundaussagen haben immer noch ihre volle Gültigkeit und Relevanz. In vielen Ländern des Südens, insbesondere auf dem afrikanischen Kontinent, haben sich die Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der Gesundheit verschlechtert. Zur Erklärung von Alma Ata muss heute die besondere Problematik von HIV/Aids als Faktor für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung in den Ländern des Südens (und des Ostens) beleuchtet werden. HEKS, das nicht spezifisch im Gesundheitsbereich tätig ist, hat

den Fokus vor allem auf Ernährungssicherung (Food Security) gerichtet. Gesundheitsrelevant sind hier die HEKS-Schwerpunkte Ressourcenzugang (Land, Wasser), nachhaltige Landwirtschaft und ProduzentInnenförderung.

**Sonja Matheson,  
terre des hommes schweiz:**

Sicher gültig ist die Formulierung der gegenseitigen Bedingung von Entwicklung und Gesundheit. Sie wird von uns geteilt. Die Definition von

**«Förderung und Schutz der Gesundheit von Menschen ist die Basis, von der eine ökonomische und soziale Entwicklung gestützt wird; sie trägt bei zu einer**

besseren Lebensqualität und zum Weltfrieden. Ein soziales Hauptziel der Regierungen, der internationalen Organisationen und der Gemeinschaft der ganzen Welt sollte in den kommenden Dekaden sein, dass bis zum Jahr 2000 alle Völker einen Gesundheitszustand erreicht haben werden, der es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Primäre Gesundheitsversorgung ist der Schlüssel zur Erreichung dieses Ziels als Teil der Entwicklung im Geist sozialer Gerechtigkeit. Primäre Gesundheitsversorgung (...) schliesst zumindest auch ein: Erziehung bezüglich der vorkommenden Gesundheitsprobleme und Methoden zu ihrer Prävention und Kontrolle; Förderung geeigneter Lebensmittel und Ernährung, einer adäquaten Versorgung mit sicherem Wasser und grundlegenden sanitären Anlagen; Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder; Immunisierung gegen die schweren Infektionskrankheiten; Prävention und Kontrolle von regional vorkommenden Krankheiten; angemessene Behandlung der üblichen Krankheiten und Verletzungen; Versorgung mit essentiellen Arzneimitteln.»

*(Erklärung von Alma Ata, 1978)*

Basisgesundheit erwähnt allerdings die psychische Gesundheit (Traumatisierung, sexuelle Gewalt etc.), Prävention und Bildung nicht. Für eine wirksame und nachhaltige Gesundheitsversorgung beziehungsweise Entwicklung genügt unserer Meinung nach die so definierte «Primary Health Care» nicht. In diesem Sinn muss Gesundheit zwingend als transversales Thema gesehen und bearbeitet werden. Unser Schwerpunkt liegt bei der psychosozialen Gesundheit (Kriegs- und Gewaltraumata, Kinder- und Jugendprostitution, häusliche Gewalt gegen Frauen etc.), daneben vereinzelt Wasserprojekte, Aidsprävention als transversales Thema in vielen Projekten mit Kindern und Jugendlichen, psychosoziale Betreuung von Aidsaisen.

**Urs Karl Egger, Skat Foundation:**

Die Aussagen sind heute noch gültig. Die Skat Foundation setzt den Hauptakzent auf den Wissens- und Erfahrungsaustausch über sichere Versorgung mit sauberem Trinkwasser, eine adäquate Abwasserentsorgung und Siedlungshygiene sowie angepasste Lösungen zur Einsammlung und Entsorgung von Abfällen.

**Dieter Imhof, Swissaid:**

Die Aussagen sind mit einigen Nuancen (zu sehr auf westliche, Pillen- und Spritzenmedizin ausgerichtet) weiterhin gültig. SWISSAID kennt keine Sektorpolitik, sondern die Partner stehen im Zentrum. Natürlich gibt es aber Schwerpunkte wie Ernährungssicherheit, Wasser, Bio-Landbau und Schutz der natürlichen Ressourcen. Daneben gibt es aber auch Gesundheitsprogramme in der Aidsprävention, Förderung der traditionellen Heilkunst oder Basisgesundheit.

**Nicolaus Lorenz,  
Schweizerisches Tropeninstitut:**

Die Aussagen hatten und haben für das STI Gültigkeit. So arbeiten bei uns seit einigen Jahren auch SozialwissenschaftlerInnen, und ein Veterinärmediziner beschäftigt sich vor allem mit dem

«one medicine» Konzept, das verkürzt bedeutet, dass die Gesundheit von Mensch und Tier bei Nomaden gesamthaft gesehen werden kann und entsprechende Interventionen sowohl Mensch als auch Tier betreffen müssen.

**Alexander Schulze, Novartis Stiftung  
für Nachhaltige Entwicklung:**

Beide Ansätze haben auch heutzutage höchste Relevanz. Die Stiftung trägt durch die Fokussierung auf die beiden Sektoren Gesundheit und soziale Entwicklung dieser Komplementarität mehr denn je Rechnung. Die von der Stiftung unterstützten Programme in Sri Lanka, Tansania und Brasilien bemühen sich alle um Empowerment der Nutzniesser im Sinne von verstärkter Information (zum Beispiel Gesundheitsprävention), Stärkung der Position und Verhandlungsmacht (zum Beispiel Organisation von Frauen, Jugendlichen) sowie der ökonomischen Eigenständigkeit (einkommenschaffende Massnahmen, Zugang zu Kredit und Sparen). Empowerment auf den verschiedenen Ebene ist die Voraussetzung dafür, dass die Nutzniesser für ihre Gesundheit sorgen beziehungsweise diese einfordern können. In den Gesundheitsprogrammen, die die Stiftung führt, ermöglicht die Herstellung und Sicherung der Gesundheit, dass die Nutzniesser nicht aus dem sozialen und wirtschaftlichen Leben ausgeschlossen werden (zum Beispiel Leprapatienten) oder Arbeitstage und Einkommen regelmässig verloren gehen (zum Beispiel Malaria-Projekt).

**Michèle Morier-Genoud,  
DM-échange et mission:**

Le travail dans le domaine de la santé jusque dans les années 1975-80 comportait un pan important de gestion d'hôpitaux «missionnaires». Avec les indépendances et les nationalisations subséquentes dans ce domaine (surtout en Afrique australe), l'accent s'est développé du côté de l'éducation sanitaire, planification familiale et les soins de santé primaires. Ces 20 dernières années, la notion de santé holistique (physique, psychique

et spirituelle) est développée par nos partenaires (majorité d'Églises) en lien direct avec les activités de développement.

**Barbara Schürch, IAMANEH Schweiz:**

Die Gründung von IAMANEH wurde als Beitrag zu «Gesundheit für alle» verstanden. Im Zentrum stand dabei die Konzentration auf die Lebensphase, in der die Gesundheit stark gefährdet ist (Schwangerschaft, Geburt, die ersten fünf Lebensjahre), und auf jene Zielgruppen, die im Zugang zur Gesundheitsversorgung benachteiligt sind. Der Akzent der Ausrichtung hat sich vom anfänglich tendenziell eher vertikalen Ansatz zu einem integrierten Ansatz entwickelt. Der Fokus auf Gesundheit ist klar geblieben. Doch neben der Verbesserung der Basisgesundheitsversorgung und der Prävention von Krankheiten zielen unsere Projekte vermehrt auch auf Gesundheitsförderung und somit auf eine Verbesserung der allgemeinen Lebensumstände. Dadurch haben sich für unsere Arbeit auch neue thematische Felder eröffnet, wie zum Beispiel einkommenschaffende Massnahmen, Aus- und Weiterbildung, Gemeindeentwicklung und Partnerförderung.

**Linus Jauslin, AIDS & KIND:**

Der Name unserer Organisation bringt es zum Ausdruck: Es geht um Gesundheit (oder eben Krankheit) oder um einen sehr speziellen und spezifischen Bereich der Gesundheit. Durch das «KIND» wird ein umfassender interdisziplinärer Anspruch an unsere Organisation gestellt, der sich in unserer Struktur durch die verschiedenen Fachausschüsse darstellt: «Psychosoziale Betreuung», «Medizinische Beratung», «Integration und Prävention», «Rechtsberatung» und seit rund zwei Jahren auch «Internationale Zusammenarbeit». Das Grundwissen und -verständnis dieser Fachbereiche muss abgedeckt sein, um das Kindeswohl in seinem Grundsatz professionell abzudecken. Dass es beim Kindeswohl auch um die Gesundheit geht, impliziert sich von selbst.

**Bea Schwager,  
medico international schweiz:**

Der Ansatz der Erklärung von Alma Ata ist für unsere Organisation auch heute noch zentral. Er gewinnt sogar neu und akut an Bedeutung anlässlich der weltweiten Tendenz zur Privatisierung des (oder von Teilen des) Gesundheitswesens und des Service public insgesamt. Unsere Organisation setzt den Hauptakzent auf gesundheitsspezifische Interventionen. In Ländern, wo wir mit staatlichen Akteuren zusammenarbeiten, liegt der Fokus eher auf basismedizinischen Projekten, beispielsweise dem Bau von einfachen Gesundheitszentren und der Ausstattung von Konsultorien. In anderen Ländern sind Basisorganisationen von sozialen Bewegungen unsere Partner. Dort hat sich der Akzent in den letzten Jahren insofern verschoben, als dass heute Empowerment von Frauen, Sensibilisierung und Bewusstseinsbildung, Prävention (Gesundheits- und Gewaltprävention), psychosoziale Gesundheit und desarrollo comunitario (Gemeindeentwicklung) im Vordergrund stehen und nicht medizinische Projekte.

**Esther Bodenmann,  
World Vision Schweiz:**

Das typische World-Vision-Projekt ist das integrierte Regional-Entwicklungsprojekt, das «Area Development Program» (ADP), das sich durch einen umfassenden, vielschichtigen Entwicklungsansatz auszeichnet. Das ADP ist so konzipiert, dass es auf die Entwicklungsbedürfnisse eines ganzen Distrikts oder einer ganzen Region mit 25 000 bis 100 000 Einwohnern eingeht. Dabei ist es unerlässlich, dass die Einwohner sich an den Programmen beteiligen und das Projekt zu ihrem eigenen machen. Ein typisches ADP umfasst Bereiche wie Wasserversorgung, Ernährungssicherung und landwirtschaftliche Entwicklung, schulische und berufliche Ausbildung, medizinische Grundversorgung, Kleingewerbeförderung sowie Gemeindeorganisation und -leitung.

**Esther Oettli, Helvetas:**

Helvetas arbeitet selber nicht im Gesundheitssektor. Wir intervenieren also nur in den anderen Sektoren, die selbstverständlich auch Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Gesundheit als transversales Element). Dieser Akzent hat sich in den letzten Jahren nicht verschoben und wird auch in den nächsten Jahren gleich bleiben.

**Carmelina Seemann-Castellino,  
Stiftung Kinderdorf Pestalozzi:**

Gesundheit ist integraler Bestandteil und eine Voraussetzung für menschliche Entwicklung. Aber gesund sein kann nur, wer eine gewisse Entwicklung durchmacht. Die Stiftung Kinderdorf Pestalozzi konzentriert ihre Intervention auf benachteiligte Kinder und Jugendliche und setzt beim Zugang zu Bildung und bei der Förderung des friedlichen interkulturellen Zusammenlebens an. Bildung ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Menschen ihr Leben gesund gestalten und entwickeln können – genauso wie Gesundheit und Entwicklung der Menschen die Voraussetzung bieten für eine nachhaltige gesellschaftliche Entwicklung. Die Stiftung Kinderdorf Pestalozzi versteht Bildung und Interkulturalität deshalb als Schlüssel zu selbstbestimmtem und friedlichem Zusammenleben – denn schliesslich gibt es nichts Ungesünderes als Unfrieden.

**Dass sich Gesundheit und Entwicklung gegenseitig bedingen, wird kaum bezweifelt. Was steht denn Gesundheit für alle aus heutiger Sicht im Wege? Welche neuen Erkenntnisse und Themen sind seit Alma Ata hinzugekommen?**

**Nicolaus Lorenz,  
Schweizerisches Tropeninstitut:**

«It's the poverty, stupid». Diese leicht abgewandelte Bemerkung aus dem Bush-Clinton Wahlkampf war in ihrer Tragweite in Alma Ata nicht so gesehen worden. Die Bedeutung des Teufelskreises

von Armut und der Entstehung von Gesundheitsproblemen und umgekehrt Krankheit als Ursache für Armut ist erst in den letzten Jahren bewusst geworden. Die Grundsätze von Alma Ata wurden oft auch zu sehr in ihre Einzelkomponenten aufgebrochen, und der Blick fürs Ganze ist teilweise verloren gegangen. Die Notwendigkeit, Gesundheit auf Grund ihrer Vielschichtigkeit systemisch zu sehen, ist noch nicht weit verstanden. Prävention und Promotion ohne funktionierende kurative Versorgung macht wenig Sinn. Trotzdem hat in den vergangenen Jahren die Kurativ-, und im besonderen die Krankenhausmedizin eher eine Vernachlässigung erfahren. Auch die Medizintechnologie wird oft argwöhnisch beobachtet und in manchen «Alma Ata-fundamentalistischen» Kreisen mit dem Bannstrahl belegt. Das ist kurzsichtig.

**Barbara Schürch, IAMANEH Schweiz:**

Wichtig ist die Genderfrage. Frauen und Kinder haben in der Regel einen schlechteren Zugang zu angepasster Gesundheitsversorgung. In vielen Ländern wurde die Erfahrung gemacht, dass Frauen ihr Einkommen eher für die Familie einsetzen als Männer. Das heisst: Entwicklung bringt nicht zwangsläufig Gesundheit, und Entwicklung ist nur mit gesunden Menschen möglich. Dies bedeutet auch, dass es eine funktionierende öffentliche Basisgesundheitsversorgung geben muss, die Dienstleistungen der reproduktiven Gesundheit bereitstellt.

**Jakob Clement, INTERTEAM:**

Es kommt neu die HIV/Aidsproblematik dazu, die immer mehr Ressourcen des Gesundheitssektor bindet und nicht nur durch äussere Faktoren (gutes Wasser, gesunde Ernährung etc.) gelöst werden kann. Wahrscheinlich müssen da mehr als bisher Lösungsansätze in den Strukturen und Traditionen der betroffenen Gesellschaften gefunden werden. Mehr als bisher müssen die betroffenen Länder Eigenverantwortung übernehmen, und mehr als bisher müssen wir (Norden) transparent und ressourcenorientiert koope-

rieren. INTERTEAM arbeitet in einem von fünf Schwerpunktländern in der HIV/Aidsprävention und im Management (Finanz-, Personal- und Infrastruktur) von Spitälern. Grundsätzlich wollen wir erreichen, dass die Leistungsfähigkeit unserer Partnerorganisationen verbessert ist (Capacity Building), und dass das Vertrauen der Partnerorganisationen in ihre eigene Problemlösungsfähigkeit gestärkt ist (Empowerment).

**Linus Jauslin, AIDS & KIND:**

Die Verbindung von Aids und Entwicklungszusammenarbeit führt zu einem komplexen Anspruch an die Begleitung, das Monitoring, die Qualitätssicherung und die Kontrolle der unterstützten Projekte, im besonderen in Bezug auf ihre Nachhaltigkeit. Dabei müssen auch Zielkonflikte in Kauf genommen beziehungsweise berücksichtigt werden, wie zum Beispiel die mittlerweile fast zwangsläufige Abgabe von Grundnahrungsmitteln an Pflegefamilien in Aidswaisenprojekten.

**Vreni Wenger-Christen,  
Schweizerisches Rotes Kreuz:**

Seit den 90er Jahren verfolgen viele Regierungen in politischen und sozialen Bereichen vergleichbare Zielsetzungen. Dezentralisierung der Verwaltungsstruktur und Reformen im Gesundheitssektor sollen eine effizientere Grundversorgung auf Provinz- und Gemeindeebene ermöglichen und bieten der Bevölkerung, privaten Institutionen und NGOs eine breitere Beteiligung an. Doch trotz der schrittweisen Umsetzung dieser Reformen bleibt die Qualität der Gesundheitsversorgung ungenügend. Auch in diesem Bereich öffnet sich die Schere der sozialen Gegensätze. In Folge der zunehmenden Privatisierung von Gesundheit und Erziehung bleiben qualitativ gute Dienstleistungen den zahlungskräftigen Familien vorbehalten. Mit der Dezentralisierung der staatlichen Dienste fällt den Provinzen und Gemeinden wesentlich mehr Verantwortung für Gesundheit zu. Arme Provinzen und Land-

gemeinden verfügen jedoch vielfach nicht über die nötigen Ressourcen, diesen Aufgaben nachzukommen. Zentrale, vom Gesundheitsministerium getragene Leistungen (Personalkosten und nationale Gesundheitsprogramme) machen weiterhin einen minimalen Anteil der Staatsbudgets aus. Öffentliche Schulen und Gesundheitsdienste können aufgrund von mangelnder Infrastruktur, fehlendem Material und tiefen Löhnen elementarste Leistungen nicht erbringen. Die Gesundheitsinfrastruktur ist auf urbane Zentren konzentriert, ländliche Regionen bleiben weitgehend unterversorgt.

