

CUAMM

MEDICI CON L'AFRICA



AFRICA NEL 21° SECOLO:  
SALUTE PER TUTTI?

*> In December, 2000, Cuamm will be 50 years of age. We have lived through the period of the “mission doctors”, in countries still under colonial rule, through the dream of contributing to the social and health development of the new independent states, the disappointment of seeing development too often interrupted and too many goals not attained. We had really hoped that in the year 2000 we would see something similar to “health for all” in Africa, too! But all we see today is hundreds of millions of people excluded from access to the most basic means of taking care of their health.*

*“Promoting health for all is a primary duty for every member of the international community; and for Christians it is a commitment intimately connected with their profession of faith”: those are the words of John Paul II in his message for the Day of the Sick in 2001. It is the same appeal as that of last year: the response of the international community cannot have been very forthcoming nor commitment on a par with the problems.*

*With this document and with the Meeting of 25 November, in Padua, we do not claim to add anything to such authoritative appeals, nor statements of principle to the many things that are said in the official documents and pronouncements of these last years. The aim is to attract attention to the problems of Africa and to meet other institutions and organizations interested in cooperation in the field of health.*

*Our contribution is based on the experience of fifty years, during which we have always remained “in the field” as human beings and as healthcare professionals.*

*Recently we have added “doctors with Africa” to the name of our association, because our history has led us to link our destiny with Africa, with the very place where today the problems of poverty and inequality have reached their highest level.*

**> Nel dicembre 2000 il Cuamm compie 50 anni. Abbiamo vissuto il periodo dei “medici missionari” - in paesi ancora a regime coloniale -, il sogno di contribuire allo sviluppo sociale e sanitario dei nuovi stati indipendenti, la delusione per un cammino troppe volte interrotto e per gli obiettivi mancati. Abbiamo veramente sperato di vedere nel 2000 qualcosa di simile alla “salute per tutti”, anche in Africa! Oggi siamo di fronte all’evidenza di centinaia di milioni di persone escluse dall’accesso ai mezzi – anche i più basilari - di tutela della salute.**

**“Promuovere la salute per tutti è un dovere primario per ogni membro della comunità internazionale; per i cristiani, poi, è un impegno intimamente connesso con la testimonianza della loro fede”: così Giovanni Paolo II nel messaggio per la Giornata del Malato del 2001. È lo stesso appello dello scorso anno: la risposta della comunità internazionale non deve essere sembrata molto convinta, né l’impegno all’altezza dei problemi!**

**Con questo documento e con il Convegno del 25 Novembre, a Padova, non pretendiamo di aggiungere peso a richiami così autorevoli, né affermazioni di principio alle tante che si trovano nei testi ufficiali e nei pronunciamenti di questi ultimi anni. L’obiettivo è richiamare l’attenzione sui problemi dell’Africa e confrontarci con altre istituzioni e organismi interessati alla cooperazione in campo sanitario.**

**Il nostro contributo si basa sulla lezione di cinquant’anni, durante i quali siamo sempre rimasti “sul campo”, come persone e come professionisti della salute. Recentemente abbiamo aggiunto “medici con l’Africa” al nome della nostra associazione, perché la nostra storia ci ha portato a legarci all’Africa, proprio lì dove oggi appaiono concentrati e al massimo grado i problemi della povertà e delle disuguaglianze.**

## > Is there a place for Africa in the 21<sup>st</sup> century?

“Can Africa claim the 21<sup>st</sup> century?": this is the title of a report published on 31 May, 2000, by the World Bank. The reply would seem to be “no”.

Africa as a whole produces 1% of the world's riches, participates in 2% of commercial exchanges, and is the region with the highest debt in the world. 17% of its Gross Product goes every year to repaying a suffocating foreign debt. At least twenty countries are devastated by civil wars, inter-ethnic conflicts, and chronic guerilla warfare. More than 6,000,000 Africans are refugees or displaced. The main factors of human development (income, employment, education, health) show the absolute backwardness of sub-Saharan Africa. Even countries like Botswana, Gabon, Namibia and South Africa, with a relatively high income level, have a life expectancy at birth which is lower than that of countries of other continents with the same income level.

In the years to come, an economic growth rate of 5% will be necessary to stop the present situation from worsening. But few countries will actually see these levels of growth, and anyhow the unequal internal distribution of wealth will mean that the majority of the population will not see any improvement at all.

The present conditions have roots that run deep and far into the past: the slave trade, the destructiveness of the colonial regimes, the overturning of political, social and cultural systems, boundaries and states as the result of the appetites of the Great Powers.

