



## **EEN KRITIEK OP DE IDEOLOGISCHE EN POLITIEKE STANDPUNTEN VAN HET WILLY BRANDT-RAPPORT EN VAN DE ALMA-VERKLARING VAN DE W.H.O. (1)**

### **Achtergrond van de Alma-verklaring: wereldgezondheid tijdens de 60'er en 70'er jaren**

Het debat over een sociale gebeurtenis moet gevoerd worden binnen de verklarende historische en sociale context. Zo kunnen we de Alma Ata-verklaring van 1978 van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) niet begrijpen zonder de context en de sociale krachten te begrijpen die haar bepaald hebben (2). Het vooropgestelde doel van de Verklaring, met name "gezondheid voor allen tegen het jaar 2000", geeft duidelijk de bedoeling weer. Een vluchtige kijk op de actuele gezondheidstoestand van de wereldbevolking geeft een idee van de enorme ambities van die doelstelling. In het jaar waarin de Verklaring werd gepubliceerd (1978) stonden de zaken er als volgt voor:

1. Meer dan 800 miljoen mensen leefden in absolute armoede, terwijl kinderen onder de vijf jaar instonden voor één derde van alle sterfgevallen (3). Er stierven in de ontwikkelingslanden, net als vandaag trouwens, jaarlijks ongeveer 11 miljoen kinderen onder de vijf jaar aan honger, ondervoeding, en infectieziekten (4). Om de sterfte op een andere manier uit te drukken: jaarlijks ontploft in de ontwikkelingslanden geruisloos het equivalent van twintig kernbommen.

2. Ongeveer 80 % van de bevolking in de ontwikkelingslanden bleef verstoken van persoonlijke gezondheidszorg (5). De situatie werd er sindsdien slechter op, ook voor andere soorten gezondheidsdiensten zoals de hygiënische zorg. Zo daalde het percentage van de bevolking in de O.L. dat kon beroep doen op sanitaire diensten van 33% in 1975 tot 25% in 1980 (6).

Deze op zich reeds verontrustende situatie verergerde snel door toedoen van de wereldwijde crisis. Zo daalde tijdens de jaren '60 en '70 in een groot deel van de kapitalistische onderontwikkelde wereld de indi-

viduele en collectieve consumptie dramatisch.

De gevolgen van deze ontwikkelingen voor de gezondheid van de volkeren in de onderontwikkelde wereld zijn nog niet in detail bestudeerd. Toch zijn reeds enkele studies beschikbaar. Bijzondere vermelding verdient Wood's studie over de kindersterfte in Sao Paulo in Brazilië. Die studie is zo bijzonder omdat zij de evolutie van de kindersterfte tijdens de periode van het zogenaamde "Braziliaans economisch mirakel" analyseert (7). De periode die volgde op de militaire coup van 1964 waardoor de democratisch verkozen regering Goulard werd afgezet, werd door de Wereldbank, het Internationaal Muntfonds en de belangrijkste academische afdelingen van de internationale gezondheidsorganisaties bestempeld als een "economisch wonder". De snelle toename van het per capita BNP tussen het einde van de jaren '60 en het begin van de jaren '70 werd aangehaald als het beste bewijs voor dat "wonder". Maar wat de bewonderaars van het mirakel niet inzagen of in rekening brachten is dat het per capita BNP geen indicator is van *individuele* consumptie of rijkdom. Het BNP is eerder een indicator van het aggregaat van de goederen en diensten die de economie levert over een bepaalde tijdspanne. Het per capita BNP wordt bekomen door het BNP te delen door de totale bevolking van het land, waarbij men aanneemt dat iedereen een gelijk aandeel van de goederen en diensten ontvangt - een veronderstelling die manifest verkeerd is. Men neemt gewoon aan dat wanneer de koek groter wordt, elkeen een groter deel van de koek krijgt. Nogmaals, die veronderstelling is verkeerd. Het BNP kan in een maatschappij toenemen, terwijl de meerderheid van de bevolking steeds minder gaat consumeren. Wood toont aan dat precies dit gebeurde in Sao Paulo ten tijde van het zogenaamde "wonder". Zoals vele ander vermeende goddelijke tussenkomsten, bleek dat wonder te berusten op een duizelingwekkende uitbuiting van de arbeidersklasse, die resulteerde in een gevoelige daling van de levensstandaard voor de meerderheid van de bevolking. Die uitbuiting doorliep de volgende drie processen:

1. Een toename van de arbeidsintensiteit, verlaging van de individuele lonen en verlenging van de werkdagen. Arbeiders moesten langer werken dan voor de coup voor dezelfde hoeveelheid voedsel. In 1975 moesten een arbeider en zijn gezin 154 uren en 18 minuten werken voor een hoeveelheid voedsel (maandelijks 6 kg. vlees, 7,5 liter melk, 4,5 kg bonen, 3 kg rijst, enzoverder voor een gezin van vier) die zij vroeger na slechts 87 uren en 20 minuten werk verdienden. Bovendien werd in een situatie van massale werkloosheid werk schaars, zelfs te-

gen deze lage lonen. Bijgevolg nam de per capita vleesconsumptie af en nam die van minder voedzame waren toe.

2. Een daling van de collectieve consumptie (dat is van de overheidsdiensten en -goederen geconsumeerd door individuen). Het percentage van de staatsuitgaven voor gezondheidszorg daalde van 4,6 % van de totale staatsuitgaven in 1969 tot 2,4 % in 1977 (8).

3. Een herverdeling van de inkomens in het nadeel van de arbeidersklasse en de boeren en in het voordeel van de burgerij. Analyse van de inkomensverdeling tussen 1960 en 1970 toont aan dat de hoge jaarlijkse groeivoeten gepaard gingen met een toenemende concentratie van de inkomens. Zoals Wood aanstipt: "Hoewel schattingen van de grootte-orde van de schok uiteenlopen naargelang methode en data, besluiten aan aantal studies dat de Gini coëfficiënt voor Brazilië, die in de jaren 1950 reeds tot de hoogste van geheel Latijns Amerika behoorde, tijdens deze periode van economische expansie gevoelig steeg".

Deze drie evoluties waren het gevolg van politieke interventies die vrije vakbonden en wilde stakingen verboden en de arbeidersklasse en de boeren uiterst brutaal onderdrukten. Terwijl het BNP spectaculair steeg (het "wonder"), kon op die manier de levensstandaard van de meerderheid van de bevolking zichtbaar dalen, wat zich onder andere uitte in een stijging van de kindersterfte. Een gelijkaardige situatie heeft zich voorgedaan en doet zich nog steeds voor in heel wat andere kapitalistische ontwikkelingslanden, hoewel de afbrokkeling van de levensstandaard van de meerderheid zich niet steeds vertaalt in een toenemende kindersterfte (9).

Deze cijfers vatten een werkelijkheid die iedereen duidelijk kan waarnemen: voor grote delen van de huidige wereldbevolking wordt de toestand eerder slechter dan beter.

## **Het antwoord van het ontwikkelingsestablishment**

Vragen wij ons nu eens af hoe het ontwikkelingsestablishment - dat corpus van internationaal gerichte individuen die actief zijn in de grote Westerse hulporganisaties of die hun pleitbezorgers zijn in Westerse politieke kringen - heeft gereageerd op die realiteit (10). In de jaren '60 en de vroege jaren '70 werd groot belang gehecht aan voortplantingscontrole. De bevolkingsaanwas werd ofwel als de oorzaak ofwel als een belangrijke nevenoorzaak van de wereldarmoede beschouwd. Te veel mensen aan de ene kant en te weinig hulpbronnen aan de andere

kant vormen de twee zijden van één medaille. Het theoretisch referentiekader dat die stelling ondersteunde was opvallend eenvoudig. Keek men naar het per capita BNP, dan leek het vanzelfsprekend dat hoe minder "capita" er bijkwamen, hoe hoger het BNP zou liggen voor de reeds aanwezige. Men nam aan dat de arme landen arm zijn omdat zij geen of niet genoeg hulpbronnen hebben. Het antwoord moest dus wel voortplantingscontrole zijn.

De "crisis van de olie en andere grondstoffen" in de ontwikkelde landen in het begin van de jaren '70 bewees echter dat als de ontwikkelingslanden arm zijn, dit niet ligt aan een gebrek aan grondstoffen. Een groot deel van de basismaterialen verwerkt in de ontwikkelde landen was afkomstig uit de arme landen. Men kon bijgevolg niet langer volhouden dat de ontwikkelingslanden arm waren omdat zij geen hulpbronnen hadden. Zij bezaten die wel degelijk, en nog wel in grote hoeveelheden. Maar die hulpbronnen werden verteerd door de rijke en niet door de arme landen.