Der überwiegende Teil der oben geschilderten Gesundheitsprobleme kann mit effizient und angepasst durchgeführten Massnahmen der primären Gesundheitsversorgung behoben werden. Die grossen Umsetzungsschwierigkeiten der an sich sinnvollen Konzepte von Alma Ata und Ottawa ergeben sich (nebst Bürokratie und knappen Ressourcen) vor allem durch den top-down Ansatz ohne echten Einbezug der Akteure auf unterster Ebene und der Begünstigten. Es ist deshalb wichtig, einerseits die positiven Entwicklungen und Ansätze der Reformen aufzunehmen, andererseits dort, wo diese nicht greifen, Alternativen und Ergänzungen zu entwickeln und anzubieten. Sollen die am meisten Benachteiligten, d.h. vor allem Frauen und Kinder, erreicht werden, müssen an der Umsetzung der primären Gesundheitsversorgung alle Akteure mitwirken können. Die vom SRK geschaffenen «lokalen Gesundheitsnetzwerke» in verschiedenen Projekten bilden dazu eine tragfähige Grundlage.

**Strategien, Methoden, Partnerschaften – welche Akzente setzen schweizerische Organisationen im Spannungsfeld von Partizipation der Beteiligten und Integration der Gesundheitsprojekte in das nationale Gesundheitssystem?**

**Dieter Imhof, Swissaid:**

Die Aussagen der Erklärung von Alma Ata zur grundlegenden und integrierten Gesundheitsversorgung tönen zwar gut. Mit der konstanten Schwächung der Staaten im Süden, respektive deren Sozialausgaben ist das aber nicht realistisch. Die Zielsetzungen müssten daher realistischer formuliert sein: einerseits klares Engagement für die Verantwortung des Staates im Sozialbereich, andererseits Unterstützung von finanzierbaren Lösungen, das heisst auch Einbezug und Stärkung der traditionellen Heilmethoden.

**Sonja Matheson, terre des hommes schweiz:**

Wie weit das in der Erklärung von Alma Ata mit der Selbstbestimmung gemeint ist, ist zweifelhaft, gerade im Bereich der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung. Wir legen – wie bei allen Projekten – das Gewicht auf die Selbstbestimmung, insbesondere im Bereich der Sexualität. Alle unsere Projekte entstanden an der Basis und werden dort auch durchgeführt und weiterentwickelt. Zum Beispiel Aidsprävention in Tansania, die von Kindern und Jugendlichen durchgeführt wird.

**Vreni Wenger-Christen, Schweizerisches Rotes Kreuz:**

Es zeigt sich immer mehr, dass die flächendeckende, öffentliche Gesundheitsversorgung weiterhin eine Wunschvorstellung bleibt. Die nationalen Gesundheitssysteme in den meisten unserer Einsatzländer sind überfordert – sie verfügen weder über die nötigen finanziellen noch personellen Ressourcen. Die Bevölkerung hat kein bis sehr wenig Vertrauen in die öffentlichen Dienste. Das Gesundheitspersonal, schlecht ausgebildet und schlecht bezahlt, ist wenig motiviert, partizipativ mit der Bevölkerung zusammenzuarbeiten. Die Suche nach neuen Wegen, die den Ärmsten wenigstens eine minimale Gesundheitsversorgung garantieren, muss fortgesetzt werden.

**Nicolaus Lorenz,**

**«Primäre Gesundheitsversorgung ist die grundlegende Gesundheitsversorgung, welche auf durchführbaren, wissenschaftlich erwiesenen und sozial akzeptierbaren Methoden und Techniken beruht. Sie wird Individuen und Familien in der Gemeinde zugänglich gemacht durch deren volle Beteiligung und zu einem Preis, den Gemeinde und Land sich in jedem Stadium ihrer Entwicklung im Geist der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung leisten können. Sie bildet einen voll integrierten Teil sowohl des Gesundheitssystems eines Landes – dessen zentrale Funktion und Hauptbrennpunkt sie ist – als auch der allgemeinen sozialen und ökonomischen Entwicklung der Gemeinde. Sie ist die erste Stufe des Kontakts von Individuen, Familie und Gemeinde mit dem nationalen Gesundheitssystem. Sie bringt die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an den Ort, an dem Menschen leben und arbeiten, und bildet das erste Glied in der Kette eines kontinuierlichen Ablauf der Gesundheitsversorgung.»**

*(Erklärung von Alma Ata, 1978)*

**Schweizerisches Tropiceninstitut:**

Die Integration in nationale Gesundheitssysteme ist von zentraler Bedeutung. Es gibt Beispiele, wo das STI die Mitarbeit an einem Programm im Tschad aufkündigte, weil diese Vorgabe nicht beziehungsweise nicht mehr erfüllt war.

**Carmelina Seemann-Castellino, Stiftung Kinderdorf Pestalozzi:**

Die Stiftung Kinderdorf Pestalozzi führt alle Projekte mit lokalen Partnerorganisationen durch, die für Planung und Implementierung der Projekte verantwortlich sind. Gesundheitsmassnahmen werden deshalb nur dort in Projekte integriert, wo dies von der lokalen Partnerorganisation als nötig und sinnvoll erachtet wird.

**Alexander Schulze, Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung:**

Sowohl die von der Stiftung unterstützten Leprogramme als auch das integrierte Gesundheitsprojekt in Mali und das Malariaprojekt in Tansania entsprechen explizit den jeweiligen nationalen Gesundheitsstrategien. Die Unterstützung solcher Projekte durch die staatlichen Behörden und die Regierungspolitik selber ist auch dann unabdingbar, wenn man hohe Partizipation und lokales ownership stärken möchte. Insbesondere die Leprogramme als auch das Mali-Pro-

jekt bauen stark auf dem Eigenengagement der Nutzniesser und ihrer Gemeinschaft. Dies entbehrt aber nicht einer staatlichen Unterstützung, vor allem wenn man dies vor dem Hintergrund der Nachhaltigkeit sieht. Der Staat wird trotz zunehmender Privatisierung seine zentrale Rolle nicht verlieren (dürfen), da er weiterhin wesentliche Dienste bereitstellen beziehungsweise unterstützen muss, die der Markt nicht für alle liefern wird.

**Barbara Schürch, IAMANEH Schweiz:**

Die Partizipation und Eigenleistungen der Beteiligten ist immer Teil des Projektes. Sozialkomponenten sollen verhindern, dass den Ärmsten der Zugang verwehrt bleibt. Je nach System und Projekt besteht eine staatliche oder kommunale Beteiligung (z.B. beim Bau eines Geburtshauses). IAMANEH sieht in der Stärkung des staatlichen Gesundheitssystems eine wichtige Aufgabe. Projekte sind im Rahmen nationaler Gesundheitspolitik der Länder integriert. Es besteht eine Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden.

**Linus Jauslin, AIDS & KIND:**

Die Stiftung kann als kleine Organisation aus Gründen der eigenen Ressourcen und Kapazität nur sehr beschränkt aktiv werden. Auf internationaler Ebene ist die Unterstützung und Förde-

rung von Netzwerken, die sich für aidsbetroffene Menschen – im Fall von AIDS & KIND vor allem für Kinder und Jugendliche – einsetzen, von zentraler Bedeutung. Gerade für solche Netzwerke fehlen oft die Mittel, sie tragen jedoch zentral dazu bei, Ressourcen zu schonen und Know-how zu transferieren.

**Bea Schwager,  
medico international schweiz:**

In Kuba, Vietnam und Eritrea sind unsere Projekte in das staatliche Gesundheitssystem integriert, wobei wir ausschliesslich basisnahe Projekte unterstützen. In Ländern, wo wir mit Basisorganisationen zusammenarbeiten, steht die Partizipation der Beteiligten im Vordergrund. Bei gewissen Projektaktivitäten findet eine Kooperation mit dem staatlichen Gesundheitswesen statt (beispielsweise Ausbildungsprogramme für VertreterInnen des Gesundheitswesens im Bereich Gender und Gewaltprävention). In der Regel sind die Projektaktivitäten aber komplementär zum staatlichen Gesundheitssystem, weil sie Bereiche betreffen, die vom Staat nicht abgedeckt werden.

**Felix Küchler,  
Fondation Suisse pour la Santé Mondiale:**

Leider ist es auch heute noch so, dass manches Projekt nach Abzug der «Expatriates» und mit ihnen des Geldzuflusses in sich zusammenbrechen. Die Ursachen liegen in der zu komplizierten und zu teuren, von den lokalen MitarbeiterInnen nicht gemeisterten und von der Bevölkerung nicht finanzierbaren Techniken. Mit dem Import von Hightech (Diagnostika, Medikamente, Behandlungsmöglichkeiten) steigt auch die Abhängigkeit vom Ausland – Stichwort Verschuldung. Die FSSM versucht, den Weg des Einfachen, Elementaren zu gehen. Ziel ist es, dass die Projekte und Programme nicht nur von den Einheimischen selbst gemeistert werden, sondern auch wirtschaftlich selbsttragend sind. Dieser Ansatz

fördert die Selbständigkeit, das Selbstbewusstsein und führt unseres Erachtens zu einer nachhaltigen – aber natürlich langsamen – Entwicklung. Zudem entsprechen die Aktionen den Ambitionen und Möglichkeiten der Betroffenen.

**Luisa Cruz Hefti,  
Association Kallpa Genève:**

Les soins de santé primaires, la prévention, l'engagement communautaire et l'engagement étatique prenant la santé publique comme une affaire qui lui est propre, nous semblent des éléments en vigueur et complémentaires. AKG a un seul partenaire. Elle a été fondée en 1993 dans le but de soutenir les activités et les projets de l'association péruvienne Kallpa-Pérou, active au Pérou depuis 1990 dans le domaine de la santé communautaire et scolaire. Les priorités de notre partenaire sont, d'une part la prévention et d'autre part le travail de lobby pour la multiplication des systématisations faites par Kallpa-Pérou et pour influencer l'Etat en vue de la formulation des politiques publiques concernant l'éducation et la santé.

**Gail Hunter,  
Fédération Genevoise de Coopération:**

Le texte nous semble d'actualité. Il faudrait toutefois tenir compte de contraintes plus larges : Que ce soit en raison des mesures d'ajustement structurel imposées par le FMI et la Banque mondiale, d'évasion fiscale, ou en raison de la protection des brevets (OMC) ou en raison de leurs choix propres, les gouvernements de beaucoup de pays du Sud ne consacrent pas suffisamment de fonds à la santé. La participation des personnes concernées est primordiale dans les critères de la FGC. Quant à l'intégration des projets de santé dans le système de santé national, certains projets sont effectivement expérimentés pendant un certain temps avant d'être repris par les autorités régionales ou nationales; d'autres projets ont un rôle à

jouer en tant que compléments au système national ou régional (surtout dans les villages reculés par exemple ou pour des alternatives novatrices et proches de la population).

*\*Die Stellungnahmen entstammen einer von Medicus Mundi Schweiz im Frühling 2003 durchgeführten Umfrage «Gesundheit und Entwicklung – 25 Jahre nach der Erklärung von Alma Ata. Das Health for All Profil Ihrer Organisation». Es werden die bis Ende Mai 2003 eingegangenen Antworten wiedergegeben. Stellungnahmen weiterer Organisationen sind willkommen. Die Resultate der Umfrage sind auf der Website von Medicus Mundi Schweiz zugänglich. Sie können dort von den Organisationen auch aktualisiert werden: [www.medicusmundi.ch/IHFA](http://www.medicusmundi.ch/IHFA).*

Die TeilnehmerInnen:

- **Alexander Schulze** ist Project Officer bei der Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung, [www.novartisstiftung.com](http://www.novartisstiftung.com), [alexander.schulze@group.novartis.com](mailto:alexander.schulze@group.novartis.com)
- **Andreas Loebell** ist Programmbeauftragter für das südliche Afrika und Ansprechperson für HIV-AIDS (Ausland) beim Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz HEKS; [www.heks.ch](http://www.heks.ch), [loebell@hekseper.ch](mailto:loebell@hekseper.ch)
- **Barbara Schürch** ist Geschäftsführerin bei IAMANEH Schweiz; [www.iamaneh.ch](http://www.iamaneh.ch), [bschuerch@iamaneh.ch](mailto:bschuerch@iamaneh.ch)
- **Bea Schwager** ist Projektkoordinatorin und Co-Geschäftsführerin bei medico international schweiz, [www.medicointernational.ch](http://www.medicointernational.ch), [Bea.Schwager@medicointernational.ch](mailto:Bea.Schwager@medicointernational.ch)
- **Carmelina Seemann-Castellino** ist Leiterin Marketing & Kommunikation, Mitglied der Geschäftsleitung und Co-Koordinatorin Auslandprogramme bei der Stiftung Kinderdorf Pestalozzi; [www.pestalozzi.ch](http://www.pestalozzi.ch), [c.seemann@pestalozzi.ch](mailto:c.seemann@pestalozzi.ch)
- **Dieter Imhof** ist Leiter EZA und Mitglied der Geschäftsleitung bei Swissaid, [www.swissaid.ch](http://www.swissaid.ch), [d.imhof@swissaid.ch](mailto:d.imhof@swissaid.ch)

- **Esther Bodenmann** ist Programm-Verantwortliche von World Vision Schweiz, [www.worldvision.ch](http://www.worldvision.ch), [e.bodenmann@worldvision.ch](mailto:e.bodenmann@worldvision.ch)
- **Esther Oettli** ist Leiterin Ausland und stellvertretende Geschäftsleiterin bei Helvetas; [www.helvetas.ch](http://www.helvetas.ch), [esther.oettli@helvetas.ch](mailto:esther.oettli@helvetas.ch)
- **Felix Küchler** ist Mitglied des Stiftungsrats der Fondation Suisse pour la Santé Mondiale FSSM; [www.medicusmundi.ch/fssm.htm](http://www.medicusmundi.ch/fssm.htm), [info@newTree.ch](mailto:info@newTree.ch)
- **Gail Hunter** est responsable du secrétariat de la Fédération Genevoise de Coopération FGC; [www.fgc.ch](http://www.fgc.ch), [secretariat@fgc.ch](mailto:secretariat@fgc.ch)
- **Linus G. Jauslin** ist Generalsekretär von AIDS & KIND Schweizerische Stiftung für Direkthilfe an betroffene Kinder; [www.aidsundkind.ch](http://www.aidsundkind.ch), [info@aidsundkind.ch](mailto:info@aidsundkind.ch)
- **Luisa Cruz Hefti** est responsable du secrétariat de l'Association Kallpa Genève; [www.kallpa.org.pe](http://www.kallpa.org.pe), [akg@fgc.ch](mailto:akg@fgc.ch)
- **Marianne Widmer** ist Programmkoordinatorin bei mediCuba-Suisse; [www.medicuba.ch](http://www.medicuba.ch), [mediCuba-Suisse@bluewin.ch](mailto:mediCuba-Suisse@bluewin.ch)
- **Michèle Morier-Genoud** est secrétaire attachée à l'Afrique australe et cellule d'appui pour les projets au DM-échange et mission; [www.dmr.ch](http://www.dmr.ch), [morier-genoud@dmr.ch](mailto:morier-genoud@dmr.ch)
- **Nicolaus Lorenz** ist Bereichsleiter und Mitglied der Institutsleitung am Schweizerischen Tropeninstitut STI, [www.sti.ch](http://www.sti.ch), [nicolaus.lorenz@unibas.ch](mailto:nicolaus.lorenz@unibas.ch)
- **Sonja Matheson** ist Kampagnenleiterin und Mitglied der Geschäftsleitung bei terre des hommes schweiz; [www.terredeshommes.ch](http://www.terredeshommes.ch), [s.matheson@terredeshommes.ch](mailto:s.matheson@terredeshommes.ch)
- **Urs Karl Egger** ist Geschäftsleiter der Skat Foundation; [www.skat.ch](http://www.skat.ch), [urs.egger@skat.ch](mailto:urs.egger@skat.ch)
- **Vreni Wenger-Christen** ist Departements-Co-Leiterin Internationale Zusammenarbeit und Mitglied der Geschäftsleitung beim Schweizerischen Roten Kreuz SRK, [www.redcross.ch](http://www.redcross.ch), [vreni.wenger@redcross.ch](mailto:vreni.wenger@redcross.ch)

# Viele Wege führen zu Gesundheit

## Projekte schweizerischer Organisationen

Was haben ein Aufforstungsprojekt in Benin, ein Förderungsprogramm für Biobäuerinnen im Senegal und ein Grundausbildungsprogramm für Kinder in Äthiopien mit Gesundheit zu tun? Auf die Aufforderung, ein Projekt aus dem Gesundheitsbereich oder einem anderen Sektor darzustellen, welches ihr Engagement für «Gesundheit für alle» exemplarisch illustriert, haben 18 schweizerische Organisationen geantwortet. Die auf den folgenden Seiten dokumentierten Geschichten und Ansätze gehen weit über den Gesundheitssektor hinaus. Beliebiger oder bewusste Konzentration auf diejenigen Interventionsebenen und Strategien, mit denen eine Organisation aufgrund ihrer Geschichte und ihrer Stärken zusammen mit ihren Partnern am meisten für die Gesundheit der Menschen leisten kann? – Wenn Entwicklungsprogramme anderer Sektoren auf ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen überprüft werden und alle Gesundheitsprogramme auf ihre Auswirkungen auf die Entwicklung, ist dies jedenfalls durchaus im Sinn von «Gesundheit für alle». Würde die Erklärung von Alma Ata heute wohl den Untertitel «Mainstreaming Health» tragen?

Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz, Senegal:

## Mehr Wissen für Biobäuerinnen

**In vielen Gegenden Senegals setzen sich die Bauern und Bäuerinnen Gefahren bei der Landarbeit aus: Sie wenden chemische Insektizide und Pestizide in grossen Mengen und auf falsche Art und Weise an. Damit setzen sie ihre Gesundheit und diejenige ihrer Familien aufs Spiel. Der jahrelange Einsatz von Chemie auf den Feldern hat zu einer massiven Schädigung der Böden geführt. Eine Umkehr zu ökologischen Methoden in der Landwirtschaft tut not.**

Die senegalesische Nichtregierungsorganisation ENDA-PRONAT (Protection naturelle) wurde 1982 gegründet und arbeitet eng mit der 1994 gegründeten Bauernvereinigung Diender in der Küstenregion bei Thiès zusammen. Dieser angeschlossen sind alle 24 Dörfer des Bezirks Diender. Hauptziel der Vereinigung ist es, den Ressourcenschutz und die Ernährungssicherheit der Bevölkerung durch nachhaltige Landwirtschaft zu verbessern. Jedes Dorf ist mit zwei Repräsentanten, einem Mann und einer Frau, darin vertreten. Waren es zunächst nur vier, dann zehn Dörfer, die sich zusammengeschlossen hatten, sind es nun seit 2000 dank der Sensibilisierungsarbeit von ENDA-PRONAT alle 24 Dörfer. Innerhalb der Vereinigung haben sich verschiedene Komitees gebildet, zum Beispiel der Verwaltungsrat, der Rat der Spar- und Kreditkasse, die Gruppe der Bioproduzenten sowie das Netz «femmes rurales», welches auch Mitglied des gleichnamigen nationalen Netzes ist.

<b>Land, Region</b>
Senegal, Departement Diender (Niayes), bei Thiès
<b>Sektor</b>
Landwirtschaft
<b>Zeitraum/Projektphase</b>
<b>Schweizerische Organisation</b>
Hilfswerk der Evangelischen Kirchen der Schweiz
<b>Website</b>
<a href="http://www.heks.ch">www.heks.ch</a>
<b>Kontakt</b>
Heidi Keita-Gautschi, Programmbeauftragte für Senegal

In dem von HEKS und Fastenopfer gemeinsam unterstützten Projekt an der Küste werden Bäuerinnen besonders gefördert, weil ihnen der Zugang zu Ausbildung, Landerwerb und Produktionsmitteln oft erschwert wird. ENDA-PRONAT stellt den Frauen Saatgut und Setzlinge zur Verfügung und zeigt ihnen, wie natürliche Dünger und wirksame biologische Alternativen zu den chemischen Insektiziden und Pestiziden produziert werden können. Die Frauen bauen vor allem

## Viele Wege führen zu Gesundheit Projekte schweizerischer Organisationen

Zwiebeln, Karotten, Kohl, Auberginen, Peperoni, Pfefferschoten, Tomaten und Melonen an.

ENDA-PRONAT hat gemeinsam mit den Bauernfamilien folgende Ziele für die kommenden Jahre festgelegt:

- Organisatorische und institutionelle Stärkung der Bauernvereinigung von Diender
- Förderung des Zugangs zu Land und Produktionsmitteln
- Beherrschen von Techniken und Methoden für eine gesunde und nachhaltige Landwirtschaft
- Lokales Sparprogramm

Diese Ziele sollen mit Seminaren zu Bodenrechtsfragen, unter besonderer Einbeziehung von Frauen und Jugendlichen, sowie mit der Unterstützung der Lobbyarbeit der Bauernvereinigung bei lokalen Regierungsvertretern erreicht werden.

Photo: HEKS



Bäuerinnen werden im Projekt besonders gefördert, weil ihnen der Zugang zu Ausbildung, Landerwerb und Produktionsmitteln oft erschwert wird.

Fondation Suisse pour la Santé Mondiale, Benin:

## Reboisements communautaires – les bases pour la santé

<b>Land, Region</b>	Benin, Atacora
<b>Sektor</b>	Aufforstungen
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	1999–2002
<b>Schweizerische Organisation</b>	Fondation Suisse pour la Santé Mondiale
<b>Website</b>	<a href="http://www.medicusmundi.ch/fssm.htm">www.medicusmundi.ch/fssm.htm</a>
<b>Kontakt</b>	Dreijahresbericht erhältlich bei: <a href="mailto:info@newTree.ch">info@newTree.ch</a>

**Mit Aufforstungen wird die Lebensgrundlage der Bevölkerung im Sahelgebiet im Norden Benins nachhaltig verbessert. Bäume schützen vor Erosion und geben Erträge in Form von Früchten oder Nüssen. Manche Blätter können als Viehfutter verwendet werden oder machen den Boden fruchtbar.**

Die Bauern, die Bäume pflanzen und unterhalten wollen, werden vom Projekt unterstützt. Sie bestimmen selbst, welche Baumarten und welche Anzahl sie aufforsten wollen. Am häufigsten wird der Cashew-Nussbaum gewählt, denn er bringt schon nach drei Jahren die ersten Erträge. Die Anzahl Baumschulen wuchs in den letzten Jahren von zwei auf über zwanzig. Motivierete Bauern werden von den Projektmitarbeitern zu Baumschulleitern ausgebildet und pflegen die heranwachsenden Bäumchen während der Trockenzeit. Dies bedingt zweimal ausgiebiges Giessen pro Tag.

Zu Beginn der Regenzeit verkaufen die Baumschulen die Pflanzen zu einem günstigen Preis an die Bauern. Das Projekt unterstützt die Baumschulen mit Material, subventioniert den Preis der Bäumchen und leitet die Bauern beim Pflanzen an. Meist wird in verbrauchte Felder gepflanzt (agro-foresterie). Diese Aufforstungen kommen verbesserten Bracheflächen gleich. Zunehmend sollen auch einheimische Baumarten gepflanzt werden. Der Nutzen von Aufforstungen für die Bevölkerung ist mannigfaltig: Schutz vor Erosi-

on und Verwüstung, Holz, Nüsse, Früchte, Rinden für Phytotherapeutika, Blätter als Viehfutter, Zurückhalten des Regenwassers, Schutz vor Überschwemmungen etc.

Das Projekt stand bis Ende 2002 unter der Leitung einer afrikaerfahrenen Schweizer Biologin. Jetzt setzt eine beninische Equipe die Aktivitäten fort. In drei Jahren wurden über 50'000 Bäume gepflanzt. Insgesamt beliefen sich die Ausgaben auf CHF 120'000.- GeldgeberInnen sind die FSSM, verschiedene Partnerorganisationen, Gemeinden und Vereine sowie ein privater Sponsorkreis.

Dieses Projekt erfüllt folgende Kriterien:

- Es wird von der Bevölkerung gewünscht (Bedürfnis) und benötigt (Bedarf).
- Es wird weitestgehend von der Zielgruppe selbst organisiert und getragen.
- Es ist werteneutral: die Stärkung der Lebensgrundlage und der ökonomischen Basis ermöglicht der Zielgruppe, die Erträge dann dort zu investieren, wo sie es selbst wollen, zum Beispiel in Gesundheit, Bildung, Wasser, Kommunikation oder in Werte, die ihrer Kultur und ihren Prioritäten entsprechen.
- Es wird nur angepasste, lokal vorhandene Technologie eingesetzt.
- Es kann ohne «Expatriates» weitergeführt werden.
- Der Aufwand für Management und Organisation ist minimal.

Aufforstung dient dem Erosionsschutz, generiert Einkommen und stärkt die Lebensgrundlage und damit die Gesundheit der Menschen.

Photos: F. Küchler, newTree



Schweizerisches Tropeninstitut, Tansania:

## Dar es Salaam Urban Health Project

<b>Land, Region</b>	Tansania, Dar es Salaam
<b>Sektor</b>	Gesundheit
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	Oktober 1990 bis Dezember 2002
<b>Schweizerische Organisation</b>	Schweizerisches Tropeninstitut
<b>Website</b>	www.sti.ch
<b>Kontakt</b>	Nicolaus Lorenz, Bereichsleiter und Mitglied der Institutsleitung, nicolaus.lorenz@unibas.ch
<b>Informationen:</b>	Das Projekt wurde bereits in mehreren früheren Ausgaben des Bulletins von Medicus Mundi Schweiz (Nrn. 68, 71 und 79) dargestellt.

Das Projekt zeigt exemplarisch, dass **Primary Health Care sehr facettenreich ist und es ein Irrweg wäre, wenn man sich auf einzelne Aspekte, beispielsweise die Kurativmedizin in Krankenhäusern oder die reine Aufklärungsarbeit auf Gemeindeebene konzentrieren würde.**

Das Dar es Salaam Urban Health Project begann 1990 im Rahmen eines bilateralen Abkommens zwischen Tansania und der Schweiz. Initial lag der Schwerpunkt auf der Rehabilitierung der staatlichen Gesundheitseinrichtungen, das heisst jeweils drei Distriktkrankenhäuser und über 50 Gesundheitszentren und Entbindungsstationen. In einer zweiten Phase wurde dann die funktionale Rehabilitierung des städtischen Versorgungssystems angegangen und Grundlagen für eine Rationalisierung der Gesundheitsdienste und deren Effizienzsteigerung geschaffen. Diese Erfahrungen sind massgeblich in die Reform des tansanischen Gesundheitswesens eingeflossen. Parallel zur Stärkung des staatlichen Gesundheitsversorgungssystems wurden Pilotinterventionen zur Gemeindebeteiligung unternommen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die Unterstützung beim Aufbau von «Health Boards», die in jeder Gesundheitsein-

richtung, in jedem Distrikt und dann als «Health Board Association» auch auf Stadtebene eingerichtet wurden. Vor allem letztere Struktur hat das Potential, einerseits ein Gegengewicht zur staatlichen Gesundheitsadministration zu werden und andererseits durch die Stärkung der Zivilgesellschaft auch Einfluss auf die «ins Kraut schiessende» Entwicklung privater Gesundheitsanbieter auszuüben.

medico international schweiz, Nicaragua:

## Desarrollo Comunitario Litoral Sur Bluefields

<b>Land, Region</b>	Nicaragua/südliche Atlantikküste
<b>Sektor</b>	Gesundheit
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	1997 bis und mit 2003
<b>Schweizerische Organisation</b>	medico international schweiz
<b>Website</b>	www.medicointernational.ch
<b>Kontakt</b>	Bea Schwager, Projektkoordinatorin, Co-Geschäftsleiterin, Bea.Schwager@medicointernational.ch

Unsere Partnerorganisation **AMC (acción médica cristiana)** engagiert sich mit **Gemeindegesundheitsprogrammen an der Atlantikküste Nicaraguas.**

Fernab von jeglicher staatlicher Infrastruktur hat an der Atlantikküste Nicaraguas die Selbstorganisation im Gesundheitsbereich Priorität, auch weil die einzelnen Gemeinden nur sehr schwer zugänglich und Krankentransporte kaum möglich sind. AMC fördert das Bewusstsein zur Eigeninitiative der Einheimischen, vermittelt

Kenntnisse im Bereich von Hygiene und Prävention, bildet GesundheitspromotorInnen aus und unterstützt unter anderem den Bau von Latrinen und Trinkwasserbrunnen. Besondere Schwerpunkte bilden die Organisation von Frauen, Kindern und Jugendlichen, um deren Bewusstsein zu stärken und um deren Stellung innerhalb der Gemeinden zu stärken und sie so zu wichtigen Trägern der Präventionsarbeit auszubilden.

Photo: Bea Schwager, medico international schweiz



San Francisco, Kukra River: Übersichtstafeln zum aktuellen Stand der Gesundheitsentwicklung

Skat Foundation, Aguasan-Workshop:

## «This shit drama – Are there ways out?»

**Land, Region**  
Schweiz, international

**Sektor**  
Siedlungshygiene, Abwasser

**Zeitraum/Projektphase**  
23. bis 27. Juni 2003

**Schweizerische Organisation**  
Skat Foundation zusammen mit der Aguasan-Gruppe

**Website**  
[www.skat.ch](http://www.skat.ch)

**Kontakt**  
Karl Wehrle  
[www.skat.ch/sf-web/activities/ws.htm#aguasan](http://www.skat.ch/sf-web/activities/ws.htm#aguasan)



Beide Bilder: Lernmaterial zu Siedlungshygiene und Umgang mit Fäkalien.

**Der Umgang mit Fäkalien in Entwicklungsländern ist Ursache von unzähligen Krankheiten. Wenn hier bessere Lösungen im Sinne von Prävention gefunden und umgesetzt werden, kann der Aufwand für nachsorgende medizinische Unterstützung deutlich reduziert werden. Darum geht es am Aguasan-Workshop im Juni 2003, dessen Zielsetzungen nachstehend in englischer Sprache beschrieben werden.**

Despite decades of effort in the field of sanitation and hygiene, the situation remains catastrophic. We, the sector professionals, are tired of being repeatedly reminded of the serious consequences of this situation. It seems that everything possible has been done but very with limited success. The topic remains dirty and unattractive. It demands changes in people's habits at a personal level, which is a very, very difficult "business". The unfreezing of existing habits, the move for a change and the consolidation of new habits seem to require the lifespan of generations. Yet, do we have this time? Why should we involve ourselves into something that looks so hopeless and unattractive? These were key questions that influenced our choice of the topic for the Aguasan Workshop 2003.

Considering the actual situation and the magnitude of the challenge, we want to release the deadlock by looking at the following two levels:

Firstly, we shall draw lessons from existing cases. Why have they succeeded or failed? Which have been the favouring or hindering contextual factors? Which have been the determining interventions that contributed to the success? How could these approaches be replicated and possibly scaled up? Secondly, we want to learn from three specific approaches (applied successfully in other related sectors) to bring about the desired changes: Promotion / awareness creation, Marketing, Pressure / Pulling

The overall aim of the workshop is to contribute to the reduction of disease and death caused by unhygienic sanitary situations. In practical terms, this means that the workshop should develop effective approaches that will reduce the transmission of excreta-related infections – through improved hygienic practices, through better access to sanitary facilities and through protection of drinking water.

Given the scale and significance of the challenge, we want to take full advantage of the professionals' experience at the workshop. This means that each participant is expected to bring his/her own relevant example (or "showcase") – be it a success story or not. These examples – and four specifically selected cases – will represent the raw material that the participants will work with. Together with contributions from three specialists, we shall try to find an appropriate mix of ideas by taking promising ingredients from three approaches: awareness building measures, marketing procedures and using a push/pull method. Participants will then develop a blend of measures to suit each of the four workshop cases. Based on this experience, participants will then be able to apply the developed to other cases, including their own "showcases".

Photos: SKAT-Foundation



Stiftung Kinderdorf Pestalozzi, Äthiopien:

## Grundbildung und Sicherung des Lebensunterhalts für Kinder

### Land, Region

Äthiopien

### Sektor

Zugang zu Bildung

Wasserversorgung in ruralen Gegenden

### Zeitraum/Projektphase

2002–2004 (Phase I)

### Schweizerische Organisation

Stiftung Kinderdorf Pestalozzi

### Website

[www.pestalozzi.ch](http://www.pestalozzi.ch)

### Kontakt

Amsale Mulugeta Alemu,  
Projektverantwortliche Ostafrika,  
[a.mulugeta@pestalozzi.ch](mailto:a.mulugeta@pestalozzi.ch)

**Das erste Projekt der Stiftung Kinderdorf Pestalozzi, das vollumfänglich unserer neuen Strategie entspricht, zeigt, wie Gesundheitsmassnahmen als flankierende Projektbestandteile eingegliedert werden.**

Flexibilität und Unkompliziertheit prägen den Stil, wie unsere Partnerorganisation EFDA Kindern den Zugang zu Bildung ermöglicht. In sechs gemeinschaftlich organisierten und auch staatlich unterstützten Bildungszentren erhalten 1200 Schulkinder Unterricht, die bisher keinen Zugang zu Schulbildung hatten. Doch Unterricht bedeutet für EFDA mehr als sich nur Wissen anzueignen. Kenntnisse und Fähigkeiten über ihre soziale und natürliche Umgebung werden den Kindern genauso vermittelt wie die Entwicklung einer gesunden Einstellung, mit der sie schliesslich ihr Leben in die Hand nehmen und produktive, selbstbewusste Mitglieder ihrer Gemeinschaft werden. Dank der Beteiligung der Gemeinschaft an den informellen Bildungseinrichtungen kann die Grundbildung an deren Probleme und Bedürfnisse angepasst und durch die örtlichen Kenntnisse und Erfahrungswerte bereichert werden. Dies bildet eine gute Grundlage für die Förderung der Bildung als Mittel zur Bekämpfung der Armut. Der flexible Unterricht im informellen Bildungssystem, der Unterricht in der Muttersprache und die Art der Problemlö-

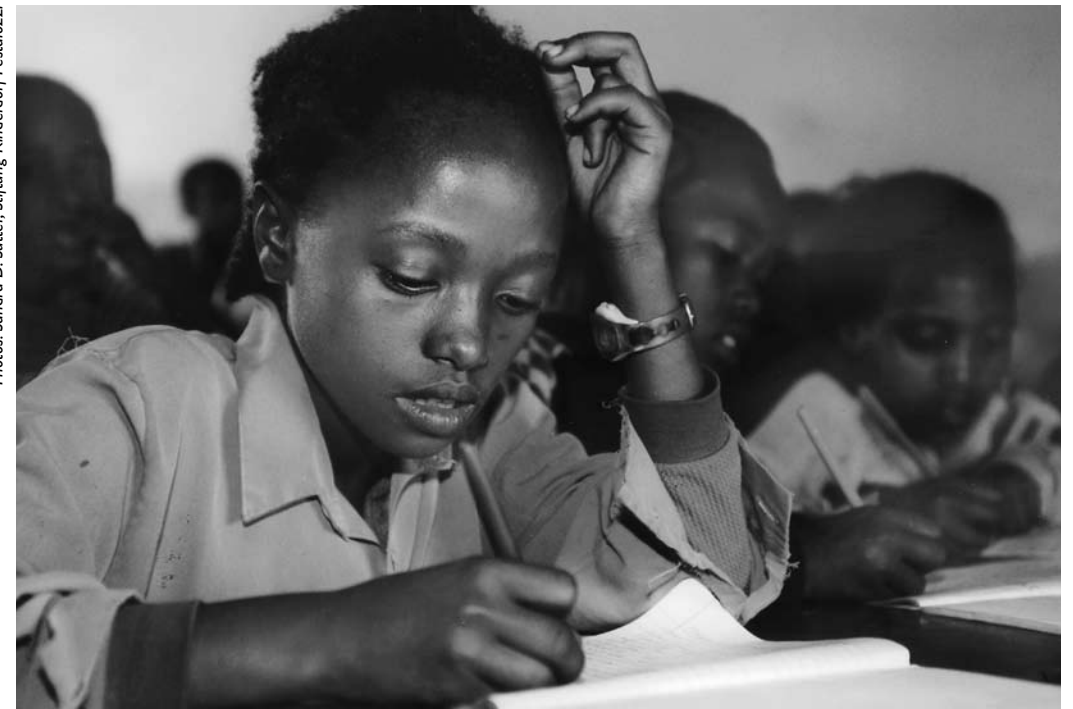
sung unterstützen die Kinder darin, immer noch für ihre Familien tätig zu sein, um so zur Verbesserung der Lebensbedingungen der Familien beizutragen.