The dreams of political independence have also almost completely disappeared, and been replaced by only a nominal independence, by a still-iniquitous international economic and political system, and by the corruption and unscrupulousness of internal élites.

The wounds of the past join those of the present: structural adjustments imposed from outside, debts, wars and ethnic conflicts, environmental disasters, famine and floods, the AIDS epidemic.

Almost all the countries of sub-Saharan Africa are worse off today than when they obtained their independence. 75% of their population live below the poverty line. 80% have no electricity. 75% do not have adequate sanitation. All together they have a road network inferior to that of Poland and their combined income is just a little over that of Belgium.

***Africa seems to be excluded from the 21<sup>st</sup> century!***

## > C'è posto per l'Africa nel 21° secolo?

“Can Africa claim the 21<sup>st</sup> century?": è il titolo di un rapporto pubblicato il 31 Maggio 2000 dalla Banca Mondiale. La risposta sembrerebbe essere “no”.

L'Africa, nel suo insieme, produce l'1% della ricchezza mondiale, partecipa al 2 % degli scambi commerciali, è la regione più indebitata del mondo. Il 17% del suo Prodotto Lordo se ne va, ogni anno, per ripagare un debito estero soffocante. Almeno una ventina di paesi è devastata da guerre civili, conflitti interetnici, guerriglie croniche. Più di 6.000.000 di africani sono rifugiati o sfollati. I principali indicatori di sviluppo umano (reddito, occupazione, istruzione, sanità) evidenziano la posizione di assoluta arretratezza dell'Africa sub-sahariana. Anche paesi come Botswana, Gabon, Namibia e Sud Africa, con reddito relativamente elevato, hanno una speranza di vita alla nascita inferiore a quella di paesi di altri continenti con reddito analogo.

Nei prossimi anni, sarebbe necessaria una crescita economica del 5% solo per far sì che gli indicatori attuali non peggiorino. Ma pochi paesi avranno questi livelli di crescita e la iniqua distribuzione interna della ricchezza non consentirà comunque miglioramenti per la maggioranza della popolazione.

Le attuali condizioni hanno radici profonde e lontane nel tempo: la tratta degli schiavi, il saccheggio operato dai regimi coloniali, lo stravolgimento degli assetti politici, sociali e culturali, i confini e gli stati creati in funzione delle logiche spartitorie delle grandi potenze. Anche i sogni legati all'indipendenza politica sono in gran parte svaniti, traditi da una autonomia solo nominale, da un sistema economico e politico internazionale ancora iniquo, da élite interne troppo spesso corrotte e opportuniste.

Le ferite del passato si sommano a quelle del presente: aggiustamenti strutturali imposti dall'esterno, indebitamento, guerre e conflitti etnici, disastri ambientali, carestie e inondazioni, la pandemia di AIDS.

Quasi tutti i paesi dell'Africa sub-sahariana stanno peggio oggi di quando ottennero l'indipendenza. Il 75% della loro popolazione vive al di sotto della soglia di povertà. L'80% non ha accesso all'energia elettrica. Il 75% non dispone di adeguate strutture igieniche. Tutti assieme hanno una rete stradale inferiore a quella della Polonia e il loro reddito combinato è di poco superiore a quello del Belgio.

***L'Africa sembra esclusa dal 21° secolo!***

**We believe that there are other questions that must be asked. Can the world look towards the beginning of a new millenium and tolerate a situation like this? Can the process of globalization involve all aspects of the social life of human beings, but not solidarity?**

**Noi pensiamo che  
le domande da porre  
siano altre: può il  
mondo guardare  
all'inizio di un nuovo  
millennio e tollerare  
una simile situazione?  
Può il processo  
di globalizzazione  
riguardare tutti  
gli aspetti della vita  
sociale degli esseri  
umani, ma non  
la solidarietà?**

## > Health in Africa

*Poverty, with its corollaries of ignorance and preventable pathologies which in fact were not prevented, is the real disease of Africa.* In the southern part of the world the cause of death is above all malaria and tuberculosis, diarrhoea and measles, respiratory infections and AIDS.

A sufficient income, environmental hygiene, cleaner houses, the right food, health services accessible to everyone and of good quality, together with education for all (especially women), would lead to a drastic reduction in disease and death. In the southern part of the world death is most common during the first five years of life. The most powerful factor in reducing child mortality is education and the emancipation of women. In the last 40 years the average length of women schooling has grown by 1.2 years: the lowest growth rate in the world. The inferior position of women in society means that an enormous human potential remains mortified and wasted.

