

El socialismo es la mejor profilaxis

El sistema de salud de la República
Democrática Alemana



ÍNDICE

Acerca de Estudios sobre la RDA	3
1. La atención de salud en un sistema enfermo	6
2. Condiciones históricas en los años que precedieron a la RDA	11
3. El enfoque integral del sistema de salud de la RDA	16
4. Contradicciones y desafíos	22
5. El policlínico: un enfoque moderno de la atención ambulatoria	25
5.1 De los consultorios privados a los policlínicos	25
5.2 El funcionamiento de los policlínicos	29
5.3 El panorama del sector ambulatorio	31
6. Proteger la salud en el lugar de trabajo	34
7. Atención de salud para madres y niñas	40
8. Estrategias de vacunación	44
9. La cooperación internacional y la solidaridad médica de la RDA	49
10. ¿Por qué el socialismo es la mejor profilaxis?	52

Acerca de *Estudios sobre la RDA*

La República Democrática Alemana (RDA) fue un Estado socialista fundado en Alemania Oriental en 1949 como reacción democrática y antifascista a la Segunda Guerra Mundial y la subsecuente restauración del capitalismo monopolista en Alemania Occidental. La RDA representó una nueva Alemania, una en la cual se redistribuyó la tierra, se socializaron los medios de producción y se colectivizó el sistema agrícola. La RDA estableció un sistema educativo, de salud y social igualitario, y garantizó derechos iguales entre mujeres y hombres. Cultivó relaciones económicas amistosas y estrechas con otros Estados socialistas y ejerció solidaridad política y material con países que luchaban por su independencia en América Latina, Asia y África.

El objetivo declarado de la RDA era establecer una sociedad justa basada en el principio de igualdad. Teniendo la propiedad pública de los medios de producción como base, el país se desarrolló como un poderoso y eficiente Estado industrial que utilizaba sus excedentes económicos para beneficio de sus ciudadanos y ciudadanas, a los que garantizaba una vida de seguridad social. En definitiva, la RDA logró realizar su objetivo sociopolítico principal: la satisfacción de las crecientes necesidades materiales y culturales de su pueblo.

Pero ¿por qué molestarse en re-examinar los logros, principios y estructuras de la RDA 30 años después de su caída? ¿Qué podemos aprender de sus prácticas económicas alternativas en el mundo actual, donde el triunfo del capitalismo ha exacerbado los problemas de desigualdad y pobreza y ha provocado crisis más frecuentes? ¿Cómo era realmente la democracia socialista? ¿Qué contradicciones surgieron durante la aplicación cotidiana de una economía planificada? ¿Qué lecciones podemos sacar de la desaparición definitiva de la RDA?

Con esta serie, *Estudios sobre la RDA*, el *Internationale Forschungsstelle DDR* [Centro Internacional de Investigación sobre la RDA] y el *Instituto Tricontinental de*

Investigación Social buscan fomentar un nuevo compromiso con la historia y los principios de la RDA. Nuestro objetivo es revalorizar el legado y las experiencias de este proyecto de construcción socialista.

Esta serie educativa sobre la agenda y las realidades de la RDA explora aspectos de la vida cotidiana, proporciona datos sobre los logros sociales del país y examina los fundamentos políticos y económicos de este Estado socialista. Al reflexionar sobre las experiencias de la vida cotidiana, que generalmente son dejadas de lado por la narrativa dominante debido a la aplastante victoria del capitalismo y al dominio de la economía de mercado, pretendemos hacer una contribución útil a los debates que se están dando actualmente en el ámbito de los movimientos progresistas. Al fin y al cabo, millones de personas en todo el mundo aún están luchando por los avances que antes se dieron en los sistemas socialistas, pero que se perdieron con su caída.

En 1990, tras la reunificación de Alemania, se desmanteló la economía de la RDA. Se la trató como prototipo de terapia de shock para las medidas de austeridad que pronto se impusieron en otros países, y no solamente en los antiguos Estados socialistas. Al mismo tiempo, la RDA fue política, judicial y moralmente deslegitimada. Las publicaciones de esta serie son un rechazo de la narrativa propagada por enemigos del socialismo, tanto nuevos como antiguos, de que la desaparición de la RDA demuestra el inevitable fracaso de la economía y las políticas públicas socialistas. Al describir las realidades de la vida en la RDA y al afirmar las experiencias de la ciudadanía de ese país, esperamos recordar a nuestros lectores y lectoras que las alternativas al capitalismo existieron y existen.

Esta segunda publicación de *Estudios sobre la RDA* explora la construcción y expansión de su sistema de salud en las décadas posteriores a la II Guerra Mundial. En un contexto de recursos económicos limitados y competencia feroz con Alemania Occidental capitalista, la RDA logró desarrollar un acercamiento pionero a la medicina,

que ponía a las personas por encima de las ganancias y subrayaba la importancia de las responsabilidades sociales en la prevención de las enfermedades. Los conocimientos adquiridos gracias a esta experiencia histórica de construcción de un sistema de salud eficaz y de acceso universal pueden servir de marco de referencia para quienes luchan por una sociedad organizada por y para la clase trabajadora.

1. La atención de salud en un sistema enfermo

La manera en que una sociedad aborda las cuestiones de salud revela mucho sobre su carácter general. La prioridad que se da a la salud de las personas, el grado de protección y trato equitativo de los individuos y hasta qué punto la atención de salud está enfocada en las necesidades reales de las personas nos da una idea de las condiciones sociales y políticas existentes.

La política de salud no puede, sin embargo, ser reducida solamente al sistema de atención médica. Implica condiciones de trabajo, nutrición, vivienda y educación; la naturaleza de las relaciones sociales; el ocio y el comportamiento cultural, y una serie de otros factores que forman la base sobre la cual se desarrollan la salud física y mental de las personas. Las interrelaciones entre estos elementos ya se discutían en Alemania durante el desarrollo del capitalismo temprano. Un ejemplo de esto fue el trabajo del físico alemán Rudolf Virchow (1821-1902), el fundador de la patología moderna y un pionero de lo que en ese entonces se llamaba "higiene social" [*Sozialhygiene*]. Este campo, que ahora se asocia a los términos medicina social o salud pública, investiga la interacción entre la salud de la gente y sus condiciones sociales. También Friedrich Engels aportó evidencia de esta conexión en sus primeros trabajos sobre la clase trabajadora en Inglaterra.

“

Se acumulan sobre ellos [los pobres] todos los males posibles e imaginables. Si la población de la ciudad ya es demasiado densa en general, es a ellos sobre todo a quienes se fuerza a concentrarse en un pequeño espacio. ... Se les dan viviendas húmedas, sótanos, cuyos pisos rezuman, o buhardillas con techos que dejan pasar el agua. Se les construye casas de donde no puede escaparse el aire viciado. Se les da ropa mala o casi harapienta, alimentos adulterados o indigestos. [...] Y si ello no es suficiente, si resisten todo eso, son víctimas de una crisis que hace que pierdan el empleo, y les quita lo poco que se les había dejado hasta entonces.

”

En esas condiciones, ¿cómo es posible que la clase pobre pueda disfrutar de buena salud y vivir mucho tiempo? ¿Qué otra cosa puede esperarse sino una enorme mortalidad, epidemias permanentes, y un debilitamiento progresivo e ineluctable de la generación de los trabajadores?

Friedrich Engels, uno de los fundadores del socialismo científico, 1845

En el capitalismo, la protección de la salud es una lucha constante contra intereses económicos. Las políticas de salud pública están determinadas principalmente por el sector privado y las fuerzas del mercado.

La pandemia de COVID-19 ha revelado de forma dramática las serias deficiencias y retos no resueltos de los sistemas de salud actuales. Muchos Estados carecen de estructuras de toma de decisiones claras y con base científica. La cooperación al interior de los Estados y entre ellos está bloqueada sobre todo por intereses económicos privados. Los líderes políticos y empresariales sopean descaradamente las muertes frente a las pérdidas económicas. En todo el mundo, las condiciones de vida y de trabajo de las personas con menos ingresos las hacen más vulnerables a la pandemia. En muchos casos, se les niega el acceso a vacunas y medicamentos. Se prioriza la protección de derechos de patentes privados por encima de la atención integral de las personas. Las poblaciones del Sur Global se quedan con las manos casi totalmente vacías.

La eficacia general de los sistemas de atención de salud en el Norte Global se pregona como señal de su superioridad, sin embargo, su potencial no se aprovecha plenamente, ni su eficacia se debe solamente a su fortaleza económica o a tradiciones médicas positivas. Por el contrario, son las luchas de décadas de los sindicatos y otras fuerzas democráticas las que han establecido estándares mínimos y atención básica. Las mismas fuerzas se han visto después obligadas a defender estos logros de las presiones constantes del sector privado. Más aún, los sistemas de salud de los Estados más ricos se ven reforzados por personal médico que ha sido atraído de países económicamente más débiles. Esto —unido a la continua explotación del Sur Global— exacerba más aún el desarrollo desigual entre Norte y Sur. Hoy el sector capitalista privado está consolidando su control sobre los sistemas de salud, especialmente en las economías occidentales, llevando a que la salud y la enfermedad estén cada vez más mercantilizadas y subordinadas al interés del lucro.

“

La salud, en vez de ser un sistema que se hace responsable, se ha convertido en una maraña de feudos corporativos cuyo objetivo central es maximizar la rentabilidad de inversionistas de capital de riesgo. Un sistema de salud orientado a las ganancias requiere que el médico actúe como una suerte de guardián, decidiendo si proveer o negar la atención de salud. Un sistema de salud orientado a las ganancias es un oxímoron, una contradicción de términos. En cuanto la asistencia está al servicio de las ganancias, ya no es verdadera asistencia.

”

Profesor Bernard Lown (1921–2021), cardiólogo estadounidense y cofundador de International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW) [Médicos Internacionales por la Prevención de la Guerra Nuclear]

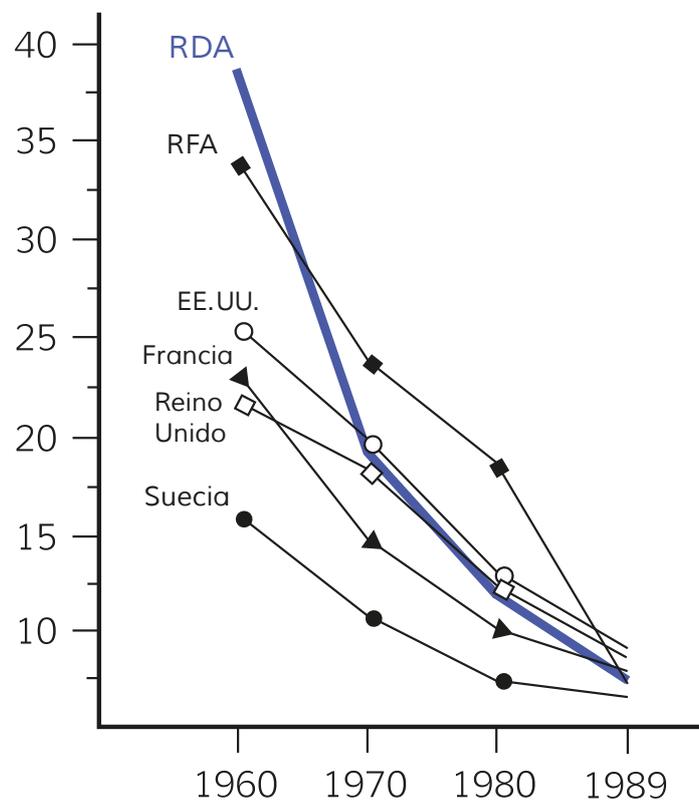
Desde 1991, la proporción de hospitales y camas privados en Alemania ha aumentado enormemente, continuando la tendencia de mercantilización creciente de la atención hospitalaria que comenzó en la República Federal de Alemania (RFA, comúnmente llamada Alemania Occidental) a mediados de la década de 1980. Esta evolución cobró un impulso adicional en 2003, con la introducción de un sistema de facturación inspirado en el modelo estadounidense, que se basa en grupos relacionados de diagnóstico (GRD). Con este sistema, los casos hospitalarios se clasifican en diferentes grupos para identificar los “productos” que los pacientes reciben y determinar el pago. Así, las decisiones sobre el tratamiento y la duración de las internaciones hospitalarias se toman cada vez más sobre la base de qué se puede facturar de forma rentable, en lugar de basarse en criterios médicos. Por tanto, se erosiona la calidad de la atención de salud ya que el tratamiento depende cada vez más de los ingresos de los pacientes y se recortan los servicios públicos de salud.

El antagonismo entre los intereses del sector privado y la atención de salud integral para todos los miembros de la sociedad ya se había reconocido en los primeros años de la República Democrática Alemana (RDA, comúnmente denominada Alemania Oriental). En sus 40 años de

existencia, la RDA logró construir y desarrollar un sistema de salud profundamente diferente. Partiendo de una posición inicial de gran desventaja económica, la RDA llegó a situarse entre los 20 mayores países industrializados en términos de producción económica y nivel de vida a finales de la década de 1980. El bienestar de sus 16 millones de habitantes se reflejó en valores favorables, incluso punteros, según ciertos indicadores de la Organización Mundial de la Salud, como la relación médicos-número de habitantes, la mortalidad infantil y la reducción de la tuberculosis. Esto se dio pese a las condiciones estructurales subóptimas de muchas instalaciones de salud, la escasez de suministros médicos y las restricciones a las importaciones de medicamentos y tecnología, en gran parte consecuencia de las sanciones económicas impuestas por Occidente.

Tasa de mortalidad infantil

Probabilidad de que un niño muera antes de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos (1960-1989)



Médicos por habitantes en la RDA

● = 10 habitantes



La RDA pudo lograr avances significativos en atención de la salud tanto debido a la influencia de tradiciones progresistas transmitidas desde el siglo XIX y la República de Weimar (1918-1933), como a una transformación radical de las condiciones políticas y económicas en la RDA. Esta transformación permitió al joven Estado reorientar los objetivos y la estructura de la atención de salud en torno a principios sociales, al mismo tiempo que creaba nuevas relaciones socialistas dentro y fuera de los lugares de trabajo que mejoraron la salud de la población.