Het ontwikkelingsestablishment nam een nieuw standpunt in (niet noodzakelijk ter vervanging van maar meestal als aanvulling op de "voortplantingscontrole"-stelling): hoewel de arme landen materiële hulpbronnen hebben, hebben zij niet de intellectuele hulpbronnen (dat is de know-how of de technologie) om ze te exploiteren. Technologische overdracht van de ontwikkelde naar de minder ontwikkelde landen werd nu de naam van het spel. Wetenschappelijk en technologische bijstand werden belangrijke instrumenten ter oplossing van de wereldarmoede. Weldra verschenen varianten op deze positie. Eén ervan, onder andere verdedigd door Schumacher, bekommerde zich om het soort technologische transfer (11). "Aangepaste technologie" was een term die veel werd gebruikt om de aanspraak te verwoorden dat niet elke technologische overdracht positief is; alleen de aangepaste vorm is nuttig. De betekenis van "aangepast" kon echter al eens wisselen. Voor sommigen betekende aangepast klein (van het "klein is mooi"-type). Voor anderen betekende het "arbeidsintensief". En ga zo maar door.

Nog een variant was de anti-technologische houding verdedigd door Illich (12). (Deze positie verscheen in de ontwikkelde landen samen met de anti-institutionele posities, zoals anti-geneeskunde en anti-psiCHIATRIE.) Haar voorstanders kantten zich tegen technologische transfer omdat zij die interpreteerden als een proces waardoor afhankelijkheid van de technologie zou worden gecreëerd, wat dan weer de individuele en collectieve ontwikkeling zou remmen. In plaats daarvan stelde men

de ontwikkeling van autonome ruimten voor buiten formele instituties om, waarbij grote nadruk werd gelegd op zelfzorg en autonomie - woorden die bijna als synoniemen werden gebruikt. Men veronderstelde dat autonomie voor de gemeenschap is, wat zelfzorg voor het individu is.

Al die ideologische en politieke standpunten - voortplantingscontrole, technologische transfer, zelfzorg en autonomie - werden door het ontwikkelingsestablishment niet ontwikkeld los van de gebeurtenissen in de ontwikkelingslanden gedurende die periode, maar eerder als antwoord daarop. In die jaren nam in de politieke en intellectuele centra van de kapitalistische onderontwikkelde landen het bewustzijn toe dat hun armoede niet het gevolg was van overbevolking, of van het gebruik van het goede of slechte type technologie, maar eerder van een wereldomvattend patroon van relaties waarin enkelen heel veel controleren en velen heel weinig. Men interpreteerde in die centra het probleem structureel, en niet conjunctureel. Veranderingen waren niet zo zeer nodig in de variabelen en factoren van de ontwikkelingsvergelijking, dan wel in de vergelijking zelf. Vereist was een Nieuwe Economische Orde met een herverdeling van de hulpbronnen op wereldschaal. Bovendien brak een toenemend aantal ontwikkelingslanden door strijd en revolutionaire omwenteling met die oude orde.

Het ontwikkelingsestablishment reageerde op die nieuwe situatie met de toegeving dat de mondiale verdeling van hulpbronnen een beetje moest veranderd worden, maar het benadrukte ook dat die verandering moest berusten op samenwerking en niet op confrontatie. De samenwerking zou in gang kunnen gezet worden door moreel te appelleren aan het humanisme en gevoel voor sociale rechtvaardigheid van de wereldbevolking. Tegelijk zou men de ontwikkelde kapitalistische landen oproepen tot een adequater bewustzijn van hun eigenbelang. Deze nieuwe positie gaat er inderdaad van uit dat de armoede in de ontwikkelingslanden moet verdwijnen in het belang van de ontwikkelde landen. Men stelt dus voor dat de ontwikkelde landen een deel van hun rijkdommen zouden delen met de ontwikkelingslanden. Anders zal de wereldorde ineensstorten of ontploffen. Bovendien zou minder armoede in de ontwikkelingslanden meer consumptievermogen inhouden en bijgevolg ook meer afzetmarkten voor de producten van de ontwikkelde landen.

Een typisch voorbeeld van die stellingname vindt men in het Willy Brandt-commissieverslag (1980) (13), dat door Elson het geesteskind van de voorzitter van de Wereldbank, MacNamara, werd genoemd (14), en dat werd voorbereid door vertegenwoordigers van de ontwikke-

lingseestablishmenten van ontwikkelde en onderontwikkelde landen (door de commissie respectievelijk "Noord" en "Zuid" genoemd) (15). De volgende uitgangspunten typeren dat verslag:

1. De wereld is niet verdeeld in kapitalistische en socialistische systemen en subsystemen, maar eerder in Noord (de "haves") en Zuid (de "have-nots"). De USSR en USA worden in de eerste plaats gezien als noordelijke landen, terwijl Cuba en El Salvador zuidelijke landen zijn. Het verslag vermijdt het woorden zoals kapitalisme, socialisme, imperialisme of klassenstrijd te gebruiken - waarschijnlijk omdat zij te "rhetorisch" en "ideologisch" klinken. Die begrippen worden vervangen door naar verluidt niet-ideologische en a-rhetorische begrippen zoals "globale solidariteit", "wederzijds belang", en dergelijke meer.