The difference in standards of health in the world is staggering. The richest regions register a life expectancy at birth of around 80 years. In the poorest regions, especially in central-eastern and southern Africa, life expectancy drops to around 40 years. The main cause of this worsening is the AIDS epidemic which has joined the traditional procession of killer diseases. Just in 1999, 2,200,000 people died of AIDS in Africa, while more than 23 million Africans are infected by the virus.

*“A tragedy of unprecedented proportions is being played out in Africa. AIDS is causing more deaths than the total sum of victims of all wars, famines, floods and plagues such as malaria. HIV/AIDS is having a devastating effect on families, communities, societies and economies. Decades have been taken off the population’s life expectancy, and infant mortality is destined to double in the countries most affected. AIDS is a real disaster: it is sweeping away any progress in development made in the last decades and is sabotaging the future of Africa.” (N. Mandela)*

Health expenditure in the rich countries is around 2,000 dollars per head per annum (in the USA it is over 4,000 dollars). The health expenditure per head in the countries of sub-Saharan Africa is on average 37 dollars (but half of them spend less than 15). These are figures which do not allow even the most basic services to the whole population and are no protection against the plague of AIDS.

## > La salute in Africa

*La povertà, con i suoi corollari di ignoranza e patologie prevenibili, ma mai prevenute, è la vera malattia dell’Africa. Nel sud del mondo si muore soprattutto di malaria e tubercolosi, di diarrea e di morbillo, di infezioni respiratorie e di AIDS.*

Un reddito sufficiente, igiene ambientale, abitazioni più salubri, un’alimentazione adeguata, servizi sanitari accessibili a tutti e di buona qualità, uniti all’istruzione universale (in particolare delle donne) porterebbero ad una riduzione drastica della morbilità e della mortalità. Nel sud del mondo si muore soprattutto nei primi cinque anni di vita. Il fattore più potente per ridurre la mortalità dei bambini è l’istruzione e l’emancipazione delle donne. Negli ultimi 40 anni il periodo di scolarizzazione media delle donne, in Africa, è cresciuto di 1,2 anni: la crescita più bassa del mondo. La posizione subalterna della donna nella società fa sì che un enorme potenziale umano resti mortificato e sprecato.

Le diseguaglianze nella salute nel mondo restano impressionanti. Le regioni più ricche registrano una speranza di vita alla nascita intorno agli 80 anni. Nelle regioni più povere, in particolare nei paesi dell’Africa centro-orientale e meridionale, la speranza di vita scende e si avvicina ormai ai 40 anni. La causa principale del peggioramento è l’epidemia di AIDS, che si è aggiunta al tradizionale corteo di malattie “killer”. Nel solo 1999, in Africa, sono morte di AIDS 2.200.000 persone, mentre più di 23 milioni di africani sono infettati dal virus.

*“Una tragedia di proporzioni senza precedenti si sta consumando in Africa. L’AIDS sta causando più morti della somma totale delle vittime di tutte le guerre, carestie, inondazioni e di flagelli come quello della malaria. L’HIV/AIDS sta avendo un effetto devastante sulle famiglie, sulle comunità, sulle società e sulle economie. Decenni sono stati tagliati dalla speranza di vita della popolazione e la mortalità infantile è destinata a raddoppiare nei paesi più colpiti. L’AIDS è veramente un disastro: sta spazzando via i progressi nello sviluppo fatti negli ultimi decenni e sta sabotando il futuro dell’Africa.” (N. Mandela)*

La spesa sanitaria dei paesi ricchi si aggira intorno ai 2000 dollari pro-capite all’anno (quella degli USA è di oltre 4000 dollari). La spesa sanitaria pro-capite dei paesi dell’Africa sub-sahariana è in media di 37 dollari (ma la metà di essi ne spende meno di 15). Sono cifre che non consentono di offrire i servizi basilari alla totalità della popolazione e che non permettono di affrontare efficacemente il flagello dell’AIDS.

This expenditure is furthermore only in part covered by the public sector or by donors. The rest - in increasing proportions – is paid for directly by citizens. In Burkina Faso, Burundi, Ethiopia, Nigeria, Sudan and Uganda, more than two thirds of public health spending is paid for directly by users.

This is only one of the effects of the “structural adjustment” policies that the World Bank and International Monetary Fund have imposed on countries in debt, forcing them into drastic cuts in public expenditure, especially educational and health services. Public services reduced and having to be paid for, privatizations, decentralization: these are the main pillars of reform imposed on most African countries.

*The effects of these reforms are only too visible for those working in Africa.* Healthcare services have been transformed into an uncontrolled and chaotic market. The emphasis is above all on consumption of medicines, given the absence of precise rules and efficient controls. A plethora of “drug-shops” sells tablets and injections: inadequate treatment, side effects and loss of effect on the part of the drugs are the obvious consequences.