Este estudio analiza el sistema de salud de la RDA y rastrea varios de sus elementos principales, examinando la importancia del carácter socialista de la RDA en la construcción de un sistema de salud basado principalmente en principios preventivos. Este empeño no se desarrolló sin dificultades y contradicciones, y los conocimientos adquiridos en este proceso de construcción de un sistema de salud eficaz y accesible en un contexto de recursos económicos limitados puede servir de referencia para luchas en todo el mundo. El título, *El socialismo es la mejor profilaxis*, rinde tributo a la conocida cita de Maxim Zetkin (1883-1965), físico, político, e hijo de la comunista y militante internacional por los derechos de las mujeres Clara Zetkin (1857-1933), y se convirtió en un eslogan en la RDA. En consonancia con el enfoque del sistema de salud de la RDA, este eslogan hace referencia al enfoque médico conocido como profilaxis, que busca prevenir la enfermedad antes de que se manifieste.

2. Condiciones históricas en los años que precedieron a la RDA

En el contexto de la industrialización en el Imperio Alemán (1871-1918) surgieron devastadoras condiciones sociales y de salud para el proletariado urbano. Tras años de campaña, la socialdemocracia revolucionaria consiguió introducir el seguro social de enfermedad en 1883. Aunque se recuerda al entonces canciller alemán, Otto Von Bismarck, como el padre fundador de la seguridad social organizada por el Estado, en realidad fueron las luchas de la clase trabajadora las que exigieron y obtuvieron concesiones del gobierno. Bismarck nunca escondió que quería hacer retroceder la influencia política del movimiento obrero socialista. Durante una sesión del Reichstag, comentó: "Sin la socialdemocracia y sin el miedo que genera en muchas personas, no habríamos conseguido las modestas reformas sociales que hemos tenido que conceder hoy". La introducción de este sistema de seguro de enfermedad ayudó a cubrir parcialmente el costo de los tratamientos, pero persistían insuficiencias, ya que



El Servicio de Salud Proletario (PGD) fue un servicio de salud autoorganizado que operó entre 1921 y 1926. Era explícitamente político y continuaba la tradición de salud pública, por ejemplo, apoyando la nutrición de los escolares y las luchas laborales para mantener la jornada de trabajo de ocho horas, especialmente en la industria minera y en las fábricas de productos químicos. Abogó por la socialización de la atención de salud y organizó asistencia concreta y práctica mediante la capacitación y educación en atención de la salud, prevención de accidentes y primeros auxilios. El PGD también colaboró estrechamente con el movimiento de deportes de los trabajadores para promover el buen estado físico.

las condiciones de trabajo no mejoraron y las y los trabajadores debían pagar dos tercios de las primas. Como resultado, surgieron organizaciones de salud autoorganizadas como la Federación Samaritana de Trabajadores (ASB)¹ y el Servicio de Salud Proletario (PGD), complementando la labor del Partido Socialdemócrata de Alemania (SPD) y del Partido Comunista de Alemania (KPD) durante la República de Weimar. Estas organizaciones exigían con insistencia la expansión de la atención pública de salud.

Tras la llegada del fascismo alemán al poder en 1933, los nazis empezaron a hacer un mal uso de la medicina para imponer su ideología racista y antisemita contra personas que, según ellos, eran inferiores, cometiendo crímenes contra la humanidad a una escala sin precedentes. Luego de la derrota incondicional de la Alemania nazi en 1945, una crisis de salud catastrófica golpeó a la población alemana. La prevalencia de epidemias, enfermedades y lesiones reveló cómo las guerras continúan produciendo víctimas mucho después del final de los combates militares. Los hospitales, sanatorios y todo el sistema de salud habían sido destruidos en lo que se convirtió entonces en la Zona de Ocupación Soviética (SOZ). El suministro de medicamentos colapsó y las epidemias se propagaron sin control, intensificadas por un gran flujo de refugiados y personas reasentadas que llegaban de Europa del Este. Las muertes por tuberculosis en este período fueron el doble de las que se producían antes de la guerra. El tifus, el cólera, la disentería, las infecciones venéreas y las enfermedades infantiles asolaron a la población. El número de médicos se redujo a la mitad de los niveles preguerra y la formación de nuevos profesionales estaba interrumpida por el cierre de las universidades.

¹ Todas las siglas se citan en alemán.

Desde la derrota del régimen nazi en 1945 hasta la fundación de la RDA en 1949, las políticas de salud de la SOZ se basaron en 30 órdenes emitidas por la Administración Militar Soviética (SMAD), que gobernó el territorio desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta la creación de la RDA. Las políticas eran implementadas por la Comisión Económica Alemana (el organismo administrativo central en la SOZ) junto con la recién creada Administración Central de Atención de Salud y los cinco gobiernos regionales de Alemania del Este. Un asunto que la SMAD tuvo que enfrentar inmediatamente fue cómo tratar a los médicos y otros profesionales de la salud que habían apoyado al sistema fascista. Aproximadamente el 45% de los médicos habían sido miembros del partido nazi, muchos de ellos implicados en la eutanasia y otras atrocidades en los campos de concentración. Muchos de estos individuos huyeron de la SOZ, sabiendo que en el Oeste serían tratados con más indulgencia. Los médicos que se quedaron plantearon un dilema política y moralmente difícil: un despido generalizado de los profesionales de la salud —como se había hecho con los jueces y los profesores, con razón— estaba fuera de lugar, aunque solo fuera por la crisis sanitaria a la que se enfrentaba el país. Como resultado, a las y los médicos que no fueron hallados culpables de ningún delito se les permitió seguir trabajando y muchos se pusieron después totalmente a disposición del nuevo sistema de salud.

Ejemplos de órdenes de política de salud de la Administración Militar Soviética:

- 1945: Establecer la Administración Central de Salud y las Oficinas de Salud (Orden No. 17).
- 1946: Rechazar las leyes racistas y otras disposiciones legales nazis (No. 6). Aprobar una orden para luchar contra la tuberculosis (No. 297).
- 1947: Introducir un sistema uniforme de seguridad social (No. 28). Establecer un sistema de salud laboral (No. 234). Ordenar la creación de centros de atención ambulatoria y policlínicos.
- Otras órdenes tuvieron que ver con controlar enfermedades infecciosas y establecer instituciones médicas y científicas.

Muchos de las y los médicos y trabajadores de la salud a quienes se les confiaron posiciones administrativas en la administración general de la SOZ eran aquellos que habían participado en la resistencia, habían emigrado o habían sido encarcelados en el régimen nazi. Sus tareas inmediatas fueron dictadas por las decisiones de las potencias aliadas en el Acuerdo de Potsdam de 1945 y los partidos políticos recién legalizados en la SOZ. El Partido Socialista Unificado de Alemania (SED) se fundó en 1946 a partir de la unificación de dos partidos de la clase trabajadora, el Partido Comunista de Alemania (KPD) y el Partido Socialdemócrata de Alemania (SPD), en un solo partido en la SOZ. El SED reconoció la necesidad de nuevas estructuras de salud, especialmente para atención ambulatoria. Cuando planeaban las políticas sociales y de salud para una nueva Alemania democrática, las autoridades de la SOZ se basaron en las exigencias y experiencias progresistas del período de la República de Weimar.

“

Si bien el pleno desarrollo del servicio de salud solo se puede garantizar en una sociedad socialista, existe, sin embargo, una vía también para la Alemania democrática. [...] Se trata de la nacionalización de los servicios de salud. Solo de esta forma los médicos, que disfrutaban de posiciones económicamente seguras, y de recursos garantizados por el Estado, pueden dedicarse por completo a sus tareas. Solo así los logros de la ciencia médica podrán estar disponibles para toda la población. [...] La preservación de la salud y de la capacidad productiva de las y los trabajadores es una de las tareas más importantes de la nación y un prerequisite para la reconstrucción. [...] La protección de la salud debe ser un asunto del Estado y, por lo tanto, del pueblo en su conjunto. El objetivo debe ser garantizar a todos la protección de su salud como base de la vitalidad y el buen estado físico.

”

Directrices de la política de salud del Partido Socialista Unificado de Alemania (SED), marzo de 1947.

La tarea consistía ahora en establecer un sistema de atención de salud que funcionara. Esto requería nacionalizar las instituciones de atención de salud y garantizar el derecho a la atención de salud. El tratamiento médico gratuito se ofrecía a través de un sistema universal de salud y se entendía la protección de la salud como una tarea de todos los sectores de la sociedad. Separar las necesidades médicas de las personas de los intereses privados del capital era una idea central y decisiva para proporcionar atención de salud para todos y todas. Se reconoció que las consideraciones empresariales, en particular respecto a médicos autónomos que trabajaban en consultorios privados, iban contra el desarrollo progresivo de la medicina. Esta observación ya la había planteado la Sociedad de las Naciones, una asociación internacional de Estados fundada luego de la Primera Guerra Mundial y precursora de las Naciones Unidas.

El surgimiento del sistema de atención de salud de la RDA fue moldeado por las experiencias de la Unión Soviética y su sistema de salud, cuyos arquitectos, a su vez, se habían inspirado en las posiciones políticas de la izquierda alemana durante el período de Weimar (1918-1933). Después de la Revolución Rusa de 1917 y la Guerra Civil (1917-1922), la joven Unión Soviética se convirtió en el primer Estado en la historia del mundo en construir un sistema de salud que garantizaba la atención universal y gratuita para toda la población, consagrando el derecho a la atención médica gratuita en la Constitución soviética de 1936 como uno de los derechos fundamentales del pueblo soviético. Bajo el modelo introducido por Nikolai Semashko (Comisario del Pueblo para la Salud entre 1918 y 1930), las instalaciones y servicios médicos fueron completamente financiados por el Estado y gestionados de forma centralizada, a la vez que funcionaba un sistema multinivel de hospitales, clínicas de especialidades y sanatorios a nivel nacional, regional, municipal y distrital. Aunque ciertos aspectos del modelo soviético tuvieron una influencia clave en la transformación del sistema de salud en la SOZ, no fue simplemente replicado. Algunas de las diferencias del sistema de la RDA fueron, por ejemplo, el

grado de organización central y el hecho de que no fue financiado únicamente por el Estado.

“

La política de salud en la RDA se entendía como un conjunto de medidas ideológicas, culturales, económicas, sociales y médicas concebidas y practicadas con intensidad y calidad variables en la esfera pública. El objetivo fue contribuir a configurar y optimizar las condiciones ambientales de la vida de las personas de forma que se protegiera y promoviera su salud. Los pacientes debían ser tratados y atendidos con los conocimientos y la experiencia de la medicina moderna. Hay que prolongar la vida de forma constante y progresiva.

”

Ludwig Mecklinger, ministro de Salud de la RDA de 1971 a 1989

3. El enfoque integral del sistema de salud de la RDA

La creación de relaciones de propiedad socialistas fue una precondition crucial para el enfoque preventivo de la RDA respecto a la atención de salud. Las cuestiones relacionadas con la salud, como las condiciones de trabajo, vivienda, nutrición y educación pudieron ser gestionadas por el Estado y sus estructuras democráticas de toma de decisión. La planificación integral por parte de instituciones públicas hizo posible investigar y abordar los riesgos de salud cotidianos. Para este empeño, la RDA

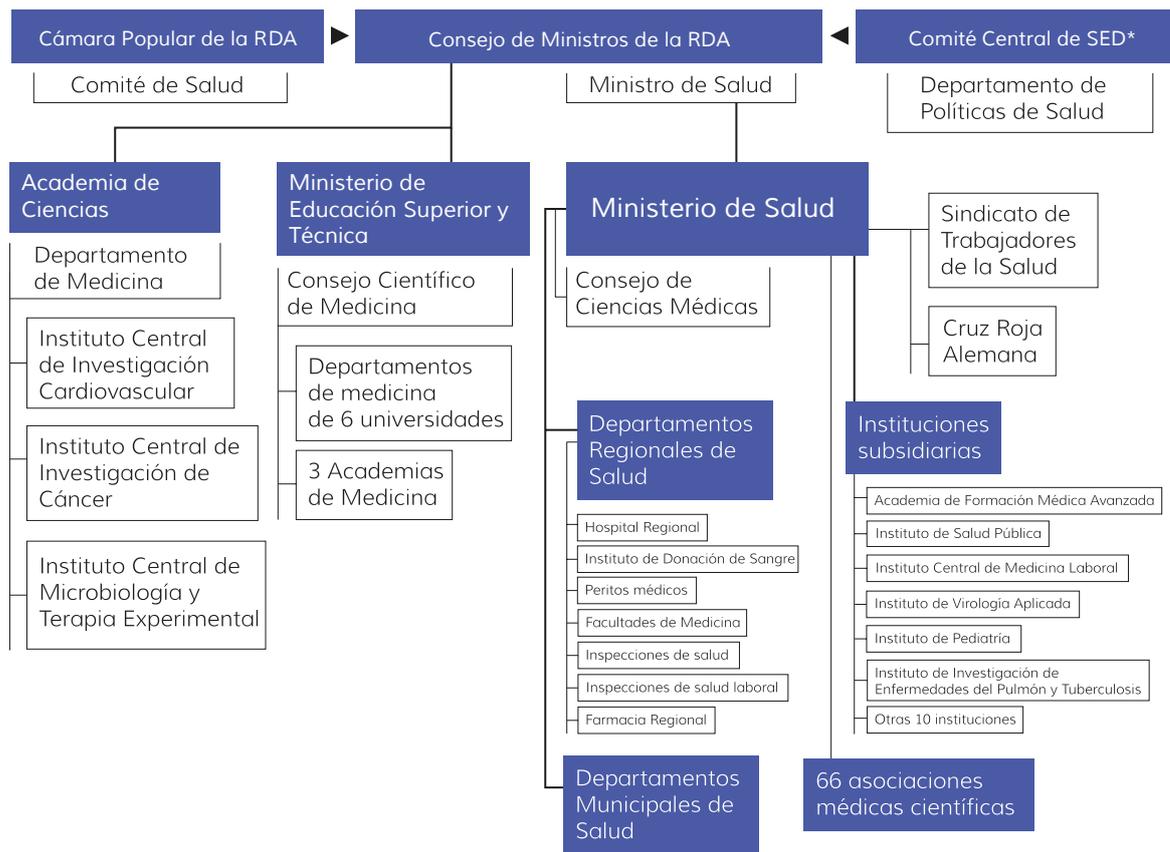
se basó en las tradiciones de la medicina social, que abordaba la salud desde una perspectiva sociopolítica y se enfocaba en la interacción entre el bienestar de las personas y sus condiciones generales de vida y trabajo. En particular, el enfoque en el cuidado preventivo en el lugar de trabajo y para la niñez, junto con un concepto moderno de atención ambulatoria, demostraron el carácter unitario y holístico de las políticas de salud de la RDA.



Un inspector de salud de distrito mide frecuencias sonoras en un área residencial para desarrollar métodos para reducir la contaminación acústica. Las áreas médicas de salud social, ocupacional y comunal eran responsables de monitorear y salvaguardar los estándares de salud de las condiciones de vida y trabajo de la población.