Zwischen dem informellen und dem formellen Bildungssystem besteht eine enge Verbindung. Ressourcen werden geteilt und optimal genutzt. Im formellen Schulsystem halten so innovative und lernzentriertere Methoden Einzug, wäh-



Esubalew fand eine neue Familie.

Photos: Sandra D. Sutter, Stiftung Kinderdorf Pestalozzi



Informelle Schulbildung ist einer der Schwerpunkte der Stiftung Kinderdorf Pestalozzi in Äthiopien.

rend das informelle System bei der Festsetzung der «Meilensteine» für die Bildung und der minimalen Lernziele profitiert. So ist auch die Grundlage für den Übertritt der SchülerInnen aus dem informellen Unterricht in das formelle Bildungssystem sicher gestellt.

Dies ist um so wichtiger, als eine zweite Gruppe von Schulkindern an diesem Projekt teilnimmt. Die 2200 Schulkinder erhalten qualitativ bessere und kindergerechte Bildung, indem die Lehrkräfte an ihren zwei Grundschulen weiter ausgebildet werden. Das schulische Umfeld wird verbessert. Dadurch werden immer mehr Kinder animiert zu lernen, was wiederum die Lehrerinnen und Lehrer motiviert, effizient zu unterrichten. Die Schulen werden Zentren guter und zweckmässiger Wissensvermittlung für Kinder, die so zu selbstbewussten und produktiven Bürgerinnen und Bürgern heranwachsen. Die Gemein-

schaft beteiligt sich bei der Gestaltung des schulischen Lebens zunehmend an der Entscheidungsfindung und der Leitung der Schulen.

Das Projekt schliesst Berufsbildungsprogramme und Massnahmen gegen das Analphabetentum ein. Des weiteren gehören Programme zur Bewusstseinsbildung, Prävention und gesellschaftlicher Rehabilitation im Zusammenhang mit HIV/Aids zum Projekt.

Im letzten Jahr tauchte zudem ein weiteres, zentrales Problem auf; auch für die Schulbildung – das Wasser. Kinder und ihre Mütter laufen bis zu zwei, drei Stunden, um Wasser aus dem Fluss zu schöpfen. Ist der Fluss trocken, laufen sie noch weiter. Die Gemeinschaft hat nun Wasserstellen auf zentralen Plätzen errichtet und Leitungen in zwei Schulen verlegt. 10'000 Menschen haben auf diese Weise täglich frisches Trinkwasser.

SWISSAID, Indien

## Einkommensförderung und Gesundheitsvorsorge für Frauen

<b>Land, Region</b>	Indien, Gujarat
<b>Sektor</b>	integrierter Ansatz
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	2002–2004 (Phase III)
<b>Schweizerische Organisation</b>	SWISSAID
<b>Website</b>	www.swissaid.ch
<b>Kontakt</b>	Dieter Imhof, Leiter EZA und Mitglied der Geschäftsleitung, d.imhof@swissaid.ch

**Das Projekt zeigt exemplarisch den integrierter Ansatz, den SWISSAID in der Entwicklungszusammenarbeit verfolgt.**

Die Nichtregierungsorganisation TRU (The Trust for Reaching the Un-reached) arbeitet seit mehreren Jahren mit Frauen und Kindern im Panchmahal Distrikt von Ost-Gujarat in den Bereichen Gesundheitsvorsorge und Einkommensförderung. Das sehr unzugängliche Gebiet ist trocken und hügelig. Landwirtschaft ist nur beschränkt möglich und darum stark von saisonaler Migration geprägt.

Mit SWISSAID-Unterstützung möchte TRU die Arbeit mit Frauen, die in dieser Gegend unter Analphabetismus und Unterernährung leiden, in rund 30 Dörfern (15'000 Menschen) des Haloi Bezirks im Umfeld von Shivrajpur fortsetzen. Die Gesundheitsvorsorge erreicht sogar etwa 150 Dörfer. Unterdessen existieren 50 Selbsthilfegruppen von Frauen mit 785 Mitgliedern. Ihr Sparguthaben beträgt Rs 261'663. Die Frauen profitieren auch von der Gesundheitsvorsorge (gynäkologische Dienste und Schwangerschaftsberatung), die zu einer starken Senkung der Säuglingssterblichkeit geführt hat. Zur Einkommensförderung wurden für die Adivasis Lizenzen zur Gewinnung von Mahua Blüten erwirkt und deren Verarbeitung und Vermarktung verbessert.

In der nächsten Phase sollen diese Programme konsolidiert werden. Für die Selbsthilfegruppen-

mitglieder werden Kurse durchgeführt, damit sie ihre Gruppen selbständig führen und die Finanzen effizient administrieren können. Es ist geplant, 20 neue Selbsthilfegruppen aufzubauen. Ferner sollen die Gruppen in den Bereichen organischer Anbau, Boden- und Wasserkonservierung, Alphabetisierung, Regierungsbeteiligung (auf Dorfebene) und Gender weitergebildet werden. Spezielle Genderkurse sind für Männer und junge Paare geplant.

Das Einkommen der bestehenden Frauengruppen soll durch die Verarbeitung von Waldprodukten und die Herstellung von Seife weiter gesteigert werden. Zur Finanzierung dieser Aktivitäten sollen Verbindungen zu Mikrofinanz- und Kreditinstitutionen geknüpft werden.

AIDS & KIND, Kamerun:

## Mutter/Kind HIV-Präventionsprojekt

<b>Land, Region</b>	Kamerun, Ngaoubela, Adamaoua Plateau
<b>Sektor</b>	Gesundheit
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	Beginn April 2000, erste Projektphase bis Ende 2003, Ausbau auf zwei weitere Spitäler in anderen Regionen (Folgeprojekte) in Prozess, Projektende nicht absehbar.
<b>Schweizerische Organisation</b>	AIDS & KIND, Schweizerische Stiftung für Direkthilfe an betroffene Kinder
<b>Website</b>	www.aidsundkind.ch
<b>Kontakt</b>	Dr. med. Nicolas Regamey, Inselspital Bern, nicolas.regamey@unibas.ch (Projektinitiator)
<b>Informationen</b>	Das Projekt wurde im Bulletin 87 von Medicus Mundi Schweiz ausführlicher dargestellt.

**Das Projekt will den Nachweis erbringen, dass eine Mutter/Kind HIV-Prävention auch in einer sehr ländlichen Gegend, bei vorwiegend nomadisierenden Frauen, möglich ist.**

Ziel des Projektes ist, die direkte Übertragung von HIV von der Mutter auf das Kind durch Aufklärung und Beratung, den kostenlosen Zugang zu HIV-Tests und die begleitete Abgabe von Nevirapine zu verhindern beziehungsweise zu reduzieren.

Im Ngaoubela Hospital werden schwangere Frauen über HIV/Aids aufgeklärt und, falls sie es wünschen, auf HIV getestet. Schwangere mit einem HIV-positiven Testresultat werden medizinisch betreut und begleitet. Sie erhalten das Medikament Nevirapine, das die Übertragung des Virus auf das Neugeborene vermindert. Bisher wurden rund über 4000 schwangere Frauen im Spital untersucht, über die Hälfte davon machten den freiwilligen HIV-Test. Von den getesteten Frauen waren im Jahr 2000 4.8 Prozent, 2001 6.2 Prozent und 2002 7.8 Prozent HIV-positiv. Sie wurden medizinisch betreut und erhielten Nevirapine für sich und ihr Kind. Insgesamt wurden bisher über 150 Mutter/Kind-Paare behandelt. Zu Beginn war die Akzeptanz der HIV-Testung

in der Bevölkerung nicht sehr hoch, und es gab viele kritische Stimmen. Inzwischen ist sie bei schwangeren Frauen zur Routine geworden. Der HIV-Test wird zusammen mit dem Syphilistest durchgeführt. Ngaoubela hat sich zum Referenzspital der Region entwickelt. Mit der Projekterweiterung auf zwei weitere Spitäler in der Gegend wurde begonnen.

World Vision Schweiz, Mauretanien:

## Gesundheit dank Prävention

**Land, Region**

Mauretanien

**Sektor**

Gesundheit

**Zeitraum/Projektphase**

3 Jahre

**Schweizerische Organisation**

World Vision Schweiz

**Website**

www.worldvision.ch

**Kontakt**

Karin Rööös



Aufnahme für eine Fernsehsendung: eine mauretanische Frau lehrt über Gesundheitsaspekte.

**Das Projekt «Gesundheit dank Prävention» in Mauretanien ist ein innovatives und anpassungsfähiges Projekt, das auf spezifische Anlässe und Zielgruppen abgestimmt arbeiten kann.**

Ziel des Präventionsprojekts ist die Reduktion der Krankheits- und Sterblichkeitsrate, vor allem von Müttern und Kindern. Durch Aufklärung mittels Radio- und TV-Spots, Videos, Theater etc. wird die Bevölkerung zum Umdenken und zur Verhaltensänderung angeregt. Die Projektaktivitäten im einzelnen:

**Präventionsarbeit mit dem Gesundheitsmobil:**

In einem grossen Lastwagen mit Theaterplattform finden Theater und Musik, Lehrfilme und Diskussionen mit den Teilnehmenden zur Aufklärung statt. Themen wie Aids, Malaria, Rauchen, Gesundheitsfragen, Familienplanung und Geschlechtskrankheiten werden auf das Publikum abgestimmt.

**Radiospots und Internet (HealthNet):**

Bei 70 Prozent der Bevölkerung ist das Radio erste Informationsquelle. Deshalb werden auf diesem Kanal Spots zu Gesundheitsthemen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium ausgestrahlt. Unter [www.pointjeune.mr](http://www.pointjeune.mr) entsteht eine weitere wichtige und auf die Jugend zugeschnittene Informationsplattform.

**Mediale Animation für Jugendliche:**

Animatoren zeigen Videofilme, leiten Rollenspiele, geben Anregungen für Gruppendiskussionen, machen kreative Präsentationen und grosse graphische Anzeigetafeln als Kampagnen für und in Jugendgruppen, Vereinen an Universitäten und Gemeinde-Veranstaltungen.

**Grosse Plakatwände und Poster:**

In den Städten initiieren informative und Fragen aufwerfende Tafeln konstruktive Diskussionen unter den Betrachtern, so dass über die wichtigen Thematiken gesprochen wird und ein Umdenken stattfinden kann. Plakate und Plakatwände sind Teil nationaler Kampagnen.

**Mitarbeiterförderung und Ausbildung in Kommunikation:**

Leute vom Staat und den Projekten werden in visuellen Medien für die Kampagnen und in Kommunikation zum besseren Verständnis der Jugendlichen geschult; überzeugende und provokative Kommunikationsspezialisten werden herangebildet.

Die Teams arbeiten eng mit dem Gesundheitsministerium, dem Ministerium für Bildung und Jugend zusammen. Gemeindevertreter werden ausgebildet, damit sie diese Aktivitäten nach Abschluss des Projektes selbständig weiterführen können.

Photos: World Vision Schweiz



Junge Frauen, eine der Zielgruppen der Programmaktivitäten.

mediCuba-Suisse, Kuba:

## Rohstoffe für die pharmazeutische Industrie

<b>Land, Region</b>	Kuba
<b>Sektor</b>	Gesundheit, Medikamentenversorgung
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	Jährlich wiederkehrende Finanzierung, seit 1997 ein gesamteuropäisches Projekt des Netzwerks mediCuba-Europa mit 12 Mitgliedorganisationen, das auf die Initiative von mediCuba-Suisse hin entstanden ist.
<b>Schweizerische Organisation</b>	mediCuba-Suisse
<b>Website</b>	www.medicuba.ch
<b>Kontakt</b>	Marianne Widmer, Programmkoordinatorin mediCuba-Suisse@bluewin.ch

**Obschon in der Humanitären Hilfe angesiedelt, erzielt das Projekt einen Impact, der weit über die Linderung von Notsituationen hinausgeht und die Vorteile der internationalen Zusammenarbeit auf Geberseite im Rahmen eines Netzwerkes verdeutlicht.**

Kuba verfügt über eine eigene pharmazeutische Industrie, die es erlaubt, Medikamente im Land selber zu produzieren. Die pharmazeutischen Rohstoffe dafür hat Kuba bis Anfang der 1990er Jahre aus den osteuropäischen Ländern bezogen. Seither ist Kuba gezwungen, sich die Rohstoffe auf dem Weltmarkt gegen Bezahlung in Devisen zu besorgen. Ausserdem erschwert, beziehungsweise verunmöglicht die von den USA verhängte Wirtschaftsblockade den effizienten und kostengünstigen Import.

Gemeinsam mit dem Netzwerk mediCuba-Europa finanziert mediCuba-Suisse jährlich pharmazeutische Rohstoffe im Wert von rund 500 000 Euro, welche in Kuba zu Basismedikamenten verarbeitet und an Krankenhäuser, Arztpraxen und Apotheken verteilt werden. Der Beitrag von mediCuba-Suisse beträgt 130 000 Franken. Mit diesem Beitrag finanziert mediCuba-Suisse den Rohstoff für die Produktion des Antibiotikums Zefalexyn, das zur Verhinderung von Infektionen nach Operationen in den Kliniken

Photo: mediCuba-Suisse



Fertige Medikamente aus den finanzierten Rohstoffen

eingesetzt wird. Die von mediCuba-Suisse finanzierten Rohstoffe decken 60 bis 80 Prozent des nationalen Jahresbedarfs. Das gesamte Projekt ermöglicht Importsubstitutionen von rund 11 Millionen Euro.

Das Projekt entfaltet seine Wirkung in verschiedensten Bereichen: Verbesserung der Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten (Antibiotika für den klinischen Gebrauch), Nutzung der bestehenden Industrieanlagen, Erhaltung von Arbeitsplätzen, Importsubstitution.

INTERTEAM, Namibia

## Catholic AIDS Action

<b>Land, Region</b>	Namibia, v.a. im Norden des Landes
<b>Sektor</b>	Gesundheit,
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	seit 1998
<b>Schweizerische Organisation</b>	INTERTEAM
<b>Website</b>	www.interteam.ch
<b>Kontakt</b>	Koordinationsbüro INTERTEAM in Windhoek, itnam@mweb.com.na
<b>Information</b>	Das Projekt wurde im Bulletin 87 von Medicus Mundi Schweiz ausführlich dargestellt

**Die Unterstützung dieses Projektes bildet einen Schwerpunkt unserer Arbeit in Namibia. Die Möglichkeiten, die sich aus der Zusammenarbeit mit der Kirche ergeben, und die zentrale Bedeutung des Themas für die namibische Gesellschaft machen dieses Projekt für uns exemplarisch.**

Die auch in Namibia rasant zunehmende Verbreitung des HI-Virus hat die Katholische Bischofskonferenz Namibias bewegt, etwas Konkretes gegen dessen Ausbreitung zu tun und den betroffenen Leuten Hilfe anzubieten. Deshalb wurde am 9. August 1998 die Catholic AIDS Action (CAA) unter dem Motto «The Courage to Fight and the Strength to Care» ins Leben gerufen. Gleichzeitig wurde eine nationale Aidsberaterin angestellt, die die Aktivitäten in den verschiedenen Regionen koordiniert. CAA ist seit 1998 auf eine Grösse von über 50 Angestellten in ganz Namibia angewachsen. Gemessen an den Aktivitäten ist es wohl die dynamischste NGO im Sektor HIV/Aids in Namibia.

Die Catholic AIDS Action konzentriert ihre Aktivitäten auf die Leute in den Pfarreien, Schulen und (Jugend-) Gruppen der katholischen Kirche. Sie unterhält auch einen regen Austausch mit anderen Organisationen, die auf diesem Gebiet tätig sind, und hat Verbindungen zum nationalen

Aidskoordinationskomitee NAMACOC, wo unter dem Vorsitz des Gesundheitsministeriums alle involvierten Organisationen zusammengefasst sind.

Neben der Capriviregion wurde bisher das Owambo durch zwei regionale Stellen in Okavango und Oshikuku betreut. Dort gibt es 29 Freiwilligengruppen mit total 371 Freiwilligen, die rund 600 Familien wöchentlich besuchen. Daneben wurden bisher rund 4500 Waisenkinder registriert, wovon über 3000 in der zweiten Hälfte des Jahres 2001 eine materielle Unterstützung bekamen. In durchgeführten Bewusstseinskampagnen wurden weitere 5500 Leute erreicht. Die zwei Büros sind jedoch eindeutig zu wenig für die sehr bevölkerungsstarken vier Regionen des Owambo. Daher wurde das CAA-Zentrum in der grössten Stadt des Owambo geplant und gebaut.