In Africa the most common source of financing of health services is direct payment for services by the user, which is the most iniquitous form:

- > The poor and those who have greatest need, the sick, pay the most by proportion.
- > Safeguard mechanisms, such as exemptions and credit, are too complex and subject to pressures of every kind and are hardly ever applied effectively.
- > The poor are becoming poorer, as they are forced through illness to renounce something essential parts of their lives (an animal, schooling for a child, etc.).

Queste spese inoltre sono sostenute solo in parte dal settore pubblico o dai donatori. Il resto - in proporzione crescente - è pagato direttamente dai cittadini. In Burkina Faso, Burundi, Etiopia, Nigeria, Sudan, Uganda, più di due terzi della spesa sanitaria è a diretto carico degli utenti.

Questo è solo uno degli effetti delle politiche di “aggiustamento strutturale” che Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale hanno imposto ai paesi debitori, inducendoli a tagliare drasticamente la spesa pubblica, in particolare quella per i servizi educativi e sanitari. Servizi pubblici ridotti e a pagamento, privatizzazioni, decentramento: sono i cardini delle riforme imposte nella maggior parte dei paesi africani.

*Gli effetti di queste riforme sono ben visibili per chi opera in Africa.* I servizi sanitari sono stati trasformati in un mercato incontrollato e caotico. Viene privilegiato soprattutto il consumo, anche minuto, di farmaci, in assenza di regole precise e di controlli efficienti. Una pleora di “drug-shops” vende compresse ed iniezioni: trattamenti inadeguati, effetti collaterali e perdita di efficacia dei farmaci sono le ovvie conseguenze.

In Africa la forma più diffusa di finanziamento dei servizi sanitari è il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei pazienti (“*user fees*”), che è la forma più iniqua:

- > Pagano proporzionalmente di più i poveri e coloro che si trovano in condizione di bisogno: gli ammalati.
- > I meccanismi di salvaguardia, quali esenzioni e crediti, sono troppo complessi e soggetti a pressioni di ogni tipo e non vengono quasi mai applicati efficacemente.
- > Si aggrava la povertà dei poveri, costretti a causa di una malattia a privarsi di qualcosa di essenziale (un animale, l'istruzione di un figlio, ecc.).

**Equity in the financing of the health system and accessibility to services are among the main challenges for anyone who is interested in public health, development and human rights.**

**L'equità nel finanziamento del sistema sanitario e l'accessibilità ai servizi sono fra le principali sfide per chi ha a cuore la sanità pubblica, lo sviluppo, i diritti umani.**

## > The challenges of cooperation

Today no country of sub-Saharan Africa is able to cope with the essential health needs of its population without a substantial and generous contribution from international cooperation. Unfortunately this contribution is neither substantial nor generous: developmental aid is only 0.24% of the Gross Domestic Product of industrialized countries, a long way from the 0.70% that they had solemnly sworn to honour. In the last ten years the quota reserved for Africa has gone down by 8% and the health quota is also dropping. The quality of interventions is also inadequate, too sectorial, and often reflecting the interests of the donor or local power groups.

With the express purpose of overcoming these limits, the World Bank has launched a strategy for the coordination and management of aid for the poorer countries called the *Sector-Wide Approach (SWAp)*. According to this scheme, international agencies make a financial contribution to the whole sector, sacrificing their projects and their priorities. In exchange they have a right of say in the formulation of national development policies and the right to take part in decisions regarding the destination of resources. SWAp's merit is that it brings aid back inside the planning of every country and reaffirms the right of governments – and local administrations – to manage it, even if also with the support of donors.

We find this proposal very interesting, but we are also cautious. There is no such thing as a universal solution valid for every country. Drawing up together objectives and priorities and coordinating aid are difficult tasks, which require great ability in governing and great transparency, as well as needing efficient instruments for programming, accountancy and evaluation. SWAp will fail as well – like any other imported scheme – if:

- > there is not a huge injection of resources into the health system of the poorer countries, so as to give an adequate backing to the public health service and that of non-profit organizations;
- > the process of liberalization and privatization of health services is not checked;
- > priority is not given to the development of basic services for prevention and treatment, in line with the conclusions of the Alma Ata Conference;
- > the emergency mentality – the result of which is that Africa is always on the receiving end of patching-up operations – is not abandoned, and long-term programmes are not started up, with long-term and credible support for the reinforcement of local resources;

## > Le sfide della cooperazione

Oggi nessun paese dell'Africa sub-sahariana è in grado di far fronte ai bisogni sanitari essenziali della sua popolazione senza un forte e generoso contributo della cooperazione internazionale. Purtroppo questo contributo non è né forte, né generoso: l'aiuto allo sviluppo rappresenta solo lo 0,24% del PIL dei paesi industrializzati, lontano dallo 0,70% per cui si erano solennemente impegnati. Negli ultimi dieci anni la quota destinata all'Africa è diminuita dell'8% e quella per la sanità diventa sempre più esigua. È inadeguata anche la qualità degli interventi, troppo settoriali, spesso funzionali agli interessi del donatore o di gruppi di potere locali.