Al organizar las instituciones de atención de la salud como propiedad del Estado, la RDA superó la separación que existe hoy en muchos países capitalistas entre servicios de salud financiados públicamente y un amplio sector privado de atención hospitalaria y ambulatoria. La eliminación de formas de propiedad privada permitió la integración de medidas preventivas, terapéuticas y de cuidados posteriores que dieron mejores resultados a los pacientes. Más aún, las numerosas y diversas instituciones médicas del país —desde hospitales y clínicas hasta farmacias y centros de investigación— podían ahora cooperar entre sí como parte de una red unificada dirigida por el Ministerio de Salud.

Como estaba organizado el sistema de salud de la RDA a nivel nacional



*Partido Socialista Unificado de Alemania

La red hospitalaria en la RDA se amplió constantemente para mejorar el acceso de la ciudadanía de todo el país. El sistema escalonado, formado por las divisiones administrativas comunales, municipales y regionales, buscó proporcionar atención básica en los hospitales municipales, mientras que el tratamiento especializado se administraba en los hospitales regionales o en instituciones y universidades nacionales. Antes de la Segunda Guerra Mundial, las iglesias jugaban un rol importante en el mantenimiento y operación de los hospitales en toda Alemania. En vez de dismantelar estas estructuras, la RDA trabajó con el clero para garantizar que la atención de salud de emergencia estuviera disponible en todas las zonas del país. Así, de los 539 hospitales en Alemania Oriental en 1989, 75 permanecieron bajo la jurisdicción de iglesias, aunque también se integraron al sistema de planificación estatal.

La RDA también procuró superar la distribución históricamente desigual de médicos entre áreas urbanas y rurales. Después de graduarse, cada médico/a recibía tanto su licencia para ejercer como empleo remunerado y seguro, y se le exigía que trabajara durante varios años en una zona donde hacían falta médicos, sobre la base de un compromiso adquirido al inicio de sus estudios. Esta política, denominada dirección de graduados [*Absolventenlenkung*], fue la solución de la RDA para un grave problema que todavía afecta a muchos países hoy.

“

Llegó un punto en que nos dijeron: “Ustedes se han comprometido a servir donde la sociedad los necesita”. Muchos de los que estudiaron en Berlín intentaron por todos los medios quedarse en Berlín y evitar ir a Cottbus o Bitterfeld, por ejemplo, en el distrito del carbón, a la suciedad. Me dije a mí mismo: “Bueno, estas son personas que tienen derecho a una atención médica adecuada. No deberían estar abandonadas allí, así que lo haré”. Para mí, era cumplir una promesa que había hecho a cambio de poder estudiar gratis. Incluso recibimos becas que nos permitieron estudiar sin dificultades económicas. Esta obligación no contradice en absoluto mi comprensión de lo justo, incluso hoy. Para mí era perfectamente aceptable.

”

Dr. Rüdiger Feltz, neurocirujano en ejercicio

Para financiar su sistema de salud, la RDA introdujo un programa amplio de seguridad social que cubría los seguros de enfermedad, accidentes y pensiones, que era gestionado por las y los trabajadores a través de la Federación Alemana de Sindicatos Libres. Este modelo unitario organizado por el Estado reemplazó los sistemas de seguros fragmentados y con ánimo de lucro que todavía funcionan en muchos países capitalistas. En la RDA las personas pagaban hasta el 10% de su salario cada mes para este programa, aunque las contribuciones tenían un tope de 60 marcos por mes por persona. Las empresas igualaban las contribuciones de sus empleados y los déficits se cubrían con subsidios adicionales del Estado.

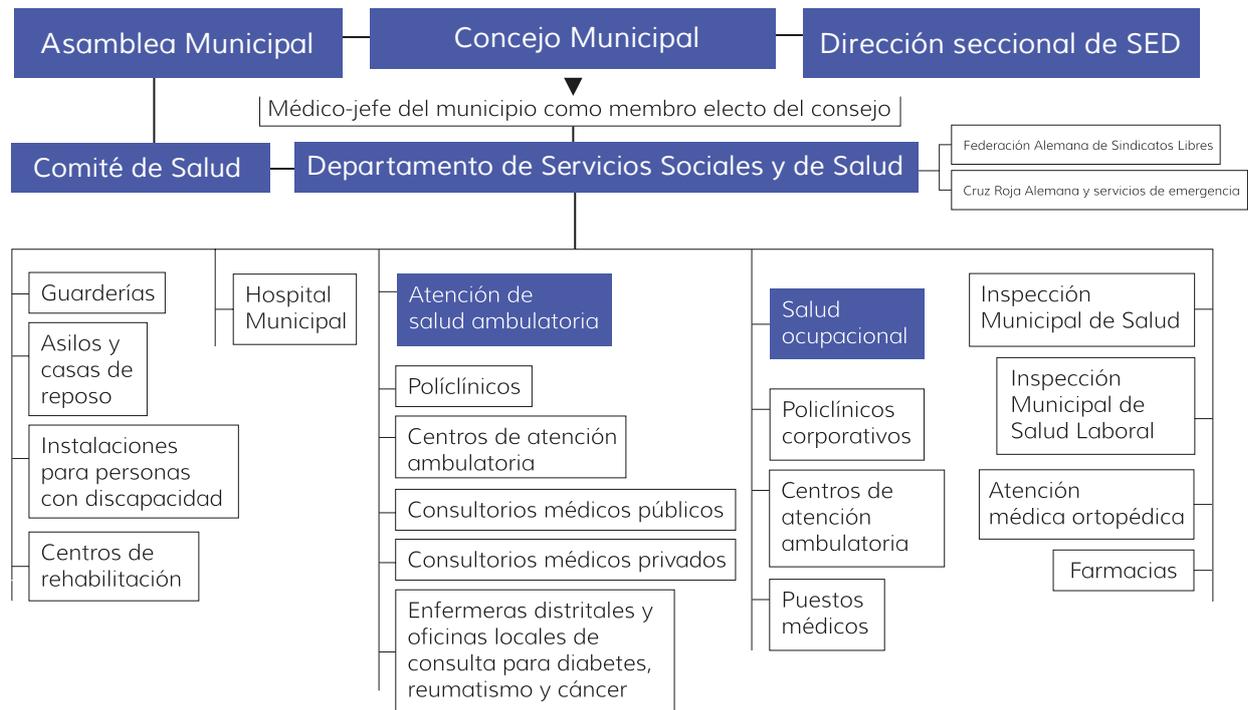
El peso político de la salud en la RDA también está ilustrado por la extensa legislación del país sobre este tema. El derecho universal a la atención de salud, independientemente de la situación social de cada persona (que ya había sido anclado en la primera constitución de la RDA en 1949), fue consagrado en las dos constituciones posteriores, de 1968 y 1974. La RDA hizo realidad el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

Según la Constitución de la RDA de 1968, artículo 35:

- (1) Toda la ciudadanía de la República Democrática Alemana tendrá el derecho a la protección de su salud y de su fuerza de trabajo.
- (2) Este derecho se garantizará a través del mejoramiento planificado de las condiciones de vida y trabajo; la promoción de la salud pública; la implementación de políticas integrales de bienestar, y la promoción de la actividad física, deportes populares y escolares, y turismo.
- (3) En caso de enfermedad o accidente, la pérdida de ingresos y los costos de atención médica, medicamentos y otro tipo de servicios médicos se proporcionarán a través de un sistema de seguridad social.

La RDA garantizó no solamente derechos y obligaciones básicos relacionados con la salud en la esfera de la atención médica, sino también en las esferas del trabajo y la educación. También se codificó derechos iguales para las mujeres, así como la protección de salud de la niñez, la juventud y las personas adultas mayores. Se incluyó legislación internacionalmente recomendada que despenalizó los actos homosexuales en 1968 (aunque ya estaban exentos de persecución legal desde la década de 1950) y legalizó el aborto en 1972. Otras leyes importantes incluían la introducción de la responsabilidad del Estado por los daños a la salud causados por procedimientos médicos (1987) y la "solución de disenso" para los trasplantes de órganos (1975), que estableció un modelo de consentimiento presunto para la donación de órganos que requería que las personas optaran por no hacerlo.

Cómo se organizó el sistema de salud de la RDA a nivel municipal



El sistema de salud de la RDA era un sector muy complejo que se desarrolló gradual y sistemáticamente en el transcurso de cuatro décadas, y que en 1989 empleaba a casi 600.000 personas, aproximadamente el 7% del total de la población activa. Además de hospitales y clínicas de atención ambulatoria, este sector incluía centros de enseñanza e investigación médica, institutos especializados, servicios de emergencia, sociedades científicas, editoriales y revistas médicas, centros de educación de la salud y finalmente, pero no menos importante, una

amplia industria farmacéutica. Con 13 empresas, tres institutos de investigación y unos 15.000 empleados, el kombinat GERMED —que significa ‘combinado’, una especie de corporación socialista— producía unos 1.300 productos médicos diferentes, cubriendo entre el 80 y el 90% de las necesidades farmacéuticas de la RDA, a la par que exportaba productos médicos a la Unión Soviética y otros países socialistas. La demanda interna de medicamentos se comunicaba a los proveedores no a través de las fuerzas del mercado, sino por los cálculos de los farmacéuticos de distrito. Las y los farmacéuticos, al igual que los médicos, estaban libres de consideraciones lucrativas en su trabajo, y los medicamentos se entregaban gratuitamente a toda la ciudadanía. La estrecha colaboración entre farmacéuticos y médicos les permitía adaptar la atención a las y los pacientes y ajustar los medicamentos en caso de escasez.



En 1950 había 1.694 farmacias en la RDA, de las cuales 1.266 eran privadas. Para 1989 había 24 farmacias privadas y 2.002 farmacias públicas administradas por el Ministerio de Salud. Cada una de las 15 regiones de la RDA estaba supervisada por un/a médico jefe y un/a farmacéutico jefe. A nivel de distrito, las y los farmacéuticos locales se encargaban de monitorear la distribución de los medicamentos de acuerdo con normas unificadas.

4. Contradicciones y desafíos

El desarrollo del sistema de salud de la RDA no estuvo libre de conflictos y desafíos. Las contradicciones entre los objetivos de cuidado de la salud del país y su capacidad económica significaron que no siempre se pudieron alcanzar las metas y aspiraciones declaradas. Las políticas de salud reflejaron tanto las dificultades económicas que enfrentaba el país como sus cambios de prioridades políticas. Por ejemplo, cuando se introdujo la Unidad de Política Económica y Social en 1971 para aumentar el acceso a bienes y servicios de consumo, el sector de la salud se benefició inicialmente de un financiamiento adicional. Sin embargo, este cambio en la política de inversión, que se alejó del sector industrial, creó desequilibrios en la economía planificada que finalmente se sintieron también en el sector de la salud. Esto se manifestó, por ejemplo, en el desgaste de los hospitales y en la escasez de ciertos suministros y equipos médicos, que dificultaron las labores cotidianas del personal de salud. En sus últimos años, la RDA ya no conseguía importar en la medida necesaria la tecnología médica moderna desarrollada en los países industrializados occidentales, en parte debido al embargo impuesto por Occidente. Aunque los métodos de diagnóstico y terapéuticos innovadores permitieron a la RDA avanzar en el tratamiento de ciertas enfermedades que hasta entonces habían probado ser difíciles o imposibles de tratar con los métodos convencionales, estos esfuerzos se vieron a menudo obstaculizados por la falta de equipos.

En la década de 1980, los cuellos de botella en el suministro de materiales, así como los diferentes puntos de vista acerca de cómo enfrentar problemas de salud urgentes, llevaron a intensificar los debates sobre políticas públicas. El enfoque preventivo de la atención y la convicción de que todos los sectores sociales tenían un papel que desempeñar en la salud pública siguieron siendo los fundamentos decisivos de las políticas gubernamentales. Sin embargo, surgieron disputas acerca de cuáles condiciones que causaban enfermedades podían y debían ser prioritarias. Por ejemplo, a veces se puso énfasis en medidas

dirigidas a cambiar comportamientos poco saludables para combatir problemas como la obesidad, el abuso del alcohol y un aumento del tabaquismo en la juventud. Este enfoque centrado en los comportamientos individuales que contribuyen a los problemas de salud fue criticado por los especialistas en medicina social, quienes proponían enfocarse en mejorar las condiciones generales de vida y trabajo de la población. Tales debates revelaban que las dificultades cotidianas y los temas estratégicos estaban abiertos a la discusión política, que a menudo tenía lugar en reuniones bimensuales de médicos regionales y conferencias semestrales de médicos municipales, entre otros espacios.

La hostilidad de Occidente hacia la RDA afectó el desarrollo de su sistema de salud de muchas maneras, ejerciendo influencia ideológica, política y económica en las estructuras y en las y los trabajadores de la salud de la RDA. Esto tuvo un impacto especialmente notable en el acceso del país a material técnico y médico, así como a iniciativas internacionales de investigación. Además, Alemania Occidental se dedicó a reclutar médicos de Alemania Oriental animándolos a emigrar hacia el Oeste. Las y los médicos que habían sido formados gratuitamente en la RDA fueron atraídos hacia el Oeste por una mejor remuneración o por su renuencia a participar en las transformaciones sociales en marcha en el Este. Esta dinámica afectó a la RDA desde el comienzo: el éxodo de médicos a continuación de la Segunda Guerra Mundial fue tan masivo que se habrían necesitado al menos cinco promociones más de todas las facultades de medicina de la RDA para compensar la pérdida. La situación fue similar a la de Cuba, donde —aparte de médicos como el Che Guevara que se comprometieron con la revolución— muchos abandonaron la isla después 1959 con destino a Estados Unidos. Este fenómeno de “fuga de cerebros” — en el que médicos y otros profesionales altamente formados o cualificados emigran de los países donde más se los necesita— y sus consecuencias en el Sur Global se suelen invisibilizar o se venden como un aspecto positivo de la globalización.

Hasta que se cerró la frontera entre las Alemanias Este y Oeste en 1961, la RDA también llevó a cabo su programa pionero de salud en "competencia" con la RFA, que preservaba el modelo de consultorios privados y empleaba deliberadamente altos salarios y privilegios para incentivar a los médicos bien formados a abandonar Alemania Oriental. La RDA enfrentó, por lo tanto, la misma dificultad que los bolcheviques después de la Revolución de Octubre: ¿cómo ganar a las y los profesionales especializados y a la intelectualidad que habían sido privilegiados durante el capitalismo, para la construcción del socialismo? Dados los altos niveles de emigración, el SED decidió hacer concesiones a la intelectualidad médica a finales de la década de 1950, utilizando incentivos materiales para animar a los médicos a vivir y trabajar en la RDA. A pesar de ello, en los años siguientes prevalecieron los cambios de consultorios privados hacia empleos públicos. Aunque varios miles de médicos salieron de la RDA antes de la construcción del Muro en 1961, para 1988 el número de médicos en el país (alrededor de 41.000) se había más que triplicado desde 1949, poniendo la tasa médicos por habitantes a la par de los demás Estados industrializados de Europa.