2. Er bestaat binnen de kapitalistische wereldorde geen intrinsiek conflict gebaseerd op kapitalistische en imperialistische uitbuiting. In plaats daarvan wil het verslag een platvorm aanreiken waarop toekomstige verzoening en dialoog kunnen tot stand komen.

3. Verandering moet gebeuren met behoud van de bestaande nationale en internationale machtsrelaties. Het Willy Brandt-rapport refereert naar de ontwikkelingsdoelen van de ontwikkelingslanden, zoals snellere groei en hogere productiviteit, zonder "te willen *suggereren dat veranderingen in de binnenlandse politiek een voorafgaande voorwaarde zijn* voor hervormingen van het globale systeem" (16).

4. Op het internationale niveau wordt aangenomen dat verandering kan plaatsgrijpen ten gevolge van het besef van de ontwikkelde landen dat de uitroeiing van armoede in de ontwikkelingslanden in hun eigen voordeel is. Met een opmerkelijke draai wordt het nastreven van het welbegrepen eigenbelang gezien als de basis voor het algemeen belang. "Wederzijdse belangen vinden hun oorsprong in het recht-toe-recht-aan eigenbelang van alle landen en mensen" (17). Bijgevolg *bestaat de opdracht van de commissie erin zowel de "haves" als de "have-nots" bewust te maken van de wederkerigheid van hun belangen*. Eenmaal die belangen erkend zijn, "zullen zowel emotionele als praktische redenen de machthebbers zowel als de machtelozen in de richting van gezamenlijke economische activiteit en hervorming drijven" (18).

In dit scenario verschijnen billijkheid, sociale rechtvaardigheid en humanitaire beweegredenen als abstracte morele categorieën; zij impliceren een programma voor de betere verdeling van de hulpbronnen in het kader van een wederzijds voordelig proces.

Deze ideologische en politieke stellingname laat dus geen plaats voor conflict, uitbuiting en onteigening. In plaats daarvan worden samenwerking en verdeling naar voren geschoven als oplossingen voor de actuele wereldarmoede. Het spreekt vanzelf dat de begrippen klasse en klassenstrijd niet voorkomen in dit theoretisch kader. Nochtans kan men daartegenover stellen dat het huidige wereldsysteem berust op een basisconflict dat verklaard kan worden door de structuur van de klasseverhoudingen. Men zou kunnen stellen dat in de wereld van vandaag niet alleen een intrinsiek en structureel conflict bestaan tussen de "have" en "have not" landen, maar ook (en vooral) tussen de "haves" en de "have-nots" *binnen* elk land. Die conflicten hangen van elkaar af en versterken elkaar. De sleutelplaats in het wereldsysteem wordt bekleed door de kapitalistische klasse van zowel de ontwikkelde als van de onderontwikkelde landen, en precies die klasse wordt vertegenwoordigd door de ontwikkelingsestablishmenten. De burgerij van de kapitalistische kernlanden speelt een centrale rol in de organisatie van het kapitalistische wereldsysteem ter verdediging van haar eigen belangen. De kapitalistische klassen van de ontwikkelingslanden zijn voor het merendeel collaborerende klassen,

"waarvan de functie bestaat in het organiseren van de staat en de economie volgens de definities van de internationale arbeidsdeling zoals vastgelegd door de kernlanden. De creatie van een internationale politieke orde gebaseerd op de ongelijkheid van de naties heeft haar wortels in de expansie van het centrum van het kapitalisme waardoor dan weer de expansie en positie van bepaalde klassen in de periferie versterkt worden. De opname van bepaalde sociale formaties in de kapitalistische wereldmarkt en arbeidsdeling is grotendeels het werk van klassen die een dubbele taak op zich laden - uitbuiting binnen de maatschappij en ruil buiten de maatschappij. Dit duaal proces leidt tot uitbreiding van de productieverhoudingen en tot antagonistische klasserelaties in de perifere maatschappij, tot groei van de ruilrelaties, en tot concurrentie met de kern" (19).