Proprio per superare questi limiti, la Banca Mondiale ha lanciato una strategia per il coordinamento e la gestione degli aiuti nei paesi più poveri, denominata *Sector-Wide Approach* (SWAp: "approccio settoriale-allargato"). Secondo questo schema, le agenzie internazionali contribuiscono a finanziare l'intero settore, sacrificando i loro progetti e le loro priorità. In cambio di ciò hanno il diritto di dire la loro nella formulazione delle politiche nazionali di sviluppo e di partecipare alle decisioni riguardanti la destinazione delle risorse. Il merito dello SWAp è di riportare gli aiuti all'interno della pianificazione di ogni paese e di riaffermare la titolarità dei governi - e delle amministrazioni locali - nella gestione di questi, sia pure con il supporto dei donatori.

Noi guardiamo a questa proposta con grande interesse, ma anche con cautela: non esistono infatti ricette o soluzioni universali, valide per ogni paese. Definire insieme obiettivi e priorità e coordinare gli aiuti sono compiti difficili, che richiedono elevate capacità di governo e grande trasparenza, oltre che la messa a punto di efficaci strumenti di programmazione, di contabilità e di valutazione. Anche lo SWAp, come ogni altra ricetta "d'importazione", è destinato al fallimento se:

> Non c'è una ingente iniezione di risorse nei sistemi sanitari dei paesi più poveri, in modo da poter sostenere adeguatamente la rete sanitaria pubblica e quella delle organizzazioni non profit.

> Non si mette un freno ai processi di liberalizzazione e privatizzazione della sanità.

> Non viene data priorità allo sviluppo dei servizi preventivi e curativi di base, in coerenza con le conclusioni della Conferenza di Alma Ata.

> Non si abbandona la logica dell'emergenza - per cui l'Africa è sempre destinataria di interventi "tampone" - e non ci si dedica a progetti di lungo

> the health system is not organized and financed on a more equitable basis, doing away with the present system of “paying for health”.

The World Health Organization states that the fundamental goals of a health system are to improve the state of health of the population and guarantee universal access to services, without discrimination, by means of “fair financing”.

This means that *“the cost for every family of financing a health system must be distributed according to how much it can pay, and not on the basis of risk of disease; a fair financial system must protect everybody from a financial point of view.” (World Health Report 2000)*

We believe that the SWAp is an important step in the right direction. It must however be considered an ongoing process, bearing in mind the reality of each single country, and searching for alliances and common will. We hope that it will not end up by delegating decisions, in which everybody should be involved and which should be democratic and transparent, to a restricted circle of national and international experts. In particular we hope that every country will adopt a protocol for the evaluation of the SWAp, entrusted to independent agencies.

16

At the negotiation table it will also not be possible to ignore the question of arms and military expenditure. In the past “positive conditionality” worked very well to introduce a multi-party system and privatizations: why not use it to reduce conflicts and employ the resources used for military ends for social purposes?

In this context *non-governmental organizations can and must play an active role*. In development aid and the struggle against poverty they have the role of observers, promoters, and acting as a link between different cultures.

They are often called upon to be executors of projects, but it is important that they should keep an independent and innovative role: in their relation with the local communities, in their study and research, in acting as a stimulus and in denouncing wrongs.

termine, di sostegno duraturo e credibile per il rafforzamento delle risorse locali.

> Non vengono percorse strade più eque nel finanziamento del sistema sanitario, superando l'attuale logica della "salute a pagamento".

L'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che i compiti fondamentali di un sistema sanitario sono quelli di migliorare lo stato di salute della popolazione e di garantire l'accesso universale ai servizi, senza discriminazioni, attraverso forme eque di finanziamento (*fair financing*). Ciò significa che *"il costo che ogni famiglia deve sostenere per finanziare un sistema sanitario deve essere distribuito in relazione alla sua capacità di pagare, e non in base al rischio della malattia: un sistema finanziario equo deve proteggere finanziariamente tutti."* (World Health Report 2000)

Riteniamo che lo SWAp sia un passo importante nella direzione giusta. Esso va però considerato un processo evolutivo, deve tener conto della realtà di ogni singolo paese, richiede alleanze e la ricerca di volontà comuni. Ci auguriamo che non finisca per delegare a un ristretto circolo di esperti nazionali e internazionali processi decisionali che dovrebbero invece essere partecipati, democratici e trasparenti. In particolare auspichiamo che in ogni paese sia adottato un protocollo per la valutazione dello SWAp, affidata ad agenzie indipendenti.