IAMANEH Schweiz, Mali:

## Kampf gegen Fehl- und Mangelernährung

<b>Land, Region</b>
Mali, Region Kangaba
<b>Sektor</b>
Gesundheit/Ernährung
<b>Zeitraum/Projektphase</b>
1.1.2001-31.12.2003
<b>Schweizerische Organisation</b>
IAMANEH Schweiz
<b>Website</b>
www.iamaneh.ch
<b>Kontakt</b>
Maya Natarajan, Programmverantwortliche Westafrika

**Gemeinsam mit unserer lokalen Partner-NGO GAD «Groupe-action-développement» engagieren wir uns seit 2000 in einem Projekt zur Bekämpfung der Mangel- und Fehlernährung bei Müttern und ihren Kindern. Das Projekt zeigt, wie wichtig es ist, die Aktivitäten miteinander zu vernetzen und sektorübergreifend zu arbeiten.**

Die Gemeinde Minidian mit ihren knapp 67 000 Einwohnern ist zwar eine relativ fruchtbare Zone, dennoch liegt die Fehl- und Mangelernährung bei Kindern unter 5 Jahren in dieser Region bei ca. 20 Prozent. Probleme sind Vitamin-A- und Eisenmangel sowie Durchfallerkrankungen. Im Verlauf der Aktivitäten wurde auch der Iodmangel als gravierendes Problem in der Region erkannt. Mangelernährte Kinder sind anfälliger auf Krankheiten, die auch einen schwereren Verlauf nehmen können. Ziel ist es, die Ernährungssituation von Müttern und ihren Kindern zu verbessern.

Das Projekt wurde im 2000 in noch relativ bescheidenem Rahmen gestartet und konnte im Jahr 2002 durch die Ko-Finanzierung der DEZA gefestigt werden. Die externe Evaluation des Projektes im Herbst 2002 hat eine wesentliche Verbesserung der Ernährungssituation festgestellt; die Mangelernährung ist auf 7,3 Prozent gesunken.

Worauf beruht der Erfolg? Eine zentrale Rolle im Projekt spielt vor allem der integrierte Ansatz, der

versucht, mittels verschiedener Aktivitäten das gemeinsame Ziel, die Verbesserung der Ernährungssituation von Frauen und Kindern, zu erreichen. Tragend ist dabei eine intensive und enge Zusammenarbeit zwischen der lokalen NGO, der Dorfbevölkerung, den Gesundheitspromotoren (relais villageois), den Animatoren, der Ernährungsberaterin und den Frauengruppen.

Die Frauengruppen bebauen das gemeinsame Feld und erhalten auch Kleinkredite. Der Fonds wird dabei von den Frauen selbst verwaltet. Hierfür haben sie eine Weiterbildung erhalten. Die Vergabe der Kleinkredite war bisher ein grosser Erfolg. Inzwischen haben die Frauen bereits einen ansehnlichen Fonds erwirtschaftet, der es ihnen erlaubt, auch weiteren Frauen Krediten zu gewähren.

Zwei Animatorinnen des Projektes sind zuständig für die Gesprächsrunden, an denen Themen wie Ernährung, Stillen, Hygiene und Kinderbetreuung aufgegriffen und diskutiert werden. An praktischen Beispielen wird den Müttern gezeigt, wie sie einen gehaltvollen Babybrei herstellen können, und dass dieser in Zeiten des Abstillens wichtig ist. Das Projektteam geht regelmässig in die Dörfer, wo alle Kleinkinder gewogen und gemessen werden. So werden Fälle von Mangelernährung rechtzeitig erfasst, und das Schlimmste kann verhindert werden.

Im Falle einer gravierenden Fehlernährung wird das Kleinkind ins Spital überwiesen. Das Projekt garantiert dabei die Übernahme eines Teils der

Kosten, da die Eltern selten alleine dafür aufkommen können (Sozialfonds). In jedem Dorf wurden zudem zwei Gesundheitspromotoren gewählt – eine Frau und ein Mann – die eine Weiterbildung erhalten haben und die Animatoren in ihrer Arbeit unterstützen. Sie informieren die Animatoren, falls ein Kind im Dorf erkrankt oder stark fehlernährt ist.

Mit Radiosendungen zur Ernährung und Theateraufführungen werden auch Männer erreicht. Insbesondere das Theaterstück thematisiert die Rolle der Männer bei Entscheidungen im Haushalt und beispielsweise ihren Widerstand gegen die Teilnahme der Frauen an den Gesprächsrunden – dies auf anschauliche und witzige Weise.

Eine wichtige Projektkomponente ist die Förderung des Anbaus von Gemüse und Früchten in Hausgärten. Dabei wurden zuallererst die Bedürfnisse der Frauen genau abgeklärt. In den anschliessenden Verhandlungen mit der Dorfverwaltung konnte erreicht werden, dass den Frauen Felder zur Bebauung vertraglich zugesprochen

wurden. Seither bauen sie Gemüse und Früchte an. Einen Teil der Ernte verkaufen sie auf dem Markt, einen Teil konsumieren sie selbst. Mit dem Bau von Brunnen wurde auch die Wasserversorgung der Felder sichergestellt. Die Förderung der Hausgärten ist ein grosser Erfolg, und bereits haben sich Frauengruppen aus anderen Dörfern gemeldet, die diese in ihren Dörfern einrichten möchten.

Die Mütter haben über die drei Jahre selbst feststellen können, dass ihre Kinder gesünder sind und die schwierige Phase des Abstillens besser überstehen, wenn sie richtig ernährt werden. Diese Erfahrung ist wichtig und sichert auch in Zukunft gesunde Kinder.

Bald sollen neue Dörfer in das Programm integriert werden. Die «alten» Dörfer werden dann noch punktuell weiterbetreut, so dass der Kontakt zur Bevölkerung sowie deren Vertrauen erhalten bleiben und mit geringem Aufwand mögliche neue Aktivitäten lanciert werden können.

Photo: Edith Thomsen



Herstellung von Breinahrung für Babies. Mit der Kelle wird der Brei abgekühlt.

terre des hommes schweiz, Vietnam:

## Ländliche Entwicklung

<b>Land, Region</b>	Vietnam
<b>Sektor</b>	Ländliche Entwicklung, Wasser, Gesundheit, Bildung
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	<b>Schweizerische Organisation</b>
	terre des hommes schweiz
<b>Website</b>	www.terredeshommes.ch
<b>Kontakt</b>	Projektkoordinator Vietnam: Michael Schwahn, m.schwahn@terredeshommes.ch

**terre des hommes schweiz engagiert sich in Vietnam in ländlichen Entwicklungsprojekten, die der Landflucht entgegen wirken und den Menschen unmittelbar zu Gute kommen.**

Vietnam hat in den vergangenen Jahren eine dynamische wirtschaftliche Entwicklung durchgemacht. Besonders die grossen Städte – Saigon, Hanoi, Hai Phong und Da Nang – fördern den exportierenden Sektor, den Handel und den Tourismus. Zwar gibt es auch ländliche Zonen mit einer beachtlichen Entwicklung, einige Teile des Mekong-Deltas und des Deltas des Roten Flusses zum Beispiel weisen eine beachtliche Reisproduktion auf. Vietnam ist mittlerweile zweitgrösster Exporteur von Reis auf dem Weltmarkt und war es auch für Kaffee bis zum Zusammenbruch des Kaffeemarktes.

Weite Teile des Landes, vor allem die ländlichen Zonen, sind von dieser Entwicklung aber ausgeschlossen. Die Folge davon ist die Landflucht: Trotz einiger Erfolge der Regierung bei der Armutüberwindung zieht es immer mehr Leute in die Städte. terre des hommes schweiz hilft den örtlichen Behörden sowie den Organisationen der Frauen und der Bauern dabei, dieser Tendenz entgegen zu wirken. Neben den von uns unterstützten Projekten «Kleinkreditprogramm für Bäuerinnen» und «Schulen auf dem Lande» fördern wir Massnahmen zur Verbesserung der ländli-

chen Infrastruktur, die den jeweiligen Bedürfnissen der Region angepasst sind.

Die von uns geförderten Verbesserungen der Infrastruktur kommen den Menschen, insbesondere den Frauen und Kindern, unmittelbar zu Gute. Bewässerungskanäle nutzen den Familien. Die Versorgung mit sauberem Trinkwasser dient im Besonderen den Frauen; sie müssen das Wasser nicht mehr mühsam vom Fluss oder Kanal heran schleppen. Das Trinkwasser aus der Leitung ist gechlort und muss nicht mehr abgekocht werden – was wegen Brennstoffmangel früher meist unterlassen wurde. Der Bau von Brücken stellt Verbesserungen für alle dar, denn mit ihrer Hilfe können die landwirtschaftlichen Produkte einfacher transportiert und besser vermarktet werden. Sie erleichtern aber auch den Kindern den Schulweg, da sich nicht in jedem kleinen Weiler eine Schule befindet. Nebst infrastrukturellen Verbesserungen fördern wir Kurse über Hygiene, zu Kinderernährung und zu Familienplanung. Es werden auch Kurse zur landwirtschaftlichen Weiterbildung angeboten, hier insbesondere mit dem Schwerpunkt Gartenbau sowie Alphabetisierung.

Die Projekte zur «Ländlichen Entwicklung» begleiten oft Kleinkredit-Programme für Bäuerinnen und werden derzeit in den Provinzen Lao Cai, Hong Phong, sowie in Bin Hoa, in der Provinz Long An südlich von Saigon durchgeführt.

Armut und schwierige Lebensumstände prägen die ländlichen Gebiete Vietnams. Ländliche Entwicklungs- und Armutbekämpfungsprogramme sollen der Landflucht entgegenwirken – ein schwieriges Unterfangen.

Photos: terre des hommes schweiz



Helvetas, Nepal:

## Water Resources Management Project

**Land, Region**

Nepal, mid/far-west Region

**Sektor**

Trinkwasserversorgungen im weiteren Sinne (Wassernutzungsmasterpläne, Gesundheitserziehung, Bau von Latrinen)

**Zeitraum/Projektphase**

1998–2003, verlängert um weitere 5 Jahre

**Schweizerische Organisation**

Helvetas

**Website**

[www.helvetas.ch](http://www.helvetas.ch)

**Kontakt**

Esther Oettli, Leiterin Ausland und stv. Geschäftsleiterin,  
[esther.oettli@helvetas.org](mailto:esther.oettli@helvetas.org)

**In Nepal hat Helvetas Jahrzehnte lange Erfahrung im Bau von Trinkwasserversorgungen zusammen mit der lokalen Bevölkerung. Das Projektdesign, zu dem neben der Trinkwasserversorgung auch die Verbesserung der Hygienesituation gehört (Bau von Latrinen, Aufklärung usw.), wurde permanent weiterentwickelt und ist heute gut dokumentiert.**

Angesichts der Ressourcenknappheit und des zunehmenden Drucks durch Abholzung sowie steigendem Wasserbedarf auch der Fluss-Unterlieger verlagert sich der Schwerpunkt der Projektarbeit in den letzten Jahren zunehmend von der Versorgung mit Trinkwasser oder Bewässerungsanlagen zum eigentlichen Ressourcenmanagement. Im Mittelpunkt des Projektes steht weniger die direkte Umsetzung konkreter Massnahmen als vielmehr das Ausarbeiten von Masterplänen zur Wassernutzung. Dabei geht es um das Erfassen der vorhandenen Ressourcen (Quellen, Flüsse, Grundwasser) und das Aufzeigen der Wasserressourcen für Trinkwasser, Bewässerung, Wasserkraft und Ökologie. Diese sollen nachhaltig genutzt werden können, das heisst ohne negative Langzeitfolgen (Berücksichtigen der jährlich erneuerbaren Wassermengen) und ohne Beeinträchtigung der Nutzungsinteressen der Fluss-Unterlieger. Zum Ressourcenmanagement-Plan

gehören unter anderem auch Fragen des Quell-schutzes, der Abwassernutzung sowie Eigentumsfragen im Zusammenhang mit der Nutzung von Quellen.

Ein «water use master plan» wird zusammen mit den lokalen Behörden und den zuständigen Regierungsstellen auf Distriktebene und unter Einbezug entsprechender Fachleute und Nichtregierungsorganisationen erstellt. Dieser Masterplan ist ein zentrales Mittel für die Gemeinde oder Region zur weiteren Planung, Priorisierung und Realisierung von nachhaltigen Entwicklungsschritten sowie zur Akquisition von zusätzlichen Geldmitteln. Helvetas selber implementiert anschliessend lediglich Trinkwasserversorgungen und die Verbesserung der sanitären Situation. Mit diesem neuen Projektansatz, den Helvetas in den letzten Jahren in Nepal entwickelt hat und mit dem jährlich etwa 6 bis 10 Masterpläne realisiert werden, ist ein wichtiger Schritt zur langfristigen Planung und zu einem Ressourcenmanagement-Ansatz innerhalb des Flusseinzugsgebietes gemacht.

Arbeiten an einer Wasserleitung

Photo: Helvetas



Schweizerisches Rotes Kreuz, Laos:

## Verbesserung der öffentlichen Gesundheits- versorgung

**Land, Region**  
Nordlaos, Provinz Luang Prabang (400'000 Einwohner),  
Distrikt Nambak (55'000 Einwohner)  
**Sektor**  
Gesundheit  
**Zeitraum/Projektphase**  
Drei Jahre (September 2000 bis Oktober 2003).  
Eine Folgephase von zwei Jahren ist ab Ende 2003  
bis Oktober 2005 vorgesehen.  
**Schweizerische Organisation**  
Schweizerisches Rotes Kreuz  
**Website**  
www.srk.ch  
**Kontakt**  
Lorenz Indermühle  
**Informationen**  
siehe auch Bulletin von Medicus Mundi Schweiz Nr. 86  
(Gesundheitsförderung)



Mit einem Rotationsfonds wird die Spitalapotheke jeweils neu gespiesen. Der Überschuss fliesst ins globale Finanzierungssystem des Spitals.

**Das Beispiel Laos ist repräsentativ für die SRK-Basisgesundheitsstrategie. Es hat im nationalen Kontext des Landes geradezu Pioniercharakter. Die Frage der Nachhaltigkeit mit einer transparenten Finanzierung und effektiven lokalen Eigenleistung erfährt hier ebenfalls eine adäquate Antwort.**

Mit einem Unterbruch von 1975 bis 1989 ist das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) seit dem Vietnam-Konflikt in Laos aktiv. Bis zum Jahr 2000 konzentrierte sich die Zusammenarbeit vor allem auf die Ausbildung von Gesundheitspersonal und die Stärkung von Infrastruktur und Management in den nördlichen Provinzen von Laos. Heute engagiert sich das SRK für die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitssystems im Distrikt Nambak im Norden von Laos.

Ziel des SRK-Gesundheitsprojektes in Nambak ist einerseits die Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsversorgung. Die Bevölkerung, insbesondere die Mütter und Kinder, soll Zugang zum öffentlichen Gesundheitsdienst erhalten, der bessere Qualitätsleistung zu angepassten Preisen bietet und somit aktiv dafür sorgt, die hohe Mütter- und Kindersterblichkeit zu reduzieren. Daneben sollen neue Methoden und Konzepte zur Re-

Photos: SRK



Seit die Ärztinnen regelmässig in Spital sind, haben die Konsultationen für Familienplanung und -beratung zugenommen.

organisation des bestehenden Gesundheitsdienstes auf Distriktebene eingeführt werden. Die begrenzten vorhandenen Mittel (Finanzen, Material, Personal) sollen effizienter und effektiv zum Wohl der Bevölkerung eingesetzt werden.

Diese Ziele versucht das SRK gemeinsam mit der Regierung und den Gesundheitsbehörden der Provinz Luang Prabang sowie dem Distrikt Nambak und mit dem «Management Unit» des Gesundheitssystems im Nambak Distrikt zu erreichen. Es handelt sich um ein erstes solches Projekt in Laos. Es könnte somit richtungweisend für ähnliche Projekte in anderen Distrikten und Provinzen werden.

### Globaler Ansatz

Im laotischen Gesundheitskontext herrscht eine Unausgeglichenheit zwischen den Gesundheitsanbietern. Schlecht ausgebildete Privatanbieter verlangen hohe Preise für Behandlungen, während im öffentlichen Sektor vielfach das Personal abwesend ist. Verschiedene Programme des Gesundheitsministeriums und anderen Organisationen (Malaria, Impfkampagnen, Drogenentzug und -prävention) verlaufen vertikal und sind nicht in die Distriktgesundheit eingebettet. Um

diesen Herausforderungen zu entsprechen, wurde mit allen Partnern ein Vertrag eingegangen, der die Einbettung aller Gesundheitsprogramme in die Distriktgesundheit vorsieht.

Das Projekt führte ein Kostenbeteiligungssystem ein. Für die erbrachten Leistungen hat die Bevölkerung ein erhöhtes Mitspracherecht im Betrieb «ihrer» Gesundheitszentren erhalten und auch bessere Dienstleistungen durch das Personal, das, motiviert durch leistungsabhängige Prämien, besser arbeitet und sich für die Gesundheitsanliegen und -probleme der Leute interessiert und engagiert. Die finanzielle Beteiligung des Staates, anderer Organisationen und des SRK sind in genanntem Vertrag geregelt. Zudem wurden mobile Kliniken aktiviert. Aufgrund dessen erhöhten sich die ambulanten Behandlungen in 15 Monaten um 250 Prozent. Die Zusammenarbeit mit privaten Anbietern wird gesucht, und Weiterbildung für Personal ist weiterhin von Bedeutung.

Das gesamte System ist noch neu und für Laos sehr innovativ. Aus diesem Grund gilt es immer wieder, in Evaluationen und Rückblick beziehungsweise Ausblick die Machbarkeit zu überprüfen. Ein Spezialist für Public Health und eine laotische Ärztin begleiten das Projekt permanent. Zudem überprüft ein Gesundheitsökonom regelmässig das Finanzierungskonzept. Zusätzlich interessiert sich eine technische Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums sowie Vertreter/innen des Institut Tropical de la Francophonie für das Projekt, mit der Idee, den Ansatz in Laos zu einem späteren Zeitpunkt zu duplizieren.