┌ Número de médicos por 10.000 habitantes

	RDA	RFA	Francia	Suecia	Reino Unido	EE. UU.
1950	7.2	12.5	-	-	-	-
1960	8.7	14.2	-	10.0	8.0	11.0
1970	16.0	16.3	12.0	13.0	9.0	13.0
1989	24.0	30.0	30.0	28.0	16.2	18.0

Como han revelado las experiencias de la RDA y de otros Estados socialistas, la transición de una sociedad más allá del capitalismo nunca es un desarrollo lineal simple. La construcción de un sistema de salud integral y enfocado en las personas no se hace de la noche a la mañana. Las transformaciones radicales deben enfrentarse no solo con las limitaciones económicas de un país, sino también a las concepciones tradicionales de roles y el estatus social. La magnitud de la fuga de cerebros de la RDA, por ejemplo, llevó al gobierno a hacer ciertas concesiones en su misión de romper con el largo monopolio de la intelectualidad en la profesión médica. Cuando sacamos lecciones para el futuro no podemos aislar estos compromisos y deficiencias de su contexto histórico. Esto es lo que diferencia a los análisis constructivos y progresistas de aquellos que solamente buscan desprestigiar y ridiculizar al socialismo.

5. El policlínico: un enfoque moderno de la atención ambulatoria

5.1 De los consultorios privados a los policlínicos

Bajo el modelo capitalista de atención de salud, la atención ambulatoria suele ser prestada por médicos independientes en consultas privadas individuales que están distribuidas por pueblos y ciudades. Sin embargo, las tradiciones médicas progresistas hace tiempo que critican este modelo por tener dos limitaciones fundamentales. En primer lugar, las y los médicos autónomos dependen económicamente de pacientes enfermos que buscan tratamiento. Esto es, tienen un incentivo financiero no para prevenir enfermedades sino para tratar síntomas después de que se manifiestan. En segundo lugar, el rápido avance de la ciencia ha mejorado enormemente las capacidades de diagnóstico y tratamiento, pero estos nuevos métodos requieren acceso a la tecnología y conocimientos más avanzados. Como los consultorios individuales no pueden tener la diversidad de personal y equipos que exige la medicina moderna, refieren a los pacientes a especialistas

o centros de diagnóstico distintos, creando a menudo ineficacia y discrepancias en los diagnósticos. En la RDA se desarrollaron policlínicos para superar estos problemas de la atención ambulatoria.

Como el nombre indica, los policlínicos eran instalaciones en las cuales múltiples especialidades médicas colaboran bajo un mismo techo para prevenir y tratar una amplia variedad de enfermedades. Más específicamente, los policlínicos se definieron como instalaciones públicas de atención ambulatoria que contenían al menos seis departamentos especializados: medicina interna, odontología, ginecología, cirugía, pediatría y medicina general. Muchos también tenían laboratorios de diagnóstico clínico, departamentos de fisioterapia y facilidades para imagenología médica. Además, los policlínicos encarnaban la convicción de que, para ser eficaz, la atención ambulatoria debía separarse de las consideraciones económicas personales. Las y los médicos y el personal de salud que trabajaba en los policlínicos eran empleados públicos, entonces estaban libres de su tradicional dependencia económica de las personas enfermas. Con un empleo asegurado y un ingreso razonable, podían enfocarse sobre todo en la atención preventiva.

Era de nuevo una transición desde la propiedad privada la que permitía esta reorientación fundamental del sector de atención ambulatoria, que desempeña un papel importante, si no decisivo, en la capacidad de un sistema de salud de atender a toda la población. Una atención ambulatoria eficaz garantiza que la ayuda médica que las personas necesitan esté disponible rápida y directamente donde viven, desde la prevención y la terapia hasta el cuidado posterior y la rehabilitación, lo que ayuda a minimizar las hospitalizaciones e idealmente previene las enfermedades en primer lugar. El agrupar departamentos médicos, tecnología y laboratorios en un solo lugar ayudó a superar obstáculos financieros y burocráticos que afectaban a los consultorios privados. Al mismo tiempo, este diseño facilitaba una colaboración más efectiva entre profesionales médicos de diversos campos.

“

¿La verdadera libertad del médico no consiste [...] en el hecho de que se le den los medios para garantizar la salud de cada ciudadano sin limitaciones? Al construir el sistema estatal de salud, los médicos ya no tienen más interés económico en que las personas se enfermen; sino que pueden realmente actuar como guardianes y preservadores de la salud.

”

Discurso en la Conferencia Nacional de Salud en Weimar, 1960

Las instituciones más pequeñas que encarnaban el mismo enfoque se denominaban centros de atención ambulatoria (*Ambulatorien*) y albergaban típicamente al menos tres departamentos: medicina general, medicina interna y pediatría. Más de un tercio de los centros de atención ambulatoria estaban afiliados a hospitales y clínicas universitarias para promover la colaboración médica. Los centros de consulta y los consultorios individuales de propiedad pública operaban en localidades más remotas, pero estaban vinculados organizativamente a los policlínicos para recibir apoyo.

Este gráfico ilustra cómo se veía uno de los policlínicos más grandes de Berlín al final de los años 80. Tenía 15 departamentos con una variedad de especialidades médicas y mantenía líneas de comunicación y colaboración con otras instalaciones de salud en la vecindad.

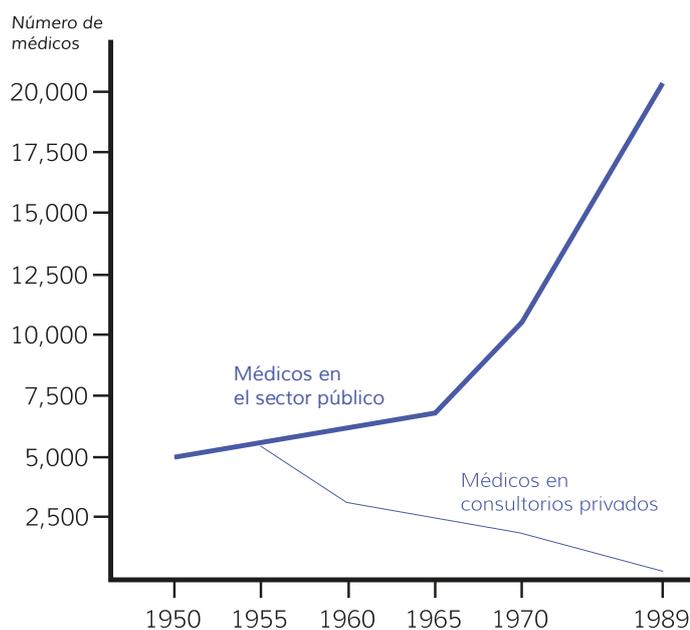
La transformación del sector de atención ambulatoria presentó retos únicos en términos de requerimientos de infraestructura y de los nuevos roles de las y los trabajadores de salud, a diferencia de los hospitales que tenían una historia más larga de propiedad pública. Había, por ejemplo, un escepticismo considerable e incluso resistencia a la idea de los policlínicos entre los médicos. La idea radical de que el gobierno empleara especialistas para que trabajen juntos bajo el mismo techo contrastaba agudamente con la autopercepción profundamente arraigada del médico autónomo que trabaja para sí mismo.

Varios precursores de grandes complejos médicos sirvieron de inspiración al sistema de policlínicos de la RDA, como la Casa de la Salud de Berlín, construida en 1923 durante la República de Weimar. Arquitectos de la *Bauakademie* (Academia de Ingeniería Civil) comenzaron a desarrollar y refinar proyectos similares en los años 50, bajo la dirección del entonces presidente Kurt Liebkecht. Cuando se anunció el inmenso programa de construcción de viviendas de la RDA a comienzos de los años 70, se especificó que los policlínicos o centros de atención ambulatoria debían ser incorporados en las nuevas urbanizaciones. Los policlínicos más grandes se construyeron en Berlín, así como en otras grandes ciudades, cada uno con más de 50 médicos.

Las asociaciones de médicos conservadores ya habían empezado a oponerse sistemáticamente a los pedidos de establecer policlínicos durante la era Weimar, y reanudaron esta ofensiva tras el fin de la guerra en 1945. Quienes estaban a cargo de las políticas públicas de la RDA buscaban demostrar las ventajas del nuevo modelo ampliando las capacidades técnicas y los laboratorios de los policlínicos. Este fue un proceso gradual; durante muchos años, las consultas privadas continuaron proveyendo una gran parte de la atención ambulatoria.

Finalmente, se demostró que era posible ganar gradualmente a las y los profesionales médicos para el concepto del policlínico: en 1970, solo el 18% de los médicos de atención ambulatoria estaban en la

Evolución del número de médicos en los sectores público y privado de atención ambulatoria en la RDA



práctica privada, comparado con más del 50% en 1955. La rápida construcción de instalaciones para atención ambulatoria eficientes por todo el país hizo evidentes las importantes ventajas prácticas del nuevo sistema. El contraste en la atención ambulatoria entre Alemania Oriental y Occidental se amplió gradualmente en las cuatro décadas siguientes a la fundación de la RDA: para 1989, la gran mayoría de médicos de atención ambulatoria de Alemania Occidental todavía seguían ejerciendo en consultorios privados, mientras que casi todas sus homólogos en Alemania Oriental eran empleados públicos.

5.2 El funcionamiento de los policlínicos

Las y los médicos y el personal que trabajaba en los policlínicos eran contratados y remunerados por el Estado, eliminando los motivos económicos personales de la relación médico-paciente y del proceso de toma de decisiones médicas. En contraste con los consultorios privados, los policlínicos establecieron cooperación no burocrática entre especialidades médicas. En el sistema capitalista de salud, las y los médicos autoempleados en atención ambulatoria han sido generalmente (y a menudo aún son) únicos responsables de las decisiones médicas, donde las estructuras colaborativas en los policlínicos hicieron facilitar para los especialistas de diferentes disciplinas discutir casos complicados o, por ejemplo, la prescripción de nuevas medicinas y recomendaciones para nuevos tipos de terapia. Esta colaboración interdisciplinaria también proporcionó un marco en el cual la relación y comunicación entre medidas preventivas, terapéuticas y postoperatorias podían ser fortalecidas y potenciarse juntas. Los servicios de laboratorio e imagen podían ser pedidos inmediatamente y solían estar disponibles en un tiempo corto y a veces incluso durante la propia consulta. Los policlínicos también podían tener mejor equipamiento médico, sobre todo porque el uso en común era más conveniente en términos de costo que el uso individual en consultas privadas, y porque se mantenía un sistema uniforme para los expedientes de los pacientes que reducía la ineficacia y los problemas de comunicación entre especialistas.

En promedio, los policlínicos tenían entre 18 y 19 médicos, lo que les permitía ampliar el horario y seguir ofreciendo atención incluso cuando algunos médicos estaban enfermos o de vacaciones, a diferencia de lo que ocurre con los consultorios privados. Además, esto permitió que los médicos dieran una atención más amplia a sus pacientes, porque podían combinar su horario de consulta normal con visitas in situ. Los pediatras, por ejemplo, podían realizar chequeos regulares en centros de cuidado infantil, mientras que otros médicos se hacían cargo de la atención ambulatoria en los policlínicos.

“

El hecho de que un médico siempre tenga que preocuparse de cómo garantizar su ingreso y dependa de que personas enfermas acudan a él no puede ser la solución. Hay que hallar otra solución. Es decir, entender a los médicos como empleados bien pagados del Estado que pueden llevar a cabo sus obligaciones independientemente de su ingreso. Esta era una de las ideas básicas en la RDA. Una segunda era que el desarrollo moderno de la ciencia ya no se corresponde con el modelo de consultorio privado. Necesito estructuras donde pueda acceder a laboratorios, máquinas de rayos X y especialistas. Estas dos ideas básicas llevan a la creación gradual de policlínicos o centros ambulatorios. Fue un largo proceso, y uno que enfrentó resistencia.

”

Dr. Heinrich Niemann, especialista en medicina social y políticas públicas de salud

El nuevo modelo de empleo en la atención ambulatoria mejoró en gran medida el ambiente colegiado del sector sanitario. Se le garantizó al personal horas de trabajo fijas, atención de salud interna, comidas organizadas comunitariamente e instalaciones de vacaciones compartidas para ir con sus familias. Más importante, las y los médicos, auxiliares y enfermeras eran todos empleados, recibían un trato igualitario de acuerdo con la legislación laboral y se organizaban en el mismo sindicato. Estas medidas ayudaron a erosionar gradualmente las jerarquías profesionales.

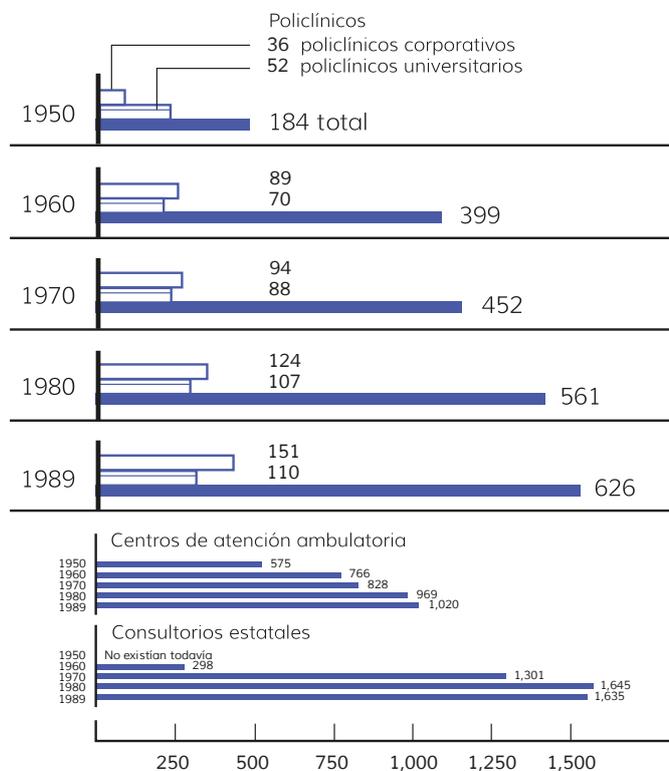


Dr. Heinrich Niemann recuerda que: "A comienzos de los años 80, se construyó el gran policlínico Dr. Karl Kollwitz en el barrio de clase trabajadora Prenzlauer Berg en Berlín. Los médicos que habían estado trabajando en consultorios privados no fueron a los policlínicos felices de la vida. Sabían, por supuesto, que en el momento que trabajaran en una instalación tan grande, con una forma diferente de funcionamiento, sería necesaria una nueva forma de trabajar juntos [...] Aun así, esta es la única forma de establecer unidad entre medidas terapéuticas, de rehabilitación y prevención. Todavía hoy, un consultorio privado solo puede lograr esto limitadamente".