Ai tavoli negoziali non si potrà neppure eludere la questione degli armamenti e delle spese militari. In passato la *"positive conditionality"* ha funzionato molto bene, per introdurre il multipartitismo e le privatizzazioni: perché non impiegarla per ridurre i conflitti e utilizzare a fini sociali le risorse destinate alle spese militari?

In questo contesto *le ONG possono e debbono svolgere un ruolo attivo*. Nell'aiuto allo sviluppo e nella lotta alla povertà esse hanno compiti di testimonianza, di promozione, di collegamento tra culture diverse. Sono spesso chiamate come esecutori di progetti, ma è importante che conservino un ruolo autonomo e innovativo: nel rapporto con le comunità locali, nello studio e nella ricerca, nello stimolo e nella denuncia.

**In the face of the processes of economic globalization, which reinforce the mighty and crush the weak, a strong and organized response to create a “globalization of solidarity” is necessary.**

**Di fronte ai processi di globalizzazione dell'economia, che rafforzano i potenti e schiacciano i più deboli, è necessaria una risposta forte e organizzata che si traduca in una "globalizzazione della solidarietà".**

## > The New Frontiers of Cuamm

In Cuamm's fifty years of life more than a thousand doctors have departed to care for the sick and organize health services. In future others will leave to carry on the same functions, but all this is not enough if treatment and services are not to be available for all, if the poor are to remain discriminated against, if many have to pay for their treatment and end in financial ruin.

*Accessibility of services and fair financing of the health system are the new frontiers that Cuamm intends to commit itself to, with two main lines of action:*

> guaranteeing long-term support to hospitals and territorial services, contributing to cover recurrent costs and supporting the development of local human resources;

> activating and sustaining fair forms of financing of the health system, built on solidarity and risk sharing (local mortgages, community financial schemes, and so on);

> we are aware that Cuamm cannot travel these roads alone: they are long-range goals, difficult to attain, and require enormous financial resources and many different participants – governments and local communities, the Italian government, international agencies, churches, other non-governmental organizations involved in international health cooperation. Cuamm offers its own resources and experience, but also feels the need to *discuss with others the criteria to be adopted before embarking on such a difficult journey.*

### **Working with private non-profit organizations**

Cuamm, like many non-governmental organizations, often works with private interlocutors and has a long tradition of working in mission hospitals. The need for a clear pact with these partners of ours was evident as long ago as the 60s, with the goal of guaranteeing quality of service and its real accessibility. Today these institutions have, even more than in the past, the problem of defining their role in their relations with the health and social system in which they operate. In many African countries the potentiality of private non-profit organizations in the healthcare field is very strong. So we are following with great interest the experiments in contracting, thanks to which private structures are endowed with public functions but also receive resources. We feel that this is a way of giving the competence they have attained its just due, and avoiding isolation and the weight of costs which would only push them towards increased prices and the loss of their social function.

## > Le nuove frontiere del Cuamm

Nei cinquant'anni della storia del Cuamm sono partiti più di mille medici, per curare malati e organizzare servizi sanitari. Nel futuro altri partiranno per svolgere queste funzioni, ma ciò non è sufficiente se cure e servizi non sono accessibili a tutti, se i poveri vengono discriminati, se molti per curarsi vanno in rovina.

*Accessibilità dei servizi ed equo finanziamento del sistema sanitario sono il nuovo terreno in cui il Cuamm intende impegnarsi, con due linee di azione principali:*

> Garantire un supporto a lungo termine a ospedali e servizi territoriali, contribuendo a coprire i costi ricorrenti e favorendo lo sviluppo delle risorse umane locali.

> Stimolare e sostenere forme eque di finanziamento del sistema sanitario, costruite sulla solidarietà e sulla condivisione del rischio (mutue locali, schemi di finanziamento comunitario, etc.).

Siamo consapevoli che il Cuamm non può percorrere queste strade da solo: sono obiettivi di lunga portata e difficili da raggiungere, che richiedono la disponibilità di ingenti risorse finanziarie e il concorso di molteplici attori - i governi e le comunità locali, il governo italiano, le agenzie internazionali, le chiese, altre ONG impegnate nella cooperazione sanitaria internazionale -. Il Cuamm mette a disposizione le proprie risorse e la propria esperienza, ma sente anche il bisogno di *confrontarsi sui criteri da adottare*, in vista di un cammino così impegnativo.