DM-échange et mission, Afrique du Sud :

## Care groups

<b>Pays</b>	Afrique du Sud
<b>Secteur</b>	Santé
<b>Période</b>	depuis 1976, phase de développement institutionnel
<b>Organisation suisse</b>	DM-échange et mission
<b>Site web de l'organisation</b>	www.dmr.ch
<b>Contact</b>	Michèle Morier-Genoud, DM-échange et mission, Secrétaire attachée à l'Afrique australe et cellule d'appui pour les projets; suivi des thématiques Santé et Genre & Développement, morier-genoud@dmr.ch
<b>Informations</b>	Le projet est décrit dans les éditions 69, 77 et 87 du Bulletin de Medicus Mundi Suisse

**L'insertion d'une approche communautaire dans le système national sud-africain est le fruit de 20 ans de travail de base : en 2002 les Care groups sont enfin reconnus officiellement comme étant essentiels dans la lutte contre la pauvreté et par là dans le système de santé national.**

Les Care groups – groupes de soins – sont nés dans les années 1975-76 dans une région où de nombreuses familles noires avaient été déplacées de force dès 1972 dans la province du Limpopo. Cette région, proche de l'Hôpital d'Elim où travaillaient des envoyés des Eglises de Suisse romande et alémanique, ne possédait aucune infrastructure pour accueillir ces familles.

Cette région était aussi fortement touchée par le trachome, une maladie provoquant la cécité en l'absence d'hygiène minimum. Cette maladie se transmet principalement par les petits enfants. Pour pouvoir donc les suivre, Erika Sutter – médecin suisse ophtalmologue – et Selina Maphorogo – aide infirmière et traductrice –, commencèrent à approcher les communautés établies dans la région. Heureusement, grâce aux dons de communicatrice de Selina Maphorogo et à la volonté d'évaluation constante d'Erika Sutter, ainsi

qu'à l'engagement de certaines femmes, la situation évolue : des groupes de soins se développent dans les villages autour de l'hôpital. 24 groupes se constituent et sont créés en une année.

Aujourd'hui, les Care groups sont constitués majoritairement par des femmes car les hommes travaillent encore souvent dans d'autres régions. Bénévoles, ces femmes s'engagent à travailler dans et avec la communauté et les groupes les plus défavorisés : les femmes, les enfants et les personnes âgées sur diverses questions touchant à la vie dans les villages, à l'amélioration des conditions de vie, aux soins aux plus faibles. Ces groupes n'ont cessé de se multiplier dans la région et hors de celle-ci.

Association Kallpa Genève, Pérou :

## Stratégie ville, vie, sida

<b>Pays</b>	Pérou, Lima
<b>Secteur</b>	Santé
<b>Période</b>	
<b>Organisation suisse</b>	Association Kallpa Genève (AKG)
<b>Site web de l'organisation</b>	www.kallpa.org.pe
<b>Contact</b>	Marie-Françoise Sprungli, responsable de la stratégie, msprungli@kallpa.org.pe

**Kallpa-Pérou est active au Pérou depuis 1990 dans le domaine de la santé communautaire et scolaire. La stratégie « ville, vie, sida » comprend des projets à Lima qui ont comme objectif général la diminution de l'impacte du sida chez les adolescents/adolescentes au travers de la promotion, de la prévention et de soins primaires.**

Outre la ville, recréée avec ses médias, ses conseillers/conseillères, ses groupes d'aide mutuelle et ses services médicaux, sociaux et légaux, la stratégie se fonde sur la synergie d'un réseau composé par des organisations de la société civile et les organismes étatiques. Trois projets font partie de cette stratégie :

**Le « Proyecto ciudad, vida, sida »** touche la population du Cône Sud de Lima. Pendant 2002 un réseau multisecteur s'est formé et renforcé dans les districts concernés. 23 acteurs de la communauté (ONG, centres de santé, municipalités, écoles, groupes communautaires de personnes qui vivent avec la maladie, promoteurs de paires, travailleuses sexuelles et hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, la police, etc.) en font partie. Ce réseau a réalisé une super campagne pour le 1er décembre (journée internationale Sida). 6000 élèves du cône sud de Lima y ont participé, en effectuant un voyage de cinq gares dans le train électrique qui fonctionne depuis le mois de novembre (sur seulement ces cinq gares...). Dans chaque gare, les élèves descendaient

du train pour participer à diverses activités: recevoir de l'information générale sur le sida, connaître les lieux où il peuvent téléphoner lorsqu'ils ont des doutes et les adresses électroniques pour apprendre sur le thème. Les élèves ont aussi appris l'usage correct du préservatif, le comportement nécessaire pour pouvoir se procurer un préservatif. La dernière gare les confrontait à l'idée que tout le monde peut s'infecter du sida et particulièrement eux pour leur conduite à risque. Enfin, l'importance de ne pas faire une discrimination avec les personnes qui vivent avec la maladie a été largement abordée. Cette dernière partie a été animée par un groupe de théâtre de jeunes qui sont séropositifs.

**« Supercondón et Segurichica »:** Le personnage masculin « Super-condom existait déjà. En 2002 le personnage féminin « Fille sûre » a été créé. Elle va dans les discothèques pour dire aux filles qu'elles ont le droit de se protéger ou en tout cas d'exiger que leur couple se protège. C'est encore très révolutionnaire ici à Lima, qu'une fille ou une femme propose le préservatif dans une relation.

**Le « Kit DISCOSIDA »** est une petite valise, avec le nécessaire pour organiser un moment de jeux et d'apprentissage avec les adolescents sur le sida a permis de former 12 autres institutions en animation socio culturelle, en créativité et en prévention du VIH/SIDA.

Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung,  
Mali:

## Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes

<b>Land, Region</b>	Mali, Région Ségou
<b>Sektor</b>	Gesundheit
<b>Zeitraum/Projektphase</b>	2001–2005
<b>Schweizerische Organisation</b>	Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung
<b>Website</b>	<a href="http://www.novartisfoundation.ch">www.novartisfoundation.ch</a>
<b>Weitere Informationen</b>	siehe <a href="http://www.novartisfoundation.com/basic_health_care/index.htm">www.novartisfoundation.com/basic_health_care/index.htm</a>



Animatrice – Präventionskampagne

**Nur wenn sowohl der finanzielle als auch geographische Zugang zu effektiven präventiven und kurativen Gesundheitsdiensten für die Bevölkerungen der ländlichen Gebiete und die Beschäftigten des informellen Sektors in Entwicklungsländern gegeben sind, kann man von Gesundheit für alle sprechen.**

Der freiwillige Zusammenschluss ausgeschlossener Gruppen zu autonomen, lokal organisierten Krankenkassenvereinen ist ein möglicher Weg, ihren Zugang zu qualitativ akzeptabler Gesundheitsversorgung zu verbessern, insbesondere wenn traditionelle Solidaritätsstrukturen auf Basis von Familien- und Ethniezugehörigkeit infolge von Migration, wachsender Familiengrösse oder hoher HIV/Aidsraten schwächer werden.

Angesichts der mangelnden Qualität der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen und der Finanzierungsschwierigkeiten auf Seiten der ländlichen Bevölkerung einigten sich 2001 die Regierung Malis und die Novartis Stiftung, für den Zeitraum von fünf Jahren ein integriertes Gesundheitsprojekt in der Gemeinde Cinzana durchzuführen. Das Projekt hat zum Ziel, die Gesundheitssituation der Bevölkerungen in der Gemeinde nachhaltig zu verbessern. Dies soll durch die Kombination von drei Teilresultaten erreicht werden:

- Verbesserung des finanziellen Zugangs der Bevölkerung zu Gesundheitsdiensten durch den Aufbau einer Krankenkasse;
- Verbessertes Angebot an und Nutzung von Basisgesundheitsdiensten durch die Bevölkerung durch den Bau eines neuen Gesundheitszentrums, der Anstellung eines Arztes und der Weiterbildung des bestehenden Personals;
- Verändertes Ernährungs- und Hygieneverhalten der Bevölkerung durch Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen in den Bereichen Ernährung, Hygiene und Gesundheit.

Befragungen im Rahmen einer Machbarkeitsstudie in Cinzana und bisherige Erfahrungen anderer Initiativen zeigen, dass der Beitritt zu einer Mikro-Krankenkasse nur dann attraktiv ist, wenn



Das Exekutivbüro der neuen Krankenkasse – alter Gesundheitsposten



Frauen bei der Impfung ihrer Kinder

das Angebot an Gesundheitsleistungen qualitativ akzeptabel ist. Deshalb verbindet die Initiative den Aufbau der Krankenkasse mit der Aufwertung der Gesundheitsdienstleistungen und -einrichtungen. Zudem werden Präventionsmassnahmen zur Behebung und Vermeidung von Mangelernährung sowie zur Ernährungshygiene durchgeführt, um somit wenn möglich die Kostenlast der Krankenkasse in Grenzen halten. Denkbar ist auch, im Verlaufe des Projekts die Präventionsmassnahmen auf andere Bereiche wie Malaria und HIV/Aids auszuweiten, die die Krankenkasse stark belasten können.

Vorgängige Machbarkeitsstudien zur Krankenkasse und zum Gesundheitszentrum haben Szenarien entwickelt, wie die Krankenkasse und der anzustellende Arzt nachhaltig durch die Gemeinde finanziert werden können. Die Auswahl der abgedeckten Leistungen und die entsprechende Bemessung der Prämien wurden der Bevölkerung vorgestellt und auf ihre Machbarkeit hin diskutiert. Die Stiftung finanziert die Initialkosten für den Aufbau der Krankenkasse (technische Beratung, Ausbildung etc.) und des Gesundheitszentrums (Neubau) sowie die Sensibilisierungs- und Präventionsmassnahmen.

Die Nachhaltigkeit der Initiative hängt entscheidend davon ab, ob die Krankenkasse genügend Mitglieder gewinnen kann, die tatsächlich regelmässig ihre Beiträge zahlen. Dies wiederum steht in engem Zusammenhang mit der Qualität der angebotenen Gesundheitsleistungen und ihrem Management, d.h. wie zufrieden die Nutzniesser mit dem Angebot sind. Eine ebenso wichtige Frage für die Nachhaltigkeit wird sein, wie oft die Mitglieder Leistungen in Anspruch nehmen (Übernutzung des Angebots, da dies vergünstigt verfügbar ist).

# Declaration of Alma-Ata

**International Conference on Primary Health Care  
Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978**

The International Conference on Primary Health Care, meeting in Alma-Ata this twelfth day of September in the year Nineteen hundred and seventy-eight, expressing the need for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world, hereby makes the following Declaration:

## I

The Conference strongly reaffirms that health, which is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease or infirmity, is a fundamental human right and that the attainment of the highest possible level of health is a most important worldwide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector.

## II

The existing gross inequality in the health status of the people particularly between developed and developing countries as well as within countries is politically, socially and economically unacceptable and is, therefore, of common concern to all countries.

## III

Economic and social development, based on a New International Economic Order, is of basic importance to the fullest attainment of health for all and to the reduction of the gap between the health status of the developing and developed countries. The promotion and protection of the health of the people is essential to sustained economic and social development and contributes to a better quality of life and to world peace.

## IV

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

## V

Governments have a responsibility for the health of their people which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. A main social target of governments, international organizations and the whole world community in the coming decades should be the attainment by all peoples of the world by the year 2000 of a level of health that will permit

them to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

## VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

## VII

Primary health care:

- reflects and evolves from the economic conditions and sociocultural and political characteristics of the country and its communities and is based on the application of the relevant results of social, biomedical and health services research and public health experience;
- addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly;
- includes at least: education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; promotion of food supply and proper nutrition; an adequate supply of safe water and basic sanitation; maternal and child health care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; appropriate treatment of common diseases and injuries; and provision of essential drugs;
- involves, in addition to the health sector, all related sectors and aspects of national and community development, in particular agriculture, animal husbandry, food, industry, education, housing, public works, communications and other sectors; and demands the coordinated efforts of all those sectors;
- requires and promotes maximum community and individual self-reliance and participation in the planning, organization, operation and control of primary health care, making fullest use of local, national and other available resources; and to this end develops through appropriate education the ability of communities to participate;
- should be sustained by integrated, functional and mutually supportive referral systems, leading to the progressive improvement of comprehensive health care for all, and giving priority to those most in need;
- relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.

### VIII

All governments should formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination with other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

### IX

All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all people since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country. In this context the joint WHO/UNICEF report on primary health care constitutes a solid basis for the further development and operation of primary health care throughout the world.

### X

An acceptable level of health for all the people of the world by the year 2000 can be attained through a fuller and better use of the world's resources, a considerable part of which is now spent on armaments and military conflicts. A genuine policy of independence, peace, détente and disarmament could and should release additional resources that could well be devoted to peaceful aims and in particular to the acceleration of social and economic development of which primary health care, as an essential part, should be allotted its proper share.

The International Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries in a spirit of technical cooperation and in keeping with a New International Economic Order. It urges governments, WHO and UNICEF, and other international organizations, as well as multilateral and bilateral agencies, non-governmental organizations, funding agencies, all health workers and the whole world community to support national and international commitment to primary health care and to channel increased technical and financial support to it, particularly in developing countries. The Conference calls on all the aforementioned to collaborate in introducing, developing and maintaining primary health care in accordance with the spirit and content of this Declaration.

Source: WHO, [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html)

Photo: Helvetas



# Ottawa Charter for Health Promotion

**First International Conference on Health Promotion  
Ottawa, 21 November 1986**

The first International Conference on Health Promotion, meeting in Ottawa this 21st day of November 1986, hereby presents this CHARTER for action to achieve Health for All by the year 2000 and beyond.

This conference was primarily a response to growing expectations for a new public health movement around the world. Discussions focused on the needs in industrialized countries, but took into account similar concerns in all other regions. It built on the progress made through the Declaration on Primary Health Care at Alma-Ata, the World Health Organization's Targets for Health for All document, and the recent debate at the World Health Assembly on intersectoral action for health.

## **Health Promotion**

Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.

## **Prerequisites for Health**

The fundamental conditions and resources for health are:

- peace,
- shelter,
- education,
- food,
- income,
- a stable eco-system,
- sustainable resources
- social justice, and equity.

Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

## **Advocate**

Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioural

and biological factors can all favour health or be harmful to it. Health promotion action aims at making these conditions favourable through advocacy for health.

## **Enable**

Health promotion focuses on achieving equity in health. Health promotion action aims at reducing differences in current health status and ensuring equal opportunities and resources to enable all people to achieve their fullest health potential. This includes a secure foundation in a supportive environment, access to information, life skills and opportunities for making healthy choices. People cannot achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things which determine their health. This must apply equally to women and men.

## **Mediate**

The prerequisites and prospects for health cannot be ensured by the health sector alone. More importantly, health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by nongovernmental and voluntary organization, by local authorities, by industry and by the media. People in all walks of life are involved as individuals, families and communities. Professional and social groups and health personnel have a major responsibility to mediate between differing interests in society for the pursuit of health. Health promotion strategies and programmes should be adapted to the local needs and possibilities of individual countries and regions to take into account differing social, cultural and economic systems.

## **Health Promotion Action Means:**

### ***Build Healthy Public Policy***

Health promotion goes beyond health care. It puts health on the agenda of policy makers in all sectors and at all levels, directing them to be aware of the health consequences of their decisions and to accept their responsibilities for health.

Health promotion policy combines diverse but complementary approaches including legislation, fiscal measures, taxation and organizational change. It is coordinated action that leads to health, income and social policies that foster greater equity. Joint action contributes to ensuring safer and healthier goods and services, healthier public services, and cleaner, more enjoyable environments.

Health promotion policy requires the identification of obstacles to the adoption of healthy public policies in non-health sectors, and ways of removing them. The aim must be to make the healthier choice the easier choice for policy makers as well.

### ***Create Supportive Environments***

Our societies are complex and interrelated. Health cannot be separated from other goals.

The inextricable links between people and their environment constitutes the basis for a socio-ecological approach to health. The overall guiding principle for the world, nations, regions and communities alike, is the need to encourage reciprocal maintenance – to take care of

each other, our communities and our natural environment. The conservation of natural resources throughout the world should be emphasized as a global responsibility.

Changing patterns of life, work and leisure have a significant impact on health. Work and leisure should be a source of health for people. The way society organizes work should help create a healthy society. Health promotion generates living and working conditions that are safe, stimulating, satisfying and enjoyable.

Systematic assessment of the health impact of a rapidly changing environment – particularly in areas of technology, work, energy production and urbanization – is essential and must be followed by action to ensure positive benefit to the health of the public. The protection of the natural and built environments and the conservation of natural resources must be addressed in any health promotion strategy.

#### ***Strengthen Community Actions***

Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health.

At the heart of this process is the empowerment of communities – their ownership and control of their own endeavours and destinies.

Community development draws on existing human and material resources in the community to enhance self-help and social support, and to develop flexible systems for strengthening public participation in and direction of health matters. This requires full and continuous access to information, learning opportunities for health, as well as funding support.

#### ***Develop Personal Skills***

Health promotion supports personal and social development through providing information, education for health, and enhancing life skills. By so doing, it increases the options available to people to exercise more control over their own health and over their environments, and to make choices conducive to health.

Enabling people to learn, throughout life, to prepare themselves for all of its stages and to cope with chronic illness and injuries is essential. This has to be facilitated in school, home, work and community settings. Action is required through educational, professional, commercial and voluntary bodies, and within the institutions themselves.