De *echte* kloof is dus niet die tussen Noord en Zuid, maar die tussen enerzijds de kapitalistische metropolen samen met de dominerende klassen van de kapitalistische periferie, en anderzijds de verpauperde bevolking van de kapitalistische periferie. *Deze klasse- en uitbuitingsverhoudingen liggen aan de basis van de onderontwikkeling, de armoede en de morbiditeit van de meerderheid van de wereldbevolking.*

## Enkele noodzakelijke verhelderingen

Laat mij eerst een en ander verduidelijken. De oplossingen die de afgelopen twintig jaar werden voorgesteld door de ontwikkelingsestablishmenten als antwoord op de enorme problemen in de wereld - eerst "voortplantingscontrole" en "technologische transfer", en dan een "coöperatieve en wederzijds voordelige nieuwe economische orde" - zijn geen onderdeel van een samenzwering van die establishmenten om de armen arm te houden. Het zijn ook geen leugens bedoeld om de waarheid te verdoezelen. Men moet de waarheid kennen om een leugen te kunnen vertellen. En die establishmenten kennen de waarheid niet. Hun standpunten beantwoorden aan een realiteitsbeeld (of een ideologie) dat werkelijk zin heeft voor de klasse die het belijdt. Met andere woorden, toen in de jaren '60 USAID en de Rockefeller Foundation programma's voor voortplantingscontrole in Latijns Amerika voorstelden als een oplossing voor de Latijns-Amerikaanse armoede, waren zij de dragers van een klasse-bepaald realiteitsbeeld - het wereldbeeld van de kapitalistische klasse van de V.S. - dat hen deed geloven dat niet de kapitalistische en imperialistische uitbuiting de oorzaken zijn van armoede, maar de bevolkingsexplosie. Zoals Marx schreef heeft elke klasse haar eigen ideologie - realiteitsbeeld - dat bewust of onbewust bijdraagt tot de reproductie van haar belangen (20). Elke heersende klasse tendeeert er ook naar haar particuliere klasse-belangen te zien als universele belangen. Het is van belang dit nog eens te onderstrepen in het licht van de talloze benaderingen die de geschiedenis niet zien als het resultaat van structuren, maar wel van persoonlijkheden, samenzweringen, en individuele motivaties. Individuen kunnen de onbewuste dragers zijn van de doeleinden van ideologieën en praktijken. Die doelen kunnen grondig verschillen van de individueel en bewust nagestreefde. Het internationale gezondheidsveld barst van dergelijke contradicties tussen intenties en effecten.

## WHO en het ontwikkelingsestablishment

Alle ideologieën en stellingen verdedigd door het ontwikkelingsestablishment kwamen ook voor en worden gereproduceerd door de WHO-instellingen. Programma's voor "voortplantingscontrole", "technologische transfer", "zelfhulp en self-reliance", en "coöperatieve en wederzijds voordelige nieuwe economische orde" werden achtereenvolgens



voorgesteld als oplossingen voor de ontzagwekkende ziekte- en armoedeproblemen van de onderontwikkelde wereld. Gedurende vele jaren fungeerde de WHO zelfs als doorgeeffluik voor standpunten en ideologieën die voor het grootste deel stamden van dat ontwikkelings-establishment. In dit opzicht dienen volgende punten onderstreept te worden:

Het is hoogst nodig de dichotomieën politiek/technologie en ideologie/wetenschap in vraag te stellen. Ik heb reeds geargumenteed dat wetenschap en technologie niet neutraal zijn. Zij dragen een geheel van waarden en ideologieën die machtsrelaties weerspiegelen en reproduceren (21). Zo bekeken is de WHO niet alleen een technisch orgaan van de Verenigde Naties, maar ook een politiek orgaan dat doorheen een technologisch vertoog en technologische praktijk politieke posities reproduceert en verdeelt. Het is bijgevolg belangrijk de heersende opvatting in vraag te stellen dat de WHO een louter technische institutie is waarvan de opdracht bestaat in het uitroeien van ziekte in de wereld. Deze opvatting hoort eerder thuis in de wereld van de illusies dan wel in de werkelijkheid. Zoals alle internationale apparaten is de WHO een knooppunt van machtsverhoudingen (met elk hun eigen ideologie, vertoog, en praxis) waaronder sommige de sterkste zijn. De dominerende macht wordt uitgeoefend door de dominerende klassen van de kapitalistische ontwikkelde landen.