5.3 El panorama del sector ambulatorio

La atención ambulatoria fue un componente central del enfoque preventivo de la medicina de la RDA, y su expansión y éxito en garantizar que toda la ciudadanía reciba atención médica no solo durante emergencias sino a lo largo del toda su vida, representa posiblemente

Desarrollo de centros ambulatorios en la RDA



La enfermería comunitaria era una profesión muy calificada y valorada. Las enfermeras conocían bien a todas las personas residentes en su región y realizaban servicios médicos importantes durante las visitas domiciliarias, tales como realizar exámenes, vendar heridas, administrar medicinas e inyecciones y organizar la asistencia médica cuando era necesaria.

el aspecto más revolucionario del sistema de salud del país. Para lograrlo, se desarrolló una vasta red de infraestructura en barrios, lugares de trabajo, centros de cuidado infantil y localidades rurales. Gracias a la propiedad pública y la naturaleza planificada de la economía, fue posible dar forma a las condiciones de vida y trabajo en torno a consideraciones de salud.

En 1989, esta red estaba formada por 13.690 centros de atención ambulatoria, 626 de los cuales eran policlínicos. Aproximadamente uno de cada cuatro de esos policlínicos operaba dentro de empresas industriales, utilizando el lugar de trabajo como un espacio para proveer atención de salud consistente, de calidad y accesible a la mano de obra. De los casi 19.000 médicos que trabajaban en el sector de atención ambulatoria para 1980, el 60% lo hacía en policlínicos, 18,5% en los centros de atención ambulatoria más pequeños y solo 11% en consultorios médicos individuales.

Para ampliar la atención preventiva a las áreas rurales y pueblos dispersos, se construyeron centros rurales de atención ambulatoria con un máximo de tres médicos. El número de estos centros creció de 250 en

1953 a 433 en 1989. En muchos pueblos, los médicos trabajaban en consultorios públicos o en oficinas de campo dotadas de personal temporal para ofrecer a las personas residentes horas de consulta y visitas a domicilio. Clínicas dentales móviles visitaban aldeas remotas para ofrecer atención preventiva a todos los niños y niñas. Además, la profesión de enfermera comunitaria se desarrolló a comienzos de la década de 1950 para paliar la escasez inicial de médicos en el campo; y su número pasó de 3.571 en 1953 a 5.585 en 1989. Esta amplia infraestructura rural ayudó a dotar a las regiones menos densamente pobladas de servicios médicos comparables a los disponibles en las áreas urbanas.

“

En la enfermería comunitaria no había separación entre trabajo asistencial y trabajo social, entonces para las enfermeras era una evolución totalmente lógica que los servicios sociales pasaran a formar parte del sector de salud en 1958. [...] En aldeas donde no había médico, la enfermera comunitaria era responsable por todo lo relacionado con asuntos sociales, de salud e higiene. Algunas llegaron a ser miembros del consejo local y unas pocas fueron vicealcaldesas.

”

Dr. Horst Rocholl, ex médico municipal

La revolución de la RDA en la atención ambulatoria fue más allá de la construcción de infraestructura. También se llevó a cabo una reforma completa en el sistema educativo para romper las barreras y jerarquías tradicionales en el campo. Esto incluyó, entre otras medidas:

- Proporcionar educación gratuita y estipendios fijos para cubrir los costos de vida de las y los estudiantes, para garantizar que la medicina fuera accesible para la clase trabajadora y el campesinado.
- Implementar medidas sociopolíticas como cuidado infantil completo y programas de educación a distancia para hacer la profesión médica más accesible a las mujeres, las que desde finales de los años 70 en

adelante fueron más del 50% de quienes estudiaban medicina en el país.

- Convertir a la enfermería y el cuidado en profesiones altamente calificadas y respetadas a través de programas de formación académica intensivos.
- Poner a disposición de todos los y las médicos la formación en especialidades médicas.

Sin embargo, después de 1990, el modelo de práctica privada de la RFA se impuso categóricamente en Alemania Oriental, deshaciendo los logros de la RDA en el sector de atención ambulatoria. Mientras muchos profesionales de Alemania Oriental fueron despojados de sus credenciales después de que la RDA fue incorporada a la RFA, nadie se atrevió a cuestionar seriamente las calificaciones de los profesionales de la salud de la RDA, en los casos en que se les prohibió ejercer, el motivo fue casi siempre político. Más aún, la liquidación del sistema policlínico representó "el mayor error de la política de salud" después de la unificación, como argumentó el Dr. Heinrich Niemann ante el Comité de Salud del Parlamento alemán en 1991. Una afirmación corroborada por el precario estado del sistema de salud en Alemania hoy. Si bien la RFA hizo que a fines de los años 90 los médicos de atención ambulatoria trabajaran como empleados y no como autónomos, estas clínicas son casi exclusivamente de propiedad privada, carecen de una estructura unificada y su orientación comercial supone un importante retroceso respecto a los centros de atención ambulatoria integrados y financiados con fondos públicos de la RDA.

6. Proteger la salud en el lugar de trabajo

En Alemania Oriental desde el principio se dio mucha importancia a la salud de las y los trabajadores. En 1947, en el período en el cual Alemania aún estaba ocupada por las cuatro potencias aliadas, la Administración Militar Soviética emitió la Orden No. 234, que estipulaba que los centros de trabajo con más de 200 empleados debían

establecer puestos médicos, y los que tuvieran más de 5.000 empleados debían establecer policlínicos de empresa. En tres años, las empresas crearon 36 policlínicos, y en 1989 ya eran más de 150. Las propias empresas se encargaban de mantener las salas, el mobiliario y los costos de funcionamiento de esas instalaciones sanitarias, mientras el sistema de salud estatal proporcionaba y supervisaba el personal médico y los equipos. Este punto representa un contraste decisivo con la atención de salud ocupacional que se ofrece hoy en algunas empresas privadas: en la RDA los profesionales médicos que supervisaban la salud y la seguridad ocupacional estaban contratados por el sistema de salud público, no por la empresa donde trabajaban. Por lo tanto, eran los intereses de las y los trabajadores y no los de los empresarios los que guiaban sus decisiones médicas.

En la primera constitución de la RDA, de 1949, se establecieron protecciones legales de la salud de las y los trabajadores junto con el amplio sistema de seguridad social. En las constituciones posteriores, de 1968 y 1974, se ampliaron estas protecciones, y las y los mismos trabajadores supervisaron su aplicación. A la Federación Alemana de Sindicatos Libres, presente en todas las empresas e instituciones de la RDA, se le encargó la tarea de supervisar el cumplimiento de las disposiciones legales e informar sobre sus efectos. Por ley, el lugar de trabajo representaba mucho más que solamente una fuente de ingresos. Las empresas proporcionaban el marco en el cual las y los empleados podían perseguir intereses culturales e intelectuales junto con actividades recreativas. Se animaba a las brigadas de trabajadores a asistir a eventos deportivos y culturales, a discutir acontecimientos políticos y a visitar los campamentos vacacionales mantenidos por las empresas. El Código Laboral de 1977 de la RDA, por ejemplo, contenía cláusulas para proteger y promover la salud física y mental de las y los trabajadores. Esta legislación demuestra además que los intereses de la clase trabajadora determinaban el rumbo de la economía.

El Código de Trabajo de la RDA de 1977

§2 (4) La legislación laboral está dirigida a mejorar, de forma planificada, las condiciones de vida y trabajo de las y los trabajadores en las empresas: específicamente, ampliar la protección de la salud; mejorar la fuerza de trabajo; mejorar los programas sociales, de salud, intelectuales y culturales, y aumentar las oportunidades de los trabajadores de tener un tiempo de ocio y recreación significativo. Garantiza a los trabajadores seguridad material en caso de enfermedad, discapacidad y vejez.

§17 (1) Las empresas definidas por esta ley son todos los establecimientos y combinaciones de propiedad estatal, así como las cooperativas socialistas.

§74 (3) La empresa debe reducir sistemáticamente las condiciones de trabajo peligrosas y limitar la cantidad de trabajo monótono y físicamente difícil.

§201 (1) Será obligación de la empresa garantizar la protección de la salud y la fuerza de trabajo de las y los trabajadores, principalmente mediante la organización y el mantenimiento de condiciones de trabajo seguras, libres de penurias y favorables a la salud y la eficacia.

§207 Las y los trabajadores que deban realizar trabajo físicamente exigente o peligroso para la salud deberán someterse a un examen médico gratuito antes de la contratación y luego a intervalos regulares de acuerdo con la legislación.

§293 (1) La supervisión de la salud ocupacional en las empresas debe ser llevada a cabo por la Federación Alemana de Sindicatos Libres mediante inspecciones de salud y seguridad.

Así como el sector ambulatorio, el sistema de salud ocupacional fue gradualmente expandido. En 1989 cubría a 7,5 millones de trabajadores de 21.550 empresas, es decir, el 87,4% de todas las personas que trabajan en la RDA. Las instituciones específicamente dedicadas a este campo — como los policlínicos, los centros de atención ambulatoria, y los puestos médicos dentro de empresas— empleaban a unos 19.000 profesionales de la salud. La medicina del trabajo también se estableció como un campo de estudio importante, con aproximadamente uno de cada siete médicos de atención ambulatoria especializados en este campo. El Instituto Central de Medicina del

Trabajo empleaba a médicos y científicos para investigar enfermedades relacionadas con el trabajo y desarrollar medidas de prevención, y la importancia que este sector tenía en la RDA queda evidenciado por el hecho de que la RFA tenía apenas la mitad de los especialistas en medicina ocupacional, a pesar de que su fuerza de trabajo era tres veces más grande que su equivalente en el Este.

En algunas profesiones, las y los empleados están expuestos a sustancias peligrosas y /o condiciones físicas especialmente duras. Las autoridades sanitarias hacen campaña para reducir el número de estos trabajos y las empresas están obligadas a informar sobre las medidas que están tomando para combatir las condiciones perjudiciales. Aun así, en ciertos sectores de la economía de Alemania Oriental, como la industria pesada, los procesos de producción suponían amenazas inevitables a la salud de los trabajadores. Para 1989, alrededor de 1,69 millones de trabajadores seguían expuestos a contaminantes peligrosos y estrés como calor, ruido o vibraciones excesivas. Para minimizar las heridas que a menudo resultaban de tales trabajos, la RDA proporcionaba atención específica a quienes lo requerían. De los 7,5 millones de trabajadoras y trabajadores monitoreados por el sistema de salud ocupacional en 1989, aproximadamente 3,34 millones recibieron atención específica adaptada a sus condiciones de trabajo. Por ejemplo, se realizaban pruebas auditivas periódicas a quienes trabajaban en la construcción, mientras que se realizaron exámenes pulmonares periódicos a empleados de plantas químicas. Junto a estas medidas, los inspectores especializados en salud laboral supervisaban el cumplimiento de las normas de seguridad y los límites especificados para las sustancias nocivas o las tensiones laborales por parte de las empresas.



Una inspección de salud laboral mide las condiciones de ruido, temperatura, humedad e iluminación. En 1981, se impuso a las empresas la estricta obligación de informar sobre las condiciones de los lugares de trabajo de alto riesgo y adoptar medidas para reducir tales riesgos. En conjunto, estos informes crearon una base de datos sólida a través de la cual las y los empleados afectados también podían ser monitoreados, protegidos y recibir cuidado específico. Los datos también se utilizaron para presionar a los políticos y a las empresas para que reduzcan y cuando era posible prevengan los efectos colaterales negativos del trabajo.

El campo de la salud ocupacional era especialmente importante en el contexto del embargo comercial de la RFA, que hizo que la RDA dependiera en gran medida de la única fuente de energía que tenía fácilmente disponible: el carbón marrón, una sustancia basada en lignito que emite una contaminación considerable al quemarse. Esta necesidad económica, junto con las carencias en la

modernización técnica de algunas empresas, condujo a que se permitieran excepciones especiales respecto a exposiciones nocivas en algunos lugares de trabajo. La salud y la seguridad ocupacional se convirtieron entonces en un campo polémico, con los funcionarios discutiendo cuáles debían ser las prioridades. Ludwig Mecklinger, el ministro de Salud de la RDA de 1971 a 1989 reconoció este dilema, declarando que las políticas de salud estaban inevitablemente restringidas por necesidades económicas y factores externos.

El estrés mental relacionado con el trabajo fue otro asunto clave en la RDA y se convirtió en el centro de atención de la psicología ocupacional. El académico Winfried Hacker hizo importantes descubrimientos en este campo, enfocando su investigación en la regulación psicológica de la actividad laboral en el contexto de la sociedad socialista, en la que la mayor satisfacción de las necesidades de las personas exige aumento de la productividad del trabajo. Según Hacker, el trabajo debe diseñarse de manera que no solo mantenga la salud del trabajador, sino que también estimule su desarrollo psicológico. Un trabajo aburrido y ajeno a las realidades vividas por el trabajador conducirá a la alienación, mientras que una relación saludable con el trabajo debe ser multidimensional y permitir a las y los trabajadores desarrollarse a sí mismos y a los productos de su trabajo al mismo tiempo. Para explorar estas ideas, Hacker y su equipo de investigadores desarrollaron métodos para identificar las características objetivas en el lugar de trabajo que influían positivamente en la salud y el desarrollo psicológico y para medir cómo afectaban a las percepciones subjetivas. Aunque las propuestas de Hacker no se aplicaron a gran escala, sus investigaciones marcaron la pauta en la psicología del trabajo. El trabajo de Hacker difiere de los enfoques predominantes de la psicología del trabajo en el capitalismo, que priorizan el aumento de la eficiencia de los procesos de trabajo en lugar del desarrollo de la salud y el estado mental de las y los empleados.

Hoy, el poder sindical debilitado y el aumento del empleo precario han provocado un deterioro de las condiciones de trabajo en la mayoría de Estados capitalistas. Aunque ha habido avances en los procesos de producción, nuevas cargas para la salud surgen constantemente, especialmente en los lugares de trabajo digitales, la agricultura y la industria de alimentos. Por ello, la importancia de la salud ocupacional solo ha aumentado, y las experiencias de la RDA en este campo siguen siendo relevantes y no solo desde un punto de vista médico, sino también porque demuestran que es posible un enfoque fundamentalmente diferente de la protección de la salud en los lugares de trabajo.