#### ***Reorient Health Services***

The responsibility for health promotion in health services is shared among individuals, community groups, health professionals, health service institutions and governments. They must work together towards a health care system which contributes to the pursuit of health.

The role of the health sector must move increasingly in a health promotion direction, beyond its responsibility for providing clinical and curative services. Health services need to embrace an expanded mandate which is sensitive and respects cultural needs. This mandate should support the needs of individuals and communities for a healthier life, and open channels between the health sector and broader social, political, economic and physical environmental components. Reorienting health services also requires stronger attention to health research as well as changes in professional education and training. This must lead to a change of attitude

and organization of health services which refocuses on the total needs of the individual as a whole person.

#### ***Moving into the Future***

Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of health by all its members.

Caring, holism and ecology are essential issues in developing strategies for health promotion. Therefore, those involved should take as a guiding principle that, in each phase of planning, implementation and evaluation of health promotion activities, women and men should become equal partners.

#### ***Commitment to Health Promotion***

The participants in this Conference pledge:

- to move into the arena of healthy public policy, and to advocate a clear political commitment to health and equity in all sectors;
- to counteract the pressures towards harmful products, resource depletion, unhealthy living conditions and environments, and bad nutrition; and to focus attention on public health issues such as pollution, occupational hazards, housing and settlements;
- to respond to the health gap within and between societies, and to tackle the inequities in health produced by the rules and practices of these societies;
- to acknowledge people as the main health resource; to support and enable them to keep themselves, their families and friends healthy through financial and other means, and to accept the community as the essential voice in matters of its health, living conditions and well-being;
- to reorient health services and their resources towards the promotion of health; and to share power with other sectors, other disciplines and, most importantly, with people themselves;
- to recognize health and its maintenance as a major social investment and challenge; and to address the overall ecological issue of our ways of living.

The Conference urges all concerned to join them in their commitment to a strong public health alliance.

#### ***Call for International Action***

The Conference calls on the World Health Organization and other international organizations to advocate the promotion of health in all appropriate forums and to support countries in setting up strategies and programmes for health promotion.

The Conference is firmly convinced that if people in all walks of life, nongovernmental and voluntary organizations, governments, the World Health Organization and all other bodies concerned join forces in introducing strategies for health promotion, in line with the moral and social values that form the basis of this CHARTER, Health For All by the year 2000 will become a reality.

---

Source: WHO/HPR/HEP/95.1, [www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html)



# People's Charter for Health

**People's Health Assembly  
Savar, Bangladesh, 4 to 8 December 2000**

*In 1978, at the Alma-Ata Conference, ministers from 134 countries in association with WHO and UNICEF called for 'Health for All by the Year 2000' and selected Primary Health Care as the best tool to achieve it.*

*Unfortunately, that dream never came true. The health status of Third World populations has not improved. In many cases it has deteriorated further. Currently, we are facing a global health crisis, characterised by growing inequalities within and between countries. New threats to health are continually emerging. This is compounded by negative forces of globalisation which prevent the equitable distribution of resources necessary for people's health, particularly the poor.*

*Within the health sector, failure to implement the principles of primary health care as set out in the Alma-Ata declaration, has significantly aggravated the global health crisis. Governments and the international community are fully responsible for this failure.*

*It is now essential to build a concerted international effort to put the goal of Health for All in its rightful place on the development agenda. Genuine, people-centred initiatives must be strengthened to increase pressure on decision makers, governments and the private sector to ensure that the vision of Alma-Ata becomes a reality.*

*Several international organisations and civil society movements, non-governmental organisations (NGOs) and women's groups decided to work together towards this objective.*

*This group, together with others committed to the principles of primary health care and people's perspectives organised the People's Health Assembly, which took place from 4–8 December 2000 in Bangladesh, at Savar. 1453 participants from 92 countries came to the Assembly which was the culmination of 18 months of preparatory action around the globe.*

*The preparatory process elicited unprecedented enthusiasm and participation of a broad cross section of people who have been involved in thousands of village meetings, district level workshops and national gatherings.*

*At the Assembly, they reviewed their problems and difficulties, shared their experiences and plans, and formulated and endorsed the People's Charter for Health. The Charter is now the common tool of a worldwide citizen's movement committed to making the Alma-Ata dream a reality. We encourage and invite everyone who shares our concerns and aims to join us by endorsing the Charter.*

## **PREAMBLE**

Health is a social, economic and political issue and above all a fundamental human right. Inequality, poverty, exploitation, violence and injustice are at the root of ill-health and the deaths

of poor and marginalised people. Health for all means that powerful interests have to be challenged, that globalisation has to be opposed, and that political and economic priorities have to be drastically changed.

This Charter builds on perspectives of people whose voices have rarely been heard before, if at all. It encourages people to develop their own solutions and to hold accountable local authorities, national governments, international organisations and corporations.

### VISION

Equity, ecologically-sustainable development and peace are at the heart of our vision of a better world – a world in which a healthy life for all is a reality; a world that respects, appreciates and celebrates all life and diversity; a world that enables the flowering of people's talents and abilities to enrich each other; a world in which people's voices guide the decisions that shape our lives. There are more than enough resources to achieve this vision.

### THE HEALTH CRISIS

*"Illness and death every day anger us. Not because there are people who get sick or because there are people who die. We are angry because many illnesses and deaths have their roots in the economic and social policies that are imposed on us."* (A voice from Central America)

In recent decades, economic changes world-wide have profoundly affected people's health and their access to health care and other social services.

Despite unprecedented levels of wealth in the world, poverty and hunger are increasing. The gap between rich and poor nations has widened, as have inequalities within countries, between social classes, between men and women and between young and old.

A large proportion of the world's population still lacks access to food, education, safe drinking water, sanitation, shelter, land and its resources, employment and health care services.

Discrimination continues to prevail. It affects both the occurrence of disease and access to health care. The planet's natural resources are being depleted at an alarming rate. The resulting degradation of the environment threatens everyone's health, especially the health of the poor.

There has been an upsurge of new conflicts while weapons of mass destruction still pose a grave threat. The world's resources are increasingly concentrated in the hands of a few who strive to maximise their private profit. Neoliberal political and economic policies are made by a small group of powerful governments, and by international institutions such as the World Bank, the International Monetary Fund and the World Trade Organisation. These policies, together with the unregulated activities of transnational corporations, have had severe effects on the lives and livelihoods, health and well-being of people in both North and South.

Public services are not fulfilling people's needs, not least because they have deteriorated as a result of cuts in governments' social budgets. Health services have become less accessible, more unevenly distributed and more inappropriate.

Privatisation threatens to undermine access to health care still further and to compromise the essential principle of equity. The persistence of preventable ill health, the resurgence of diseases such as tuberculosis and malaria, and the emergence and spread of new diseases such as HIV/AIDS are a stark reminder of our world's lack of commitment to principles of equity and justice.

### PRINCIPLES OF THE PEOPLE'S CHARTER FOR HEALTH

- The attainment of the highest possible level of health and well-being is a fundamental human right, regardless of a person's colour, ethnic background, religion, gender, age, abilities, sexual orientation or class.
- The principles of universal, comprehensive Primary Health Care (PHC), envisioned in the 1978 Alma Ata Declaration, should be the basis for formulating policies related to health. Now more than ever an equitable, participatory and intersectoral approach to health and health care is needed.
- Governments have a fundamental responsibility to ensure universal access to quality health care, education and other social services according to people's needs, not according to their ability to pay.
- The participation of people and people's organisations is essential to the formulation, implementation and evaluation of all health and social policies and programmes.
- Health is primarily determined by the political, economic, social and physical environment and should, along with equity and sustainable development, be a top priority in local, national and international policy-making.

### A CALL FOR ACTION

To combat the global health crisis, we need to take action at all levels – individual, community, national, regional and global – and in all sectors. The demands presented below provide a basis for action.

### HEALTH AS A HUMAN RIGHT

Health is a reflection of a society's commitment to equity and justice. Health and human rights should prevail over economic and political concerns.

*This Charter calls on people of the world to:*

- Support all attempts to implement the right to health.
- Demand that governments and international organisations reformulate, implement and enforce policies and practices which respect the right to health.
- Build broad-based popular movements to pressure governments to incorporate health and human rights into national constitutions and legislation.
- Fight the exploitation of people's health needs for purposes of profit.

### TACKLING THE BROADER DETERMINANTS OF HEALTH

#### Economic challenges

The economy has a profound influence on people's health. Economic policies that prioritise equity, health and social well-being can improve the health of the people as well as the economy. Political, financial, agricultural and industrial policies which respond primarily to capitalist needs, imposed by national governments and international organisations, alienate people from their lives and livelihoods. The processes of economic globalisation and liberalisation have increased inequalities between and within nations.

Many countries of the world and especially the most powerful ones are using their resources,

including economic sanctions and military interventions, to consolidate and expand their positions, with devastating effects on people's lives.

***This Charter calls on people of the world to:***

- Demand transformation of the World Trade Organisation and the global trading system so that it ceases to violate social, environmental, economic and health rights of people and begins to discriminate positively in favour of countries of the South. In order to protect public health, such transformation must include intellectual property regimes such as patents and the Trade Related aspects of Intellectual Property Rights (TRIPS) agreement.
- Demand the cancellation of Third World debt.
- Demand radical transformation of the World Bank and International Monetary Fund so that these institutions reflect and actively promote the rights and interests of developing countries.
- Demand effective regulation to ensure that TNCs do not have negative effects on people's health, exploit their workforce, degrade the environment or impinge on national sovereignty.
- Ensure that governments implement agricultural policies attuned to people's needs and not to the demands of the market, thereby guaranteeing food security and equitable access to food.
- Demand that national governments act to protect public health rights in intellectual property laws.
- Demand the control and taxation of speculative international capital flows.
- Insist that all economic policies be subject to health, equity, gender and environmental impact assessments and include enforceable regulatory measures to ensure compliance.
- Challenge growth-centred economic theories and replace them with alternatives that create humane and sustainable societies. Economic theories should recognise environmental constraints, the fundamental importance of equity and health, and the contribution of unpaid labour, especially the unrecognised work of women.

**Social and political challenges**

Comprehensive social policies have positive effects on people's lives and livelihoods.

Economic globalisation and privatisation have profoundly disrupted communities, families and cultures. Women are essential to sustaining the social fabric of societies everywhere, yet their basic needs are often ignored or denied, and their rights and persons violated.

Public institutions have been undermined and weakened. Many of their responsibilities have been transferred to the private sector, particularly corporations, or to other national and international institutions, which are rarely accountable to the people. Furthermore, the power of political parties and trade unions has been severely curtailed, while conservative and fundamentalist forces are on the rise. Participatory democracy in political organisations and civic structures should thrive. There is an urgent need to foster and ensure transparency and accountability.

***This Charter calls on people of the world to:***

- Demand and support the development and implementation of comprehensive social policies with full participation of people.
- Ensure that all women and all men have equal rights to work, livelihoods, to freedom of expression, to political participation, to exercise religious choice, to education and to freedom from violence.

- Pressure governments to introduce and enforce legislation to protect and promote the physical, mental and spiritual health and human rights of marginalised groups.
- Demand that education and health are placed at the top of the political agenda. This calls for free and compulsory quality education for all children and adults, particularly girl children and women, and for quality early childhood education and care.
- Demand that the activities of public institutions, such as child care services, food distribution systems, and housing provisions, benefit the health of individuals and communities.
- Condemn and seek the reversal of any policies, which result in the forced displacement of people from their lands, homes or jobs.
- Oppose fundamentalist forces that threaten the rights and liberties of individuals, particularly the lives of women, children and minorities.
- Oppose sex tourism and the global traffic of women and children.

**Environmental challenges**

Water and air pollution, rapid climate change, ozone layer depletion, nuclear energy and waste, toxic chemicals and pesticides, loss of biodiversity, deforestation and soil erosion have far-reaching effects on people's health. The root causes of this destruction include the unsustainable exploitation of natural resources, the absence of a long-term holistic vision, the spread of individualistic and profit-maximising behaviours, and over-consumption by the rich. This destruction must be confronted and reversed immediately and effectively.

***This Charter calls on people of the world to:***

- Hold transnational and national corporations, public institutions and the military accountable for their destructive and hazardous activities that impact on the environment and people's health.
- Demand that all development projects be evaluated against health and environmental criteria and that caution and restraint be applied whenever technologies or policies pose potential threats to health and the environment (the precautionary principle).
- Demand that governments rapidly commit themselves to reductions of greenhouse gases from their own territories far stricter than those set out in the international climate change agreement, without resorting to hazardous or inappropriate technologies and practices.
- Oppose the shifting of hazardous industries and toxic and radioactive waste to poorer countries and marginalised communities and encourage solutions that minimise waste production.
- Reduce over-consumption and non-sustainable lifestyles – both in the North and the South. Pressure wealthy industrialised countries to reduce their consumption and pollution by 90 per cent.
- Demand measures to ensure occupational health and safety, including worker-centred monitoring of working conditions.
- Demand measures to prevent accidents and injuries in the workplace, the community and in homes.
- Reject patents on life and oppose bio-piracy of traditional and indigenous knowledge and resources.

- Develop people-centred, community-based indicators of environmental and social progress, and to press for the development and adoption of regular audits that measure environmental degradation and the health status of the population.

#### **War, violence, conflict and natural disasters**

War, violence, conflict and natural disasters devastate communities and destroy human dignity. They have a severe impact on the physical and mental health of their members, especially women and children. Increased arms procurement and an aggressive and corrupt international arms trade undermine social, political and economic stability and the allocation of resources to the social sector.

##### ***This Charter calls on people of the world to:***

- Support campaigns and movements for peace and disarmament.
- Support campaigns against aggression, and the research, production, testing and use of weapons of mass destruction and other arms, including all types of landmines.
- Support people's initiatives to achieve a just and lasting peace, especially in countries with experiences of civil war and genocide.
- Condemn the use of child soldiers, and the abuse and rape, torture and killing of women and children.
- Demand the end of occupation as one of the most destructive tools to human dignity.
- Oppose the militarisation of humanitarian relief interventions.
- Demand the radical transformation of the UN Security Council so that it functions democratically.
- Demand that the United Nations and individual states end all kinds of sanctions used as an instrument of aggression which can damage the health of civilian populations.
- Encourage independent, people-based initiatives to declare neighbourhoods, communities and cities areas of peace and zones free of weapons.
- Support actions and campaigns for the prevention and reduction of aggressive and violent behaviour, especially in men, and the fostering of peaceful coexistence.
- Support actions and campaigns for the prevention of natural disasters and the reduction of subsequent human suffering.

#### **A PEOPLE-CENTERED HEALTH SECTOR**

This Charter calls for the provision of universal and comprehensive primary health care, irrespective of people's ability to pay. Health services must be democratic and accountable with sufficient resources to achieve this.

##### ***This Charter calls on people of the world to:***

- Oppose international and national policies that privatise health care and turn it into a commodity.
- Demand that governments promote, finance and provide comprehensive Primary Health Care as the most effective way of addressing health problems and organising public health services so as to ensure free and universal access.
- Pressure governments to adopt, implement and enforce national health and drugs policies.
- Demand that governments oppose the privatisation of public health services and ensure

effective regulation of the private medical sector, including charitable and NGO medical services.

- Demand a radical transformation of the World Health Organization (WHO) so that it responds to health challenges in a manner which benefits the poor, avoids vertical approaches, ensures intersectoral work, involves people's organisations in the World Health Assembly, and ensures independence from corporate interests.
- Promote, support and engage in actions that encourage people's power and control in decision-making in health at all levels, including patient and consumer rights.
- Support, recognise and promote traditional and holistic healing systems and practitioners and their integration into Primary Health Care.
- Demand changes in the training of health personnel so that they become more problem-oriented and practice-based, understand better the impact of global issues in their communities, and are encouraged to work with and respect the community and its diversities.
- Demystify medical and health technologies (including medicines) and demand that they be subordinated to the health needs of the people.
- Demand that research in health, including genetic research and the development of medicines and reproductive technologies, is carried out in a participatory, needs-based manner by accountable institutions. It should be people- and public health-oriented, respecting universal ethical principles.
- Support people's rights to reproductive and sexual self-determination and oppose all coercive measures in population and family planning policies. This support includes the right to the full range of safe and effective methods of fertility regulation.

#### **PEOPLE'S PARTICIPATION FOR A HEALTHY WORLD**

Strong people's organisations and movements are fundamental to more democratic, transparent and accountable decision-making processes. It is essential that people's civil, political, economic, social and cultural rights are ensured. While governments have the primary responsibility for promoting a more equitable approach to health and human rights, a wide range of civil society groups and movements, and the media have an important role to play in ensuring people's power and control in policy development and in the monitoring of its implementation.

##### ***This Charter calls on people of the world to:***

- Build and strengthen people's organisations to create a basis for analysis and action.
- Promote, support and engage in actions that encourage people's involvement in decision-making in public services at all levels.
- Demand that people's organisations be represented in local, national and international fora that are relevant to health.
- Support local initiatives towards participatory democracy through the establishment of people-centred solidarity networks across the world.