### **Valorizzare il privato “non-profit”**

Il Cuamm, come molte ONG, opera spesso con interlocutori privati ed ha una lunga tradizione di lavoro negli “ospedali missionari”. La necessità di un patto esplicito con questi nostri partners si è posta fin dagli anni '60, con l'obiettivo di garantire la qualità del servizio e la sua effettiva accessibilità. Oggi queste istituzioni hanno, con più evidenza che in passato, il problema di definire il loro ruolo nei rapporti col sistema sanitario e sociale in cui operano. In molti paesi africani la potenzialità del privato “non-profit” in campo sanitario è notevole. Seguiamo dunque con interesse e con favore le esperienze di convenzionamento (*contracting*), grazie al quale le strutture private vengono investite di funzioni pubbliche, sono sottoposte a controlli ma ricevono anche risorse. Ci pare un modo per valorizzare il loro patrimonio di competenze ed evitare che l'isolamento e il peso dei costi le spingano verso l'aumento delle tariffe e la perdita della loro funzione sociale.

## Leaving behind the emergency mentality

Cuamm has decided to get involved in emergency interventions only where it is already on the spot and operational with development projects; we leave operations in this field to the competence and capacity of others. However we feel that we must signal the dangers of prolonged or prevalent use of instruments of emergency, especially in Africa, where we have to face situations of “chronic emergency”. In those who donate, interest is aroused only by strong, immediate emotions to the detriment of deeper choices and understanding of the problems involved. On the part of those who receive, aid organized from outside and guaranteed only for a few months jeopardizes the growth of sustainable local systems and favours corruption. The basic logic is the same as the often quoted “humanitarian interference” and risks perpetuating a common vice of cooperation, that of deciding unilaterally what is right for others. We believe that cooperation must be a long-term pact, based on mutual knowledge and trust. In particular a non-governmental organization like Cuamm can operate properly only where it has grown deep roots.

## Investing in human resources

Cooperation always tends to outdo itself: its best results are obtained when it is no longer necessary. We believe that this is possible if it is understood as giving due importance to local resources, especially human resources. In healthcare increased professional competence and management capacity is one of the necessary ways to reinforce systems and make them work. But this is also the real key to development.

*“Basic education and more adequate health assistance do not only have a direct effect on the improvement of the quality of life; they also increase a person’s capacity to earn and free himself from poverty and a low income. The more these two social services are widespread and efficient, the greater becomes – also for the potentially poor – the likelihood of defeating poverty.” (Amartya Sen)*

The right to education and health are indissolubly linked with freedom from poverty.

## Trying new roads

The task of cooperation based on volunteer work is not only to reinforce social services, but also – and perhaps this is the main goal – to identify the areas of emargination, unrecognized needs, emerging problems, and to try to give responses and anticipate or integrate public intervention with its innovative experiences. The expression “give a voice to who has

## Uscire dalla logica dell'emergenza

Il Cuamm ha deciso di fare interventi di emergenza solo dove è già presente e operativo con progetti di sviluppo. Riconosce ad altri la competenza e la capacità di operare in questo campo. Ci sembra tuttavia doveroso segnalare il rischio di un uso prolungato o prevalente degli strumenti dell'emergenza, tanto più in Africa, dove si è di fronte a situazioni di "emergenza cronica". Dal lato di chi dona, l'interesse è sollecitato solo dalle emozioni forti e momentanee a scapito delle scelte di fondo e della comprensione dei problemi. Dal lato di chi riceve, gli aiuti gestiti dall'esterno e garantiti solo per pochi mesi compromettono la crescita di sistemi sostenibili e favoriscono la corruzione. La logica è la stessa della tanto citata "ingerenza umanitaria" e rischia di perpetuare un vizio di fondo della cooperazione, che è quello di decidere in modo unilaterale ciò che è bene per gli altri! Noi crediamo che la cooperazione debba essere un patto a lungo termine, fondato sulla conoscenza e sulla fiducia reciproca. In particolare una ONG come il Cuamm può operare utilmente solo dove ha messo radici profonde.