7. Atención de salud para madres y niñas

En Alemania Oriental, las mujeres disfrutaban de acceso a atención de salud de primera clase, atención integral a la infancia y empleo garantizado. Estos logros sociales significaban que para 1989, la tasa de empleo entre las mujeres había alcanzado el 92%. Al mismo tiempo, desde la década de 1970, Alemania Oriental también tuvo una tasa de natalidad mayor que Alemania Occidental, en gran parte debido a la ampliación continua de la infraestructura social y de salud del país, lo que permitía a las mujeres tanto acceder a empleo como criar una familia sana.

El desarrollo de esta infraestructura fue establecido en la legislación de la RDA, que probó ser consistentemente más progresista que la de la RFA, donde las leyes patriarcales reflejaban los conceptos de familia burguesa como el de madre ama de casa. La Ley de Protección de la Madre y el Niño y de los Derechos de la Mujer de 1950 de la RDA, por ejemplo, prescribió una amplia expansión de los centros para cuidado de la niñez y atención de salud infantil, apoyando explícitamente a las madres solas y trabajadoras. Mientras que en 1956 solo el 10% de las y los niños iban a guarderías, para 1990 casi el 80% de los niños con derecho a ello iban a una guardería (de 0 a 3 años) y 94% iban a los jardines de infancia (3 a 6 años). En aquella

época, estas tasas de cobertura de cuidado infantil eran de las más altas del mundo. Los comités de mujeres en los sindicatos fueron fundamentales para introducir y supervisar las nuevas leyes que abordaran la necesidad de equilibrar las responsabilidades familiares y laborales. Un resultado, por ejemplo, fue la creación de jardines de infancia en las empresas, directamente conectados al lugar de trabajo. Gracias a la socialización de las responsabilidades de cuidado infantil, las madres pudieron trabajar al mismo tiempo que criaban a sus hijos, y desarrollar así independencia económica de sus parejas. Esto se reflejó en la tasa de divorcios de Alemania Oriental, que permaneció significativamente más alta que la de la RFA durante los 40 años de existencia de la RDA. Esta tendencia se revirtió dramáticamente después de 1990 cuando los niveles de empleo de las mujeres cayeron estrepitosamente en la ex RDA.

Los centros de cuidado infantil también tuvieron un papel central en las políticas de salud de la RDA. Estas instituciones fueron activamente monitoreadas por el Ministerio de Salud y, en el caso de las guarderías, incluso fueron puestas directamente bajo su responsabilidad y no la del Ministerio de Educación. Esto hizo posible crear normas sociales y de salud unitarias para favorecer el bienestar de las niñas, como visitas pediátricas regulares a las guarderías para vacunar y chequeos médicos periódicos realizados directamente en los jardines de infancia y en las escuelas, convirtiendo a la atención de salud en parte integral de la vida cotidiana de las y los niños. De esta forma, mantener la salud y detectar potenciales problemas de salud se convirtió en una responsabilidad social que ya no se dejaba solamente en manos de madres y padres.

En 1965, la Ley del Sistema Unificado de Educación Socialista convirtió a la salud en un pilar central de la educación y estableció los requisitos de cualificación para el personal de guarderías, jardines de infancia y escuelas. En los programas de formación para el personal de las guarderías se enfatizaron la psicología y pedagogía infantil. El desarrollo de la primera infancia fue observado

cuidadosamente por las y los educadores para evaluar, por ejemplo, la adaptación de niñas y niños a su entorno familiar y social. Cuando era necesario, el personal de las guarderías organizaba consultas con los padres para discutir recomendaciones prácticas para el cuidado diario. La Sociedad Médica de Pediatría [*Medizinische Fachgesellschaft für Pädiatrie*] también convocaba regularmente grupos de trabajo interdisciplinarios junto con el personal de cuidado infantil para evaluar la situación de las guarderías y los jardines de infancia. Estos grupos elaboraban propuestas de políticas y enmiendas legislativas, así como sugerencias para proyectos piloto.



En la RDA se desarrollaron y aplicaron normas estrictas para garantizar los métodos pedagógicos, infraestructura y espacios abiertos adecuados en las instalaciones infantiles. Las nuevas urbanizaciones, como la de Rostock que se muestra aquí, debían incluir amplios espacios abiertos para la niñez.

Además de ofrecer cuidado infantil gratuito a todas las familias, la RDA luchó para romper con tabúes culturales y promover la salud de mujeres y niños independientemente de sus circunstancias. El Código de Familia de 1965, por ejemplo, eliminó la categoría discriminatoria de "hijos nacidos fuera del matrimonio", al mismo tiempo que enfatizaba el rol de ambos padres en la crianza de un hijo o hija. La Ley de Interrupción del Embarazo de 1972 también contribuyó a la autodeterminación de las mujeres y a la planificación familiar, al introducir acceso legal y gratuito a anticonceptivos y al aborto en las primeras 12 semanas de embarazo. En contraste, la constitución de la República Federal de Alemania contiene una cláusula que penaliza el aborto hasta la fecha y, desde 1976, las mujeres deben asistir a una sesión obligatoria de asesoramiento para recibir una exención.

En la RDA a las embarazadas se les garantizaba consultas completas pre y postnatales para ayudar a monitorear a las madres y sus hijos. Para 1989, había más de 850 centros de consulta para embarazadas distribuidos por todo el país para guiar a las madres en cuestiones sociales y médicas. Después del nacimiento, alrededor de 9.700 centros de consultas de maternidad examinaban regularmente a los infantes y apoyaban a los padres en sus nuevos roles. Los exámenes médicos periódicos acompañaban a los niños hasta la edad adulta. Cabe destacar que la atención dental también estaba integrada en los chequeos preventivos en los jardines de infancia y las escuelas, de nuevo en contraste con la mayoría de sistemas de salud actuales, en los cuales la salud dental no se garantiza públicamente, sino que se deja a la discreción y recursos financieros de los padres. Juntas, estas estructuras y políticas ayudaron a garantizar que la planificación familiar y el desarrollo infantil pudieran desarrollarse independientemente de consideraciones económicas.

8. Estrategias de vacunación

La pandemia de COVID-19 ha revelado las desigualdades e ineficiencias de la producción y distribución de vacunas en el mundo capitalista hoy. Por un lado, se ha priorizado los derechos de propiedad intelectual por encima de la salud pública, conduciendo a un apartheid de vacunación en el cual los países del Norte Global acumularon vacunas suficientes para vacunar a sus poblaciones tres veces, mientras a la mayoría de los Estados en el Sur se les impide la reproducción de estas mismas vacunas. Si no fuera por la cooperación Sur-Sur, liderada por países como China y Cuba, las tasas de vacunación en los Estados más pobres serían mucho más bajas de lo que ya son. Por otro lado, en un giro irónico, los mismos Estados que acumulan vacunas en el Norte Global están teniendo dificultades para convencer a un cuarto

y en algunos lugares incluso un tercio de su población de la eficacia y seguridad de la inmunización contra el COVID-19.

Al igual que en muchos otros Estados socialistas, la RDA logró establecer tasas de vacunación especialmente altas durante sus cuatro décadas de existencia. Un claro ejemplo de ello fue la campaña contra el virus de la polio. En 1961, mientras Alemania Occidental seguía registrando más de 4.600 casos de poliomielitis, Alemania Oriental había reducido el número de casos a menos de cinco. La RDA utilizó una vacuna oral producida en la



Un pediatra examina a un paciente en un centro de atención ambulatoria rural. Además de la detección temprana de anomalías de salud, la evaluación de si una niña o niño estaba preparado para ir a la escuela también formaba parte de los chequeos prevaentivos. La documentación confidencial de todos esos exámenes y los hallazgos sobre su salud y desarrollo acompañaban a los niños desde su nacimiento hasta su graduación.



Las vacunas formaban parte de los cheques médicos regulares que acompañaban a las personas desde la infancia hasta la edad adulta. Se garantizaba la atención de la salud en las guarderías, jardines de infancia, escuelas y campamentos de vacaciones, hasta las pasantías y estudios universitarios. La foto documenta la administración de una nueva vacuna oral contra la poliomielitis, en forma de gotas.

Unión Soviética y a continuación ofreció tres millones de dosis a la RFA, pero esta no las aceptó. Mientras que Alemania Oriental registró su último caso de polio en 1962, en Alemania Occidental se continuaron registrando casos hasta finales de los años 80.

Las diferencias en la velocidad y eficacia con que los dos Estados alemanes abordaron la poliomielitis surgen de dos enfoques fundamentalmente diferentes respecto a la inmunización. En la RDA, como en la mayoría de los Estados socialistas y en algunos países occidentales, la vacunación infantil era obligatoria desde comienzos de la década de 1950 y todas las niñas recibían una serie de vacunas estándar establecida por el Ministerio de Salud. Estas vacunas eran administradas a las y los niños directamente en las guarderías y escuelas, mientras los adultos eran vacunados en sus lugares de trabajo. Las personas que no querían ser vacunadas o que no querían vacunar a sus hijos (lo que ocurría sobre todo por motivos religiosos) podían obtener una excepción después de consultar con un médico y con los funcionarios regionales de salud. La vacunación y, en términos más amplios, la atención de la salud

en general eran abordados como una tarea social en la RDA, y una extensa gama de actores sociales, como las y los médicos, profesores y padres garantizaban que todos los niños recibieran atención preventiva y cuidado.

En contraste, en la RFA, las vacunas eran recomendadas pero no obligatorias, y era responsabilidad de las familias agendar citas médicas con los pediatras para la vacunación. El Comité Permanente de Vacunación (STIKO), una comisión honorífica de expertos médicos, emitía recomendaciones de vacunación y luego se pedía y se pagaba a los médicos para que las administraran, pero los programas de vacunación no se implementaban en las escuelas o los lugares de trabajo. Por lo tanto, en la RFA los incentivos para que los médicos vacunaran eran principalmente financieros y no sanitarios.

El enfoque del discurso político actual sobre la legalidad de la vacunación obligatoria subestima y a menudo no reconoce la cuestión práctica crucial de cómo el Estado puede cumplir con su obligación de organizar la vacunación de toda la ciudadanía de manera eficiente y segura. Sin embargo, permanece la pregunta de si las condiciones básicas para una vacunación en masa están establecidas en una sociedad determinada. Estas incluyen:

- Obtener los recursos para garantizar que toda la ciudadanía pueda ser vacunada. Más específicamente, esto quiere decir producir o adquirir dosis suficientes para todas las personas, garantizando que las instalaciones sean seguras y accesibles y empleando suficiente personal médico para administrar las vacunas.
- Coordinar y monitorear la vacunación en un sistema unificado. Una de las razones por las cuales ciertas enfermedades continúan propagándose a pesar de las campañas de vacunación es que los individuos se olvidan de la segunda o tercera dosis de la vacuna necesaria para la inmunización completa. Esta es una grave limitación de las estrategias de vacunación voluntaria, en las cuales cada persona debe llevar la cuenta y organizar por sí misma las dosis de refuerzo.

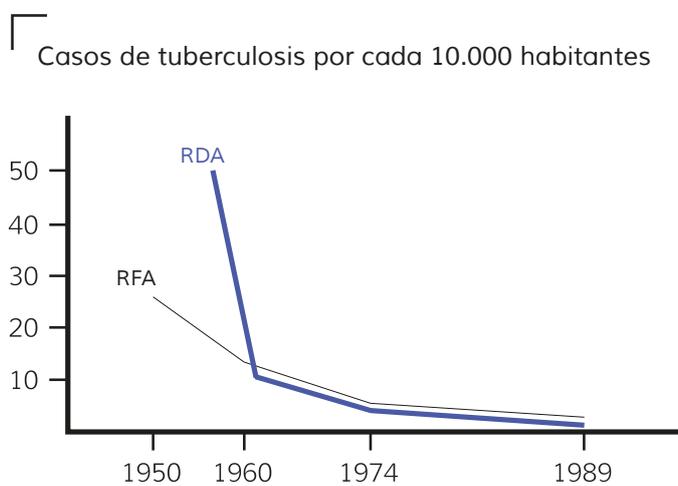
- Mantener la confianza del público en las vacunas y en las instituciones y actores que las proporcionan, esto es el Estado, las farmacéuticas y los profesionales médicos. Por ejemplo, ¿las farmacéuticas privadas reciben fondos públicos para desarrollar vacunas que luego patentarán y de las que se beneficiarán?, ¿o es el Estado el que está investigando y desarrollando vacunas que serán accesibles y beneficiosas para todas las personas?

La vacunación obligatoria en la RDA se encontró con un público que estaba muy dispuesto a vacunarse. El uso de coerción para aumentar las tasas de vacunación —un tema muy debatido hoy en día— no fue, por tanto, un problema en Alemania Oriental. Circunstancias similares son evidentes en Cuba hoy en día, donde la tasa de vacunación de COVID-19 (alrededor de 90% de la población) es una de las más altas del mundo y, sin embargo, no se han empleado medidas coercitivas para lograrlo.

La vacunación obligatoria se entendía en la Alemania socialista no como una obligación unilateral de cada persona, sino como deber del Estado y de sus instituciones médicas. Monitorear y alcanzar la máxima cobertura de vacunación posible era una prioridad central para las y los profesionales de la salud, especialmente para médicos y autoridades a nivel municipal. Además de los servicios de inmunización integrados en los lugares de trabajo, jardines de infancia, guarderías y escuelas, se establecieron centros permanentes de vacunación donde la ciudadanía podía obtener información y agendar citas para vacunas voluntarias adicionales, como las de los virus de la gripe. Hasta la presente fecha, la disposición a vacunarse contra la gripe permanece significativamente más alta en Alemania Oriental que en el Oeste.

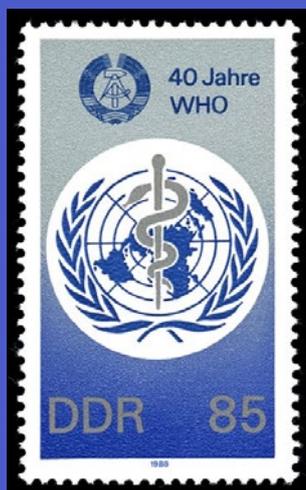
A pesar de las dificultades temporales en la producción o importación de vacunas, la RDA garantizó la inmunización infantil universal hasta su disolución en 1990. Además, se redujo drásticamente el número de casos de difteria, se avanzó en la lucha contra el sarampión

mediante dosis de refuerzo a pesar de contratiempos temporales, y la introducción de la vacuna contra la tuberculosis para todos los recién nacidos ayudó a reducir significativamente el número de casos. La RFA, que siempre ha tenido una posición financiera más fuerte que la que tuvo la RDA, también logró erradicar muchas enfermedades infantiles, pero sus campañas a menudo progresaron mucho más lentamente que en Alemania Oriental, como es evidente con el virus de la polio.