---

Source: People's Health Movement, <http://phmovement.org>





**Medicus Mundi Schweiz  
Netzwerk Gesundheit für alle**

Wie in vor zwei Jahren angenommenen Leitbild 2005 festgelegt, ist Medicus Mundi Schweiz ein Netzwerk von Organisationen, die eine gemeinsame Vision haben und in der internationalen Gesundheitszusammenarbeit tätig sind. Aus der Erkenntnis, dass es sich für alle lohnt, zur Erreichung des gemeinsamen Zieles zusammenzuarbeiten, resultiert die Vernetzung. Dieser Ansatz hat sich bewährt und weist in die Zukunft. Es war deshalb auch an der Zeit, die Statuten entsprechend abzuändern, und so hat die diesjährige Mitgliederversammlung vom 12. Juni in Biel dem Namen «Medicus Mundi Schweiz» noch die fakultative Unterzeile «Netzwerk Gesundheit für alle» hinzugefügt und, wichtiger, einen neuen Zweckartikel der Vereinsstatuten verabschiedet:

*«Zweck des Vereins ist die Verbesserung der Gesundheit benachteiligter Bevölkerungen. Der Verein leistet dazu einen spezifischen Beitrag, indem er schweizerische Organisationen der internationalen Gesundheitszusammenarbeit vernetzt, den Austausch von Wissen und Erfahrungen zwischen den Organisationen fördert, ihre Tätigkeit durch geeignete Dienstleistungen unterstützt, ihnen Impulse für die Weiterentwicklung ihrer Tätigkeit vermittelt, ihre Tätigkeit einem weiteren Publikum bekannt macht, und den Austausch mit internationalen Organisationen und Netzwerken sowie mit interessierten Kreisen in der Schweiz pflegt. (...)»*  
[www.medicusmundi.ch/MMS/basics/Statuten\\_D.htm](http://www.medicusmundi.ch/MMS/basics/Statuten_D.htm)

**Medicus Mundi Schweiz:  
Kontinuierliches Wachstum des Netzwerks**

An der Jahresversammlung von Medicus Mundi Schweiz in Biel wurden fünf weitere Organisationen in das Netzwerk Gesundheit für alle aufgenommen:

- Aids & Kind. Schweizerische Stiftung für Direkthilfe an betroffene Kinder ([www.aidsundkind.ch](http://www.aidsundkind.ch))
- INTERTEAM. Fachleute im Entwicklungseinsatz ([www.interteam.ch](http://www.interteam.ch))
- Förderverein für Otorhinolaryngologie (mihael.podvinec@ksa.ch)
- Lungenliga Schweiz ([www.lung.ch](http://www.lung.ch))
- mediCuba-Suisse ([www.medicuba.ch](http://www.medicuba.ch))

Kurzporträts dieser Organisationen sowie die weiteren Unterlagen zur Jahresversammlung sind auf der Website von Medicus Mundi Schweiz dokumentiert.  
[www.medicusmundi.ch/mv2003.htm](http://www.medicusmundi.ch/mv2003.htm)

**MMS-Workshop  
vom 4. September 2003 in Basel  
Der Mensch als Mittel. Punkt?**

Qualifizierte und engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die wichtigste Ressource in der internationalen Zusammenarbeit. Die Abwanderung von Fachleuten, HIV-Epidemie sowie Konflikte und Kriege führen zu personellen Engpässen, und politische, wirtschaftliche und soziale Veränderungen stellen neue Anforderungen an das Können und Wirken von MitarbeiterInnen in der internationalen Zusammenarbeit.

Welches sind die Herausforderungen, mit denen unserer Partnerorganisationen im Bereich des Human Resource Development konfrontiert werden? Welches sind die erfolgversprechenden Ansätze zur Stärkung von Partnerorganisationen in den Bereichen Personal- und Organisationsentwicklung? Wie können bestehende Angebote in der Aus- und Weiterbildung ergänzt

werden, um die Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Partnerorganisationen zu verbessern? Müssen die Kernkompetenzen – gerade im sozialen und methodischen Bereich – neu definiert werden?

Der-Workshop «Human Resource Development als Potenzial und Hemmnis in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit» von Medicus Mundi Schweiz will interessierten Personen und Organisationen detaillierte Informationen, aber auch Konzepte, Strategien und Techniken zu Fragen rund um die Personalentwicklung bei Partnerorganisationen bieten.  
[www.medicusmundi.ch/workshop2003.htm](http://www.medicusmundi.ch/workshop2003.htm)

**FocusAids:  
Schweizerische Fachplattform  
HIV/Aids und internationale  
Zusammenarbeit**

Mit der Zusage der DEZA von Ende März 2003 zur finanziellen Unterstützung und dem Arbeitsbeginn der Projektverantwortlichen Helena Zweifel sind wichtige Schritte auf dem Weg zur Realisierung des Projektes Focus Aids, einer schweizerischen Fachplattform HIV/Aids und internationale Zusammenarbeit, erfolgt.

Mit neuem Schwung geht es vorerst an die Entwicklung der technischen Werkzeuge der Fachplattform, insbesondere der Website. Ende August wird [www.aidsfocus.ch](http://www.aidsfocus.ch) mit aktueller und vertiefter Information zum Thema sowie Portraits und Projekten von Organisationen, die sich im Kampf gegen HIV/Aids in der internationalen Zusammenarbeit engagieren, aufs Netz geladen. Ebenfalls im August erscheint das erste elektronische Informationsbulletin mit Hinweisen auf aktuelle Ereignisse und Entwicklungen. Die inhaltlichen Schwerpunkte werden an einer konstituierenden Versammlung im Oktober bestimmt, zu der alle interessierten Organisationen eingeladen werden. Dann werden auch die Arbeitsgruppen gebildet und der Tä-



MMS-Jahresversammlung in Biel: Helena Zweifel, seit April Mitglied der Geschäftsleitung von Medicus Mundi Schweiz im Gespräch mit dem neuen Vorstandsmitglied Michèle Morier-Genoud (DM-échange et mission).

gigkeitsplan fürs kommende Jahr diskutiert und verabschiedet. Bis dahin wirkt die bisherige Projektgruppe mit VertreterInnen verschiedener Organisationen als Steuergruppe: Vreni Wenger (SRK), Claudia Kessler (STI), Jan Suter (Aids-Hilfe Schweiz) und Rao Sapat (CO.OPERAID).  
[hzwiefel@medicusmundi.ch](mailto:hzwiefel@medicusmundi.ch),  
[www.medicusmundi.ch/aidsfocus.htm](http://www.medicusmundi.ch/aidsfocus.htm)

**MMS-Symposium  
vom 11. November 2003:  
Mittelverteilung im  
Gesundheitswesen**

Die Kosten im Gesundheitsbereich gehen an die Substanz, die Mittel sind begrenzt, andererseits vervielfachen sich die Interventionsmöglichkeiten, aber auch die Ansprüche und Hoffnungen der Menschen. Die gemeinsame Frage in Tansania und Tadschikistan, aber auch in der Schweiz lautet: Wo lohnt es sich, im Gesundheitsbereich zu investieren? Wie kann die Gesundheitsversorgung wirksamer auf die Bedürfnisse der Bevölkerung ausgerichtet wer-

den? Wo liegt der gerechte Weg zwischen notwendiger Beschränkung und Ansprüchen respektive Wahlfreiheit der Menschen?

Das MMS-Symposium 2003 bietet Raum für eine Debatte über Prioritätensetzung und Mittelverteilung im Gesundheitswesen. Die TeilnehmerInnen erhalten daneben Gelegenheit, die für die Entscheidungsfindung nötigen Werkzeuge kennenzulernen und mit schweizerischen und ausländischen Fachleuten über Erfahrungen und Strategien auszutauschen.  
[www.medicusmundi.ch/symposium2003.htm](http://www.medicusmundi.ch/symposium2003.htm)

**Weltgesundheitsversammlung:  
Contracting NGO's for Health**

Die Weltgesundheitsversammlung bestätigte im Mai die weltweite Bedeutung der Zusammenarbeit zwischen staatlichen und privaten, nicht gewinnorientierten Anbietern von Gesundheitsleistungen. In einer von ihrer Versammlung verabschiedeten Resolution ermutigt die WHO die Initiativen

und Strukturen der Zivilgesellschaft, ihre Gesundheitsdienste der gesamten Bevölkerung anzubieten. Die Weltgesundheitsversammlung schlägt in ihrer Resolution vor, dass zu diesem Zweck Verträge zwischen Regierungen und lokalen Nichtregierungsorganisationen abgeschlossen werden sollen.

Alles begann vor vier Jahren, als Medicus Mundi International im Rahmen der Weltgesundheitsversammlung zu einem technischen Meeting einlud, an welchem schliesslich Vertreter von über 40 Staaten teilnahmen. Das Thema lautete «Contracting NGOs for Health». Medicus Mundi International wies damals darauf hin, dass die vertragliche Regelung des Verhältnisses zwischen nichtstaatlichen Institutionen und staatlichen Gesundheitsstrukturen einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung darstellen kann, wie Erfahrungen in einigen Ländern gezeigt haben. Der institutionalisierte und kontinuierliche Dialog zwischen nicht gewinnorientierten privaten Institutionen und den Gesundheitsbehörden stellt ein nützliches Instrument zur Entwicklung gemeinsamer Strategien dar, von dem sich alle Beteiligten einiges erhoffen: Ziel ist, dass die Gesundheitsleistungen auch für die am meisten gefährdeten Bevölkerungsgruppen spürbar besser zugänglich und erschwinglicher werden.

Während der letzten drei Jahren organisierte Medicus Mundi in Zusammenarbeit mit WHO, afrikanischen Organisationen und unabhängigen Experten mehrere Konsultationen, bei denen die in einigen Ländern Afrikas bereits gemachten Erfahrungen in diesem Bereich sorgfältig auf ihre Wirkung analysiert wurden. Auf dieser Grundlage publizierte Medicus Mundi im Vorfeld der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung «Guidelines on Contracting», die als Grundlage zur Entwicklung von länderspezifischen Zusammenarbeitsvereinbarungen dienen sollen.

In Zukunft will Medicus Mundi International seine Bemühungen auf die Unterstützung seiner Partnerorganisa-



«Contracting NGOs for Health». Technisches Meeting an der Weltgesundheitsversammlung 1999

tionen konzentrieren, damit sie befähigt werden, als kompetente Vertragspartner ihrer Regierungen aufzutreten. Zu diesem Zweck organisiert Medicus Mundi verschiedene Arbeitskonferenzen mit den Trägern nichtstaatlicher Gesundheitsstrukturen, vor allem in Afrika.

Weitere Informationen:  
 Edgar Widmer, Vorstandsmitglied von Medicus Mundi International, [Widmeredgar@freesurf.ch](mailto:Widmeredgar@freesurf.ch)  
 WHO-Resolution (Entwurf): [www.who.int/lgb/EB\\_WHA/PDF/WHA56/ea5622.pdf](http://www.who.int/lgb/EB_WHA/PDF/WHA56/ea5622.pdf)

**Fürsprech für Gesundheit für Alle. 1963–2003**  
**Worte und Schriften von Edgar Widmer**

Auszug aus: Edgar Widmer, Gründung von Medicus Mundi Schweiz, in: Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) Nr. 43, 1973:  
 «Schon lange bevor man von Entwicklungshilfe sprach, gab es Schweizer Ärzte und Pflegerinnen, die unbelastet von kolonialen Absichten in Af-

rika, Asien oder Südamerika medizinische Pionierarbeit geleistet haben und deren Werke von privaten Institutionen in der Schweiz gefördert wurden. Zu erwähnen ist hier die Verbesserung des Gesundheitswesens von Seiten der christlichen Missionsgesellschaften, denen sich in jüngerer Zeit auch konfessionell nicht gebundene Organisationen und die staatliche Entwicklungshilfe angeschlossen haben.

Wegen der Verzettlung der Initiativen konnte die Idee der medizinischen Entwicklungshilfe nur mühsam verbreitet werden. Eine Folge davon, ist dass viele Ärzte, die in jungen Jahren einen Beitrag für die Gesundheit in der Dritten Welt leisten wollten, nie zum Zuge kamen.

Dem gegenüber steht die Tatsache, dass der Mangel an Fachkräften auf weite Sicht noch gross sein wird, und dass der Aufbau des Gesundheitswesens in Entwicklungsländern einer grösseren Unterstützung unsererseits bedarf. Es geht vor allem darum, Erfolge und Misserfolge medizinischer Entwicklungsprojekte zu analysieren und die nötigen Richtlinien für die Auswahl von Kandidaten und Projekten sowie für die Ausbildung und Anforderungen

an die Fachkräfte festzulegen. Für besonders schwierige Probleme sollten Experten zur Verfügung stehen. Wichtig wird es auch sein, den Ärzten im Einsatz eine fachliche Rückendeckung zu geben, zum Beispiel in Form von Patronaten durch Universitäten, Spitäler oder Standesorganisationen. Jedem von uns ist es auf diese Weise möglich, einen aktiven Beitrag zur medizinischen Entwicklungshilfe zu leisten.

Dem oben skizzierten dringenden Bedürfnis zur Bildung eines Dachverbandes und der seit Jahren von verschiedenen Seiten geforderten übersichtlichen Koordination der medizinischen Entwicklungshilfe wurde nun zu Beginn dieses Jahres durch die Gründung von Medicus Mundi Schweiz Folge geleistet.

Die enge Zusammenarbeit mit den Organisationen von Medicus Mundi anderer Länder sowie die nationalen, öffentlichen, kirchlichen und privaten Organisationen, die ein ähnliches Ziel anstreben, bieten Gewähr, dass der Zweck des Vereins erfüllt wird: einen Beitrag zu leisten an die Förderung des Gesundheitsdienstes und der ärztlichen Versorgung in den weniger entwickelten Ländern.»

Edgar Widmer ist Mitbegründer von Medicus Mundi Schweiz und ihr Vorstandsmitglied seit 1973. Im Executive Board von Medicus Mundi International ist er seit 1971 tätig mit dem Mandat, die Verbindungen zur WHO und zu den Kirchen zu pflegen. Der Artikel entstammt dem Reader «Fürsprech für Gesundheit für Alle. Advocating Health and Care, 1963 – 2003. Worte und Schriften von Edgar Widmer», (2003, 176 Seiten A4), der bei der MMS-Geschäftsstelle gegen einen Unkostenbeitrag von 10 Fr. bezogen werden kann.

**Im Auftrag der DEZA: SDC-Health**

Der starke Praxisbezug der neuen DEZA-Gesundheitspolitik hat die erfreuliche Konsequenz, dass die von Medicus Mundi Schweiz für die DEZA entwickelte und betreute Website [www.sdc-health.ch](http://www.sdc-health.ch) weit mehr ist als eine Visitenkarte der DEZA: Die

Website ist ein eigentliches Themenportal zu bisher 26 Schlüsselthemen der internationalen Gesundheit. Die Themenseiten werden von MMS redigiert, und mit dem Anspruch, auch laufend neue und aktuelle Ressourcen zugänglich zu machen, ist unsere Arbeit mit der Lancierung der Website im Juni dieses Jahres noch längst nicht beendet. [www.sdc-health.ch](http://www.sdc-health.ch)



## Inhalt

<b>25 Jahre nach Alma Ata: Gesundheit für alle?</b>	
<hr/>	
<b>Editorial</b>	S. 2
<hr/>	
Vreni Wenger-Christen:	S. 4
<b>Unterwegs für Gesundheit. Aus dem Blickwinkel einer Generalistin für Entwicklung und Zusammenarbeit</b>	
Richard Gerster:	S. 7
<b>Ein weiter Weg. Gesundheit für alle in Mozambique</b>	
<b>Gesundheit und Entwicklung – Entwicklung und Gesundheit. Eine Umfrage zur Aktualität der Erklärung von Alma Ata</b>	S. 12
<hr/>	
<b>Viele Wege führen zu Gesundheit Projekte schweizerischer Organisationen</b>	
HEKS, Senegal:	S. 22
<b>Mehr Wissen für Biobäuerinnen</b>	
Fondation Suisse pour la Santé Mondiale, Benin:	S. 24
<b>Reboisements communautaires – les bases pour la santé</b>	
Schweizerisches Tropeninstitut, Tansania:	S. 26
<b>Dar es Salaam Urban Health Project</b>	
medico international schweiz, Nicaragua:	S. 27
<b>Desarrollo Comunitario Litoral Sur Bluefields</b>	
Skat Foundation, Aguasan-Workshop:	S. 28
<b>“This shit drama – Are there ways out?”</b>	
Stiftung Kinderdorf Pestalozzi, Äthiopien:	S. 30
<b>Grundbildung und Sicherung des Lebensunterhalts für Kinder</b>	
SWISSAID, Indien:	S. 32
<b>Einkommensförderung und Gesundheitsvorsorge für Frauen</b>	
AIDS & KIND, Kamerun:	S. 33
<b>Mutter/Kind HIV-Präventionsprojekt</b>	
World Vision Schweiz, Mauretanien:	S. 34
<b>Gesundheit dank Prävention</b>	
mediCuba-Suisse, Kuba:	S. 36
<b>Rohstoffe für die pharmazeutische Industrie</b>	
INTERTEAM, Namibia:	S. 37
<b>Catholic AIDS Action</b>	
IAMANEH Schweiz, Mali:	S. 38
<b>Kampf gegen Fehl- und Mangelernährung</b>	
terre des hommes schweiz, Vietnam:	S. 40
<b>Ländliche Entwicklung</b>	
Helvetas, Nepal:	S. 42
<b>Water Resources Management Project</b>	
Schweizerisches Rotes Kreuz, Laos:	S. 44
<b>Verbesserung der öffentlichen Gesundheitsversorgung</b>	
DM-échange et mission, Afrique du Sud:	S. 46
<b>Care groups</b>	
Association Kallpa Genève, Pérou:	S. 47
<b>Stratégie ville, vie, sida</b>	
Novartis Stiftung für Nachhaltige Entwicklung, Mali:	S. 48
<b>Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes</b>	
<hr/>	
<b>Wegmarken</b>	
<b>Declaration of Alma-Ata.</b>	S. 50
Alma-Ata, 6–12 September 1978	
<b>Ottawa Charter for Health Promotion.</b>	S. 54
Ottawa, 21 November 1986	
<b>People's Charter for Health.</b>	S. 59
4–8 December 2000	
<hr/>	
<b>Netzwerk aktuell</b>	S. 68