## Investire in risorse umane

La cooperazione tende sempre al superamento di se stessa: il suo miglior risultato lo ottiene quando non è più necessaria. Noi crediamo che questo sia possibile se viene intesa come valorizzazione delle risorse locali, in particolare delle risorse umane. In sanità l'aumento delle competenze professionali e delle capacità gestionali è una delle vie necessarie per rafforzare i sistemi e avviarli alla sostenibilità. Ma questa è anche la vera chiave per lo sviluppo. *"Un'istruzione di base e un'assistenza sanitaria più adeguata non solo migliorano in modo diretto la qualità della vita; esse accrescono anche la capacità di una persona di guadagnare e liberarsi dalla povertà di reddito. Più questi due servizi sociali sono diffusi ed efficienti, maggiore diventa - anche per i potenzialmente poveri - la probabilità di vincere la penuria."* (Amartya Sen)

Diritto all'educazione e alla salute sono indissolubilmente legati all'emancipazione dalla povertà.

## Tentare nuove strade

Compito della cooperazione fondata sul volontariato non è solo di rafforzare i servizi sociali, ma anche - e forse principalmente - di individuare le aree di emarginazione, i bisogni non riconosciuti, i problemi emergenti, e di tentare risposte che possono anticipare o integrare l'intervento pubblico con esperienze innovative. L'espressione "dare voce

no voice” may be understood to mean a decision to denounce problems; we believe that it means above all to make local partners become the main interpreters of solidarity in their country. It is not too late for Cuamm to find an original role today, on condition that:

> it remains faithful to its inspiring principles, by which it is committed, in the Spirit of the Gospel, to work for the international solidarity, justice and peace (art. 3 of its Statute);

> it preserves a way of behaving based on respect and dialogue;

> it maintains and increases its own autonomy in projects and finance;

> it guarantees that persons professionally qualified and very strongly motivated are sent to the field. People able to establish a real relationship of collaboration and exchange.

*As health operators, we are convinced that health is not a consumer good, but a fundamental human right. As such, it cannot be bought or sold. If health is a right, access to health services cannot be a privilege. If health is a right, it is our duty to fight for universal respect of this right.*

*Our first goal is to contribute - in institutions and public opinion - to a new interest and hope in the future of Africa. We believe that young nations have the power to free themselves, if they have faith in their own strength and the resources of their land. We believe and mean that the road of development must be open also to the poorest parts of the planet.*

a chi non ha voce” può essere intesa come scelta di denuncia dei problemi: noi pensiamo che debba significare soprattutto far sì che i partners locali diventino i primi attori della solidarietà nel loro paese. *Il Cuamm può trovare anche oggi un ruolo originale, a condizione di:*

- > restare fedele ai suoi principi ispiratori, che lo impegnano, nello spirito del Vangelo, a lavorare per la solidarietà internazionale, la giustizia e la pace;
- > conservare uno stile di presenza fondato sul rispetto e sul dialogo;
- > mantenere e accrescere la propria autonomia progettuale e finanziaria;
- > garantire l'invio di persone professionalmente qualificate e fortemente motivate, capaci di realizzare un vero rapporto di collaborazione e di scambio.

*Come operatori sanitari, siamo convinti che la salute non è un bene di consumo, ma un diritto umano fondamentale. Come tale, non può essere venduta o comprata. Se la salute è un diritto, l'accesso ai servizi sanitari non può essere un privilegio. Se la salute è un diritto, battersi per il suo rispetto universale è un dovere.*

*Il nostro primo obiettivo è contribuire a far rinascere – nelle istituzioni e nell'opinione pubblica - interesse e speranza nel futuro dell'Africa. Crediamo nelle possibilità di riscatto di popoli giovani, se acquistano fiducia nelle loro forze e nelle risorse della loro terra. Pensiamo e vogliamo che la strada dello sviluppo sia aperta anche alle aree più povere del pianeta.*

**And when “health for all” is no longer just a hope, we believe that two permanent values of our experience will remain: the participation of individuals and groups in facing common problems, and dialogue between different countries and cultures, in which the cooperation will become an exchange among equals.**

**E quando “salute per tutti” non sarà più solo una speranza, crediamo che di questa nostra esperienza debbano restare due valori permanenti: la partecipazione di singoli e gruppi per affrontare i problemi comuni e il dialogo tra paesi e culture diverse, in cui la cooperazione si trasforma in uno scambio alla pari.**



CUAMM  
MEDICI CON  
L'AFRICA

Cuamm Medici con l'Africa  
via San Francesco 126  
35121 Padova Italy  
tel. 0039.049.8751649  
0039.049.8751279  
fax 0039.049.8754738  
e-mail: [cuamm@cuamm.org](mailto:cuamm@cuamm.org)  
[www.cuamm.org](http://www.cuamm.org)

*Documento presentato a Padova  
il 25 novembre 2000 in occasione  
del Convegno internazionale  
per il 50° anniversario  
della fondazione del Cuamm.*

Seconda edizione.