El desmantelamiento del sistema de salud de la RDA después de 1990 se vio acompañado de una disminución de la disposición a vacunarse y un aumento de enfermedades prevalentes que habían estado disminuyendo previamente. Con la transición a un sistema de salud orientado en torno al sector privado, la inmunización nuevamente se ha convertido en una responsabilidad individual dejada a discreción de los pacientes y sus médicos de cabecera, en vez de estar a cargo de organismos estatales centralizados. Aunque varios factores contribuyen a la aparición de epidemias, la reaparición de los casos de tuberculosis y de sarampión

en el este de la Alemania unificada después de 1990 es una prueba trágica de la eficacia de la estrategia de vacunación de la RDA. Lo es también la tasa de vacunación especialmente baja contra la COVID-19 en Alemania oriental hoy, que es en gran medida producto de la crisis de confianza en el gobierno y en el sector de salud en general.



A finales de la década de 1960, tras un largo periodo de aislamiento diplomático impuesto, un número creciente de países (en su mayoría del Sur) anunciaron relaciones oficiales con la RDA. En 1973, la RDA fue admitida en las Naciones Unidas y participó de forma constructiva en sus diversos órganos y organizaciones, como la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud.

9. La cooperación internacional y la solidaridad médica de la RDA

El 8 de mayo de 1973, la RDA se convirtió en miembro reconocido, igual y activo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a otros 145 Estados. La RFA había sido miembro de la OMS desde 1951 y con su pretensión de ser la única representante de Alemania había obstaculizado la cooperación internacional de la RDA en el ámbito de la salud y su acceso a recursos internacionales. Después de su admisión en 1973, la RDA se convirtió en colaborador proactivo de la OMS, organizando en 1981 la Reunión Regional Europea de la organización, así como numerosos talleres. También estuvo activamente involucrada en el programa "Salud para Todos en el año 2000", especialmente alrededor del concepto de atención primaria de salud, en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978. Se enviaron expertos de la RDA a la OMS como delegados, al mismo tiempo que estudiantes extranjeros fueron a estudiar en la RDA con becas de la OMS. Más aún, 15 instituciones y proyectos médicos de la RDA fueron certificados como Centros Colaboradores de la OMS, que apoyaron sus programas globales llevando a cabo investigación, recogiendo datos y promoviendo el intercambio de experiencias científicas y prácticas.

Además, la cooperación entre Estados socialistas fue intensa, aunque también limitada por diferencias en las capacidades de cada país. La RDA, por ejemplo, suministró muchos medicamentos y equipos médicos a la Unión Soviética y sus aliados, mientras que varios miles de médicos de la RDA se formaron como especialistas en esos países.



El Embajador de la RDA en Nicaragua, Henry Márzt, coloca la primera piedra de la segunda etapa del hospital Carlos Marx.

de la zona oriental de Managua llegó a nuestro país a mediados del año pasado como un salido solidario del pueblo y Gobierno de la RDA, en saludo al Aniversario de la Revolución Popular Sandinista.

En una impresionante y original forma de inauguración la cual participaron tanto el compañero Embajador, como el Comandante Téllez y otros que construyen la obra, que sellado el monumento que alberga los documentos de ejecución del proyecto, plantó periódicos de la RDA y el RRICADA de Nicaragua, banderas de varios países, en los hermanos de la RDA llamados el "cassette" que fundamenta la obra.

El compañero Embajador Marz, valoró el gesto de la RDA como profundamente humana una expresión concreta de solidaridad que no sólo se ha en materia de salud, sino que en transporte, educación, alimentos, vestidos, juguetes y otras formas de cooperación.

La compañera Ministra Téllez, destacó la cobertura médica que tendrá este hospital para una población pobre asalariada que antes tenía que recurrir al hospital Man Morales, como el más cercano quizás en situaciones delicadas de salud.

Más información en la página cuatro.

Segunda etapa del Hospital Karl Marx

El hospital Carlos Marx, cuya construcción inició la solidaridad RDA - Nicaragua, inauguró ayer su segunda etapa, por medio de la Ministra de Salud, Comandante Guerrillera Dora María Téllez, el compañero Embajador de la RDA en

Nicaragua, Henry Márzt, personal médico y constructores que emprenderán esta obra para estar lista en julio próximo.

La primera parte de este hospital, que tendrá una capacidad de 208 camas y una cobertura para 250 mil personas

La prensa nicaragüense informa sobre la construcción del Hospital Carlos Marx, que comenzó como una carpa de triaje y pronto fue ampliado hasta convertirse en un hospital totalmente funcional. La construcción del hospital, así como la formación de su personal y el suministro de equipos y medicamentos, fueron organizados por funcionarios de la RDA y financiados por donaciones de la ciudadanía de la RDA. Fue uno de los mayores proyectos de solidaridad de la RDA.

La solidaridad internacionalista de la RDA con países de todo el Sur Global incluyó numerosos proyectos en el sector de la salud. Hubo acuerdos contractuales con más de 40 países y organizaciones de liberación nacional, como la South West African People's Organisation (SWAPO) [Organización Popular de África Sudoccidental] y el African National Congress (ANC) [Congreso Nacional Africano]². El internacionalismo médico de la RDA incluyó el suministro de medicamentos y equipo, el despliegue de médicos y enfermeras en el extranjero, la formación y el perfeccionamiento de personal internacional en la RDA, y construir y operar hospitales. Por ejemplo:

- El hospital de la amistad RDA-Vietnam en Hanói, ahora Hospital Viet-Duc (Vietnamita-Alemán), recibió materiales médicos de la RDA desde tan temprano como 1956.
- A finales de la década de 1980 se construyó en Nicaragua el Hospital Carlos Marx, que fue en gran medida operado por expertos técnicos y médicos de la RDA. Para 1989 había aproximadamente 90 empleados de la RDA trabajando allí, incluidos 25 doctores y 23 personal médico de nivel medio.
- Más de 50 médicos y especialistas de la RDA construyeron y operaron el Hospital Tropical Metema en Etiopía entre 1987 y 1988 para tratar a las víctimas de la sequía.
- Angola recibió 27 ambulancias por donaciones solidarias de la RDA en 1975. En un centro de rehabilitación en la capital, Luanda, personal médico de la RDA trató a combatientes heridos del Movimiento Popular por la Liberación de Angola (MPLA). El centro también operó como escuela de formación de enfermeras y médicos locales.

- La RDA también envió especialistas a Camboya (al Hospital 17 de Abril), Mozambique (a las ciudades de Chimoio y Tete), Argelia (en Freneda, Mahdia y Orán),

² N. de la t.: Partido político de Sudáfrica, creado por Nelson Mandela.

la República Democrática Popular de Yemén (en Adén) y Guinea (el centro técnico-ortopédico de Conakry). Los pediatras de la RDA también trataron pacientes en la clínica del Sindicato Nacional de Trabajadores de Tanganika en Dar es-Salam, Tanzania.



La Escuela de Medicina Dorothea Christiane Erxleben de la RDA, llamada así por la primera médica alemana, enfatizó la pedagogía médica. El objetivo era formar estudiantes que a su vez pudieran enseñar a otros estudiantes en sus países de origen, promoviendo así el desarrollo y la autonomía de los sistemas de salud locales.

Además, médicos de países de toda Asia, África y América Latina se formaron como especialistas en la RDA, y alrededor de 700 pacientes extranjeros eran tratados en la RDA cada año. Enfermeras y otro personal de salud de nivel medio también recibían capacitación en la

RDA, sobre todo en la Escuela Médica Dorothea Christiane Erxleben, que atrajo a unos 2.000 estudiantes de más de 60 Estados y movimientos de liberación nacional durante sus 30 años de existencia. El internacionalismo médico de la RDA estaba caracterizado tanto por la ayuda inmediata como por un compromiso de apoyar el desarrollo a largo plazo de servicios médicos autosustentables en los Estados nacionales emergentes.

“

Trabajadores contratados de Polonia, Mozambique, Mongolia y otros países siempre han sido empleados en plantas procesadoras de la industria cárnica. Como regla general, los trabajadores deberían haber sido examinados en sus países de origen para comprobar su aptitud física antes de venir a la RDA. Sin embargo, durante nuestros exámenes de contratación, a menudo detectábamos enfermedades graves de los pulmones, hígado, riñones, etc. Pero estos pacientes nunca eran enviados de regreso. Por el contrario, eran ingresados en clínicas especiales donde eran tratados gratuitamente, a veces durante meses. Esto era la solidaridad práctica de la RDA. Que enorme contraste [con la atención de salud] después de la “reunificación” en 1990, cuando, por ejemplo, un padre desesperado de Rusia se acercó a mí con su hijo que sufría de un tumor. Los médicos del Hospital de la Caridad estaban dispuestos a operarlo, pero no pudieron conseguir los fondos necesarios. En los medios de comunicación hoy a menudo escuchamos a personas suplicando por dinero para ayudar a niños gravemente enfermos de otros países, esto siempre me pone triste y enojado al mismo tiempo. ¡La “empobrecida” RDA nunca tuvo que mendigar tales gestos humanitarios!

”

Dra. Renate Rzesnitzek, radióloga del policlínico de la empresa de carne de Berlín

10. ¿Por qué el socialismo es la mejor profilaxis?

Con la incorporación de Alemania Oriental a la RFA en 1990, el esfuerzo de 40 años de la RDA por construir un sistema de salud fundamentalmente diferente llegó a su fin. La infraestructura médica y el personal de la ex RDA fueron absorbidos por el sistema de Alemania Occidental, que a su vez había sido capturado por una ola de mercantilización neoliberal desde mediados de los años 80. En las décadas siguientes, surgieron cadenas de hospitales

corporativos en toda Alemania y el modelo de consultorios privados para la atención ambulatoria se reimpuso en el Este. El afán de lucro dominó la profesión médica de nuevo, como relata Irene, una exenfermera que había sido empleada en uno de los policlínicos de la RDA: “En 1993, los médicos habían comenzado a establecer sus consultorios privados. Luego de que mi médico en jefe asistiera a una clase sobre empleo por cuenta propia, nos dijo: ‘Hoy aprendí que hay tres principios para el trabajo por cuenta propia en el nuevo sistema. Primero, siempre debemos ser amables con los pacientes para que les guste venir a vernos. Segundo, debemos descubrir qué podemos ganar del paciente. ¿Cuánto ingreso generarán para nosotros? Y el tercer principio, no podemos permitir que se pongan sanos’. Esa fue mi experiencia del cambio de sistema después de 1990 y ha sido mi sensación general en el sector de la salud desde entonces”.

La reimposición de prácticas médicas mercantilizadas en Alemania del Este ha hecho más claro el contraste entre la atención de salud capitalista y la socialista. Mientras el mercado convierte a las enfermedades en mercancías y a los pacientes en clientes, la medicina socialista busca prevenir la enfermedad y el malestar para empezar, haciendo del bienestar humano su principio rector. Al igual que en otros Estados socialistas como Cuba, la prevención permaneció como el principio rector de la aproximación de la RDA a la atención de salud durante toda su existencia. Una vez eliminado el afán de lucro tanto de la medicina como de la economía, no había razón para permitir que las personas enfermaran tan comúnmente.

En la RDA el énfasis se colocó en la medicina social, es decir, en el reconocimiento y combate sistemático de los determinantes socioeconómicos de la salud y la enfermedad y no en un enfoque que se limite a estudiar cómo estos se manifiestan a nivel individual. Aunque tanto la medicina social como la individual proporcionan perspectivas cruciales para prevenir y tratar enfermedades, las políticas dirigidas a mejorar la salud de la población se verán

inevitablemente limitadas si no se considera el contexto social general ni las causas raíz de las enfermedades.

“

A lo largo de mi vida política [...] he visto el mundo a través de los ojos de un médico, para quien la pobreza, la miseria y la enfermedad son los principales enemigos. Así fue como llegué al comunismo y así es que fui lo suficientemente afortunado como para experimentar en la RDA un sistema social y de salud que estableció un marco impresionante; un sistema social y de salud para toda la población como no había visto nunca antes [...] No soy acrítica de la RDA y no glorifico su pasado [...] Pero hay una cosa sobre la cual tengo certeza: nunca me habría alejado de las ideas del socialismo porque llegué a ellas a través de experiencias inolvidables bajo el capitalismo [...] La mejor medicina, la más humana y la más científica, finalmente es inútil en condiciones de miseria social. El estado del mundo hoy es la prueba más contundente y espantosa de esto. Pero lo contrario también es cierto: incluso el mejor ambiente social es incapaz de cara a las enfermedades si le falta medicina del más alto orden científico y humanístico.

”

Ingeborg Rapoport (1912-2017), catedrática de pediatría que ocupó la primera cátedra de Neonatología en Europa, emigró de la Alemania nazi a EE. UU. como estudiante de medicina y se instaló en la RDA en 1952.

La atención ambulatoria, que ha sido el centro de atención de este estudio, refleja de forma más llamativa la distinción entre un sistema de salud capitalista y uno socialista. Las instalaciones y profesionales de atención ambulatoria en Alemania Oriental estaban integrados en todas las áreas de la sociedad, desde los lugares de trabajo y las escuelas hasta los barrios urbanos y las aldeas rurales. Las diversas instituciones médicas del país estaban interconectadas en una red unitaria que promovía la cooperación en lugar de la competencia. Esta amplia infraestructura funcionaba como un sistema de alerta temprana que podía identificar y contrarrestar acontecimientos perjudiciales donde y cuando surgieran. En este sentido, el campo de la salud ocupacional fue especialmente importante porque permitió analizar y abordar los vínculos entre salud y enfermedad. Del mismo modo, la integración de la atención preventiva en instituciones

educativas y de cuidado de la niñez convirtió a los problemas de salud en una responsabilidad social a cargo no solo de las madres y los padres, sino también de las y los profesores, médicos y funcionarios públicos.

Lo que más resalta en el contexto de Alemania Oriental son los logros en la política de atención de salud a pesar de las dificultades que enfrentaba la sociedad de la RDA. Situada en la primera línea de la Guerra Fría, Alemania Oriental fue duramente sancionada y luchó para importar tecnología y equipos médicos modernos. Al mismo tiempo, las condiciones de trabajo se veían perjudicadas por las necesidades de reindustrialización después de 1945, que a menudo implicaban trabajo arduo y la exposición a contaminación por lignito. Los primeros años del país también estuvieron marcados por una grave escasez de mano de obra en el sector de la salud, porque los profesionales médicos fueron atraídos hacia el oeste. A pesar de estos retos, el Estado socialista fue capaz de usar sus recursos limitados para mejorar progresivamente la situación social y la salud de la población y, en el proceso, la profesión médica experimentó una revolución para romper con las jerarquías tradicionales. El campo de la medicina se abrió al campesinado y a la clase trabajadora, mientras que la transición de los consultorios privados a los policlínicos contribuyó a erosionar los privilegios de los médicos sobre las enfermeras y las asistentes, porque ex empleados y empleadores se convirtieron en colegas.

Estos éxitos fueron posibles gracias a dos importantes acontecimientos políticos. Primero, la salud se convirtió en una prioridad social en Alemania Oriental después de la Segunda Guerra Mundial. Mientras que en la era de Weimar los sindicatos tuvieron que luchar por las políticas de salud que la clase capitalista finalmente concedió, la RDA fue un Estado de la clase trabajadora y campesina; los derechos sociales, a la salud y culturales estaban consagrados en la constitución del país y los mismos trabajadores supervisaban su cumplimiento. El segundo factor fue la socialización de las relaciones de propiedad en Alemania Oriental, que creó el marco para un sistema de salud unificado y general. La organización centralizada por parte del Estado de la industria, la vivienda, la medicina y

la educación permitió discutir e implementar los objetivos de salud en relación con otros objetivos sociales, económicos y políticos. De este modo, se estableció un vínculo integral entre la política de salud y todos los ámbitos de la sociedad. Aunque los debates sobre las políticas públicas eran a menudo feroces, se había creado por primera vez una base práctica para tales discusiones.

Actualmente, para justificar la privatización de los sistemas de salud en todo el mundo, se nos dice que los mercados garantizan la asignación más eficiente de los recursos en la sociedad. Sin embargo, mientras el COVID-19 cobra millones de vidas y hace estragos en los debilitados sectores de salud incluso en los Estados más ricos, la ineficacia del mercado y la inhumanidad de la propiedad privada son más evidentes que nunca. La RDA demostró que es posible una alternativa que sitúe al bienestar humano en su centro, impulsada y administrada por las y los trabajadores. Incluso en condiciones de restricción económica grave, el socialismo ha demostrado que puede garantizar la atención preventiva, el tratamiento eficaz y el empleo digno para todas las personas. De hecho, Cuba bajo bloqueo continúa probando este punto hoy en día, no solo proporcionando atención de salud ejemplar para toda su población, sino también sirviendo a personas necesitadas de todo el mundo. Los sistemas de salud del futuro encontrarán sus prototipos en las sociedades socialistas de Estados como Cuba y la RDA.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se realizó en colaboración con el Dr. Heinrich Niemann (1944), que trabajó como especialista en medicina social en la RDA y fue concejal de salud del distrito de Marzahn-Hellersdorf, Berlín, durante la década de 1990. La sección sobre psicología laboral fue redactada junto al Dr. Klaus Mucha, psicólogo laboral. También recibimos importantes aportes de las entrevistas con el Dr. Herbert Kreibich (1943), especialista en salud laboral que dirigió el Instituto Central de Medicina del Trabajo de la RDA entre 1983 y 1990; Irene (1940), antigua enfermera de la RDA que trabajó en un policlínico de profilaxis de medicina deportiva y en un ambulatorio de empresa (ha pedido que no se revele su apellido por motivos personales); y el Dr. Rüdiger Feltz (1958), especialista en neurocirugía que ejerció como médico en la RDA y actualmente ejerce en la República Federal de Alemania. Todas las entrevistas se realizaron entre mayo y noviembre de 2021 en Berlín.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bismarck, Otto von. "Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags", VI. Legislaturperiode, I. Session 1884/85 [Informes taquigráficos sobre las negociaciones en el Reichstag, VI. Período legislativo, I. Sesión 1884/85]. *En Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung, Band I* [Historia del movimiento obrero alemán, volumen I]. Berlín: Karl Dietz-Verlag, 1970.

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, eds. *Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen* [Los grupos relacionados con el diagnóstico alemán y la economización de los hospitales - Críticas y alternativas]. Maintal: Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, 2020.

Deutsche Demokratische Republik. *Arbeitsgesetzbuch der Deutschen Demokratischen Republik* [Código Laboral de la República Democrática Alemana]. 16 de junio de 1977.

<http://www.verfassungen.de/ddr/arbeitsgesetzbuch77.htm>

Deutsche Demokratische Republik. "Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen" [Órdenes de la Administración Militar Soviética en Alemania sobre servicios sociales y de salud]. *En Veröffentlichungen des Koordinierungsrates der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR* [Publicaciones del Consejo de Coordinación de las Sociedades Médico-Científicas de la RDA]. Berlín: Verlag Volk und Gesundheit, 1976.

Deutsche Demokratische Republik. *Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik* [Constitución de la República Democrática Alemana]. 9 de abril de 1968.

<http://www.verfassungen.de/ddr/verf68-i.htm>

Deutsche Demokratische Republik. *Statistische Jahrbücher der DDR* [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlin: Staatsverlag der DDR, 1956-1991.

[https://www.digizeitschriften.de/search?access=all&direction=asc&filter%5BZeitschriften%5D%5B4%-5D=514402644%7Clog1&from=&mainFrom=1956&mainTo=2003&q=Statistisches%20Jahrbuch%20der%20Deutschen%20Demokratischen%20Republik&scope=all&sorting=_score&to=.](https://www.digizeitschriften.de/search?access=all&direction=asc&filter%5BZeitschriften%5D%5B4%-5D=514402644%7Clog1&from=&mainFrom=1956&mainTo=2003&q=Statistisches%20Jahrbuch%20der%20Deutschen%20Demokratischen%20Republik&scope=all&sorting=_score&to=)

Engels, Friedrich. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Marx Internet Archive, 2002 [1845].

<https://www.marxists.org/espanol/m-e/1840s/situacion/index.htm>

Feltz, R. Entrevista en la Oficina del IF DDR, Berlín. 28 de julio de 2021.

Feltz, R. Entrevista por Zoom. 25 de mayo de 2021.

"Reden zur Weimarer Gesundheitskonferenz, Februar 1960" [Discursos en la Conferencia de Salud de Weimar, febrero de 1960]. En *Für das Wohl des Menschen. Band 2: Dokumente zur Gesundheitspolitik der SED* [Por el bien del pueblo. Volumen 2: Documentos sobre la política sanitaria del SED], editado por Fischer, Erich, Lothar Rohland y Dietrich Tutzke. Berlín: Verlag Volk und Gesundheit, 1979.

Irene. Entrevista en Berlín-Treptow. 21 de junio de 2021.

Kreibich, H. Entrevista en Eichwalde. 30 de noviembre de 2021.

Kupfermann, Thomas. *Ärzte, Poliklinik, und Gemeindeschwester* [Médicos, policlínico y enfermera de distrito]. Augsburg: Weltbild, 2015.

Lown, Bernard. *The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine*. New York: Random House, 1999.

Mecklinger, Ludwig, Günter Ewert, y Lothar Rohland, eds. "Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR" [La aplicación de la política sanitaria en el sistema sanitario y social de la RDA]. En *Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V.* [Grupo de Interés Medicina y Sociedad], no. 13-16. Berlín: Eigenverlag, 1998.

Niemann, H. Entrevista en la oficina del IF DDR, Berlín. 2 de junio de 2021.

Rapoport, Ingeborg. *Meine ersten drei Leben* [Mis tres primeras vidas]. Berlín: Edition Ost, 1997.

Schubert-Lehnhardt, Viola y Klaus Thielmann. "Das Einfache, das so schwer zu machen ist: Gute Allgemeinmedizin. Zum Verhältnis von öffentlicher zu individueller Gesundheitsversorgung" [La buena práctica general: La cosa simple que es tan difícil de hacer. Sobre la relación entre la atención de salud pública y la individual]. *Ethica*, no. 22 (2014): 163-181.

Seidel, Karl. *Im Dienst am Menschen – Erinnerungen an den Aufbau des sozialistischen Gesundheitswesens* [Al servicio de la gente - Recuerdos de la construcción del sistema sanitario socialista]. Berlín: Dietz-Verlag, 1989.

Spaar, Horst. "Dokumentation zur Geschichte des Gesundheitswesens der DDR, Teil I–VI (1945–1989)" [Documentación sobre la historia del sistema sanitario en la RDA, Parte I–VI (1945–1989)]. *En Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e.V.* [Grupo de Interés Medicina y Sociedad], no. 3; 5; 17/18; 29/30; 37/38; 46/47. Berlín: Eigenverlag, 1996-2003.

World Health Organisation. *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978.

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>.

Zentralsekretariat der SED. *Gesundheitspolitische Richtlinien der SED* [Directrices de política sanitaria de la SED]. Registro n.º. 87, reunión de los Secretarios Centrales, 31 de marzo de 1947.

http://www.argus.bstu.bundesarchiv.de/dy30zspr/mets/dy30zspr_077/index.htm?target%3DmidosaFraContent%26backlink%3D/dy30zspr/index.htm-kid-11ee9da7-4419-481f-8301-b9e989422683%26sign%3DDY%252030/IV%25202/2.1/77%237

FUENTES DE LAS IMÁGENES

- P.1: Portada (collage): Walter Womacka. *Unser Leben [Nuestra Vida]*, 1962-1964 / Henning y Dorfstecher, sello 15 Años RDA, 1964 / Hans Detlefsen, sello Cruz Roja Alemana RDA, 1972 / Lutz Lüders, sello Año Internacional del Niño 1979 / Henning y Dorfstecher, sello El mundo unido contra la malaria, 1962.
- P. 12: Logotipo del Servicio de Salud Proletario.
- P. 16: Link, Hubert. *Berlin, Medición de ruido en la Bersarinstraße*. 1976. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania
- P. 21: Bartocha, Benno. *Sala de recetas de la Farmacia Friedland*. 1975. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.
- P. 31: Ritter, Steffen. *Policlínico en Berlín*.1986 [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.
- P. 32: Paetzold, Wolfried. *Distrito de Gadebusch, enfermera comunitaria*. 1982. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.
- P. 38: Link, Hubert. *Inspección de higiene industrial con VEB Elektro-Apparate, Berlin*, 1978. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.
- P. 42: [Sindermann, Jürgen.](#), *Parque infantil Lütten Klein. Rostock*, 1968 [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.
- P. 44: Paetzold, Wolfried. *Examen pediátrico. Carlow*, 1982. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.
- P. 45: Löwe, Giso. *Kindergarten, Vacunación contra la polio*. 1960. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.

- P. 49: Lenz, Gudrun. *40 años de la Organización Mundial de la Salud*. 1988. [Wikimedia Commons](#)
- P. 50: Recorte de periódico nicaragüense. Entrada del *Diario* (no publicado) del Dr. Rüdiger Feltz, 15 de marzo de 1986. Colección personal del Dr. Rüdiger Feltz.
- P. 51: Lehmann, Thomas. *Enseñanza del cuidado de los bebés*, Quedlinburg, 1986. [Wikimedia Commons](#) / Archivo Federal de Alemania.

FUENTES DE LOS GRÁFICOS

- P. 9: Tasa de mortalidad infantil.
Fuentes: Bundesrepublik Deutschland [República Federal de Alemania]. Gesundheitsbericht für Deutschland [Informe sobre la salud en Alemania]. Bonn: Statistisches Bundesamt, 1998.
Deutsche Demokratische Republik [República Democrática Alemana]. Statistische Jahrbücher der DDR [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlin: Staatsverlag der DDR, 1956–1991.
World Bank. “Mortality rate, infant (per 1,000 live births)” [Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)]. The World Bank Group. Consultado el 1 de noviembre de 2022. <https://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?end=2019&locations=GB-US-SE-FR&start=1960&view=chart>.
- P. 10: Médicos por habitantes en la RDA.
Fuentes: Deutsche Demokratische Republik [República Democrática Alemana]. Statistische Jahrbücher der DDR [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlín: Staatsverlag der DDR, 1956–1991.
- P. 17: Como estaba organizado el sistema de salud de la RDA a nivel nacional.
Fuente: Dr. Heinrich Niemann.
- P. 20: Cómo estaba organizado el sistema de salud de la RDA a nivel municipal.
Fuente: Dr. Heinrich Niemann.
- P. 24: Número de médicos por 10.000 habitantes.
Fuentes: Deutsche Demokratische Republik [República Democrática Alemana]. Statistische Jahrbücher der DDR [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlín: Staatsverlag der DDR, 1956–1991. Rahlf, Thomas, ed. Deutschland in Daten [Alemania en datos]. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2015.
World Bank. “Physicians (per 1,000 people)” [Médicos (por cada 1.000 personas)]. The World Bank Group. Consultado el 1 de noviembre de 2022. <https://data.worldbank.org/indicador/SH.MED.PHYS.ZS?locations=US-FR-SE-GB>.

- P. 28: Evolución del número de médicos en los sectores público y privado de atención ambulatoria en la RDA.
Fuentes: Deutsche Demokratische Republik [República Democrática Alemana]. Statistische Jahrbücher der DDR [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlín: Staatsverlag der DDR, 1956–1991.
- P. 32: Desarrollo de centros ambulatorios en la RDA.
Fuentes: Deutsche Demokratische Republik [República Democrática Alemana]. Statistische Jahrbücher der DDR [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlín: Staatsverlag der DDR, 1956–1991.
- P. 48: Casos de tuberculosis por cada 10.000 habitantes.
Fuentes: Deutsche Demokratische Republik [República Democrática Alemana]. Statistische Jahrbücher der DDR [Anuarios estadísticos de la RDA]. Berlín: Staatsverlag der DDR, 1956–1991.
Rahlf, Thomas, ed. Deutschland in Daten [Alemania en datos]. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 2015.



El Internationale Forschungsstelle DDR (IF DDR)
o Centro Internacional de Investigación sobre la RDA investiga la historia de la República Democrática Alemana (DDR, su acrónimo alemán) y su permanente relevancia para los movimientos internacionales actuales.

www.ifddr.org

tricontinental

El Instituto Tricontinental de Investigación Social
es una institución internacional, impulsada por los movimientos, que se centra en estimular el debate intelectual al servicio de las aspiraciones de los pueblos.

www.eltricontinental.org



© 2022 - CC BY-NC-SA 4.0