Ik wens extra te onderstrepen dat ik het argument ken dat de Wereldgezondheidsvergadering (WHA), waarin elk land één stem heeft, het hoogste beslissingsorgaan is van de WHO. Maar geloven dat die Vergadering inderdaad het hoogste beslissingsorgaan is, zou al net zo verkeerd zijn als geloven dat het Britse Parlement het hoogste beslissingsorgaan is in Groot-Brittannië of dat de VSA bestuurd wordt door het Congres van de Verenigde Staten. Zoals Gramsci al zei, geeft een stem wel het recht maar niet de macht (22). De macht van de dominerende kapitalistische klassen wordt in die parlementaire regimes niet alleen door verkozen organen uitgeoefend, maar in grote mate ook door bestuurlijke, technische en professionele apparaten, en dit dank zij de burgerlijke hegemonie over de ideologische instituties (zoals universiteiten) die die apparaten voorzien van personeel. Hetzelfde gebeurt in de WHO. De macht van die klassen wordt niet verminderd door de samenstelling van het personeel te veranderen dat hun belangen vertegenwoordigt. Net zoals de toevoeging van enkele zwarten en vrouwen aan het Amerikaanse overheidsperoneel het globale patroon van de klasseoverheersing in de Amerikaanse staatsapparaten niet gewijzigd

heeft, verandert de opname van enkele individuen afkomstig uit de ontwikkelingslanden het bestaande controle-patroon niet in het minst. Zoals Poulantzas duidelijk heeft aangetoond, tellen in de Westerse democratieën niet het geslacht, het ras, de klasse of de nationale oorsprong van het staatspersoneel, maar eerder zijn klassepositie (23). De klassepositie van het overheidspersoneel komt tot uiting in zijn technologisch vertoog, meer bepaald in (a) wat wordt voorgesteld, (b) wat niet wordt voorgesteld, (c) hoe het wordt voorgesteld. Hetzelfde doet zich weerom voor in de WHO. Om het even welke analyse van de artikelen en referenties in bijvoorbeeld de PAHO-publicaties (de Latijns-Amerikaanse tak van de WHO) zal uitwijzen dat (a) telkens weer empiristische en functionalistische standpunten worden ingenomen, m.a.w. de dominante ideologieën in Westerse academische kringen, (b) alternatieve standpunten, bijvoorbeeld marxistische, worden uitgesloten, en (c) eerstgenoemde posities worden voorgesteld als louter technologisch en apolitiek, terwijl laatstgenoemde worden afgebeeld als politiek en niet-technologisch.

Die toestand is niet alleen kenmerkend voor de PAHO. Zij typeert de meeste afdelingen van de WHO. In al hun vertogen worden politieke interventies "gedepolitiseerd" en verdraaid tot technologische ingrepen. Een goed voorbeeld is de grote promotie door de WHO, zo'n tiental jaar geleden, van het concept van de "dokters op blote voeten". Dit door en door politiek experiment werd ontdaan van zijn politieke betekenis (een gevolg van de politieke krachten die op dat ogenblik de Chinese Volksrepubliek beroerden) en voorgesteld als een wijs en intelligent gebruik van paramedisch personeel, navolgenswaardig in andere politieke omgevingen. Het werd weldra duidelijk dat dit experiment in andere omstandigheden tot mislukken gedoemd was. De WHO-rapporten leken maar niet begrepen te hebben dat de dokter op blote voeten een politieke gebeurtenis en het resultaat van bepaalde politieke krachten was. Het een kon niet begrepen worden zonder het ander. De depolitisering van die gebeurtenis was echter zélf een politieke daad.

Kortom, binnen de WHO (a) worden politieke posities bestendig ingenomen langs technologische rapporten om, met (b) een bestendige censuur van alternatieve posities. Een extreme vorm van censuur komt uiteraard neer op de *uitsluiting* van alternatieve standpunten uit het publiek debat. Laat ons nu eens nagaan hoe de Alma Ata-verklaring beantwoordt aan deze interpretatie van de WHO.

## De Alma Ata-verklaring

Vooraf moet men zich realiseren dat de belangrijkste aanbevelingen van het Alma Ata-rapport niet nieuw waren. Respectievelijk in 1972 en 1975 brachten het Office of Health Economics (24) (het intellectueel centrum van de Britse farmaceutische industrie) en de Wereldbank (25) sterk gelijkende rapporten uit over de gezondheidstoestand en de geneeskunde in de onderontwikkelde wereld. De aanbevelingen van de Alma Ata-verklaring behoorden zelfs tot de "conventionele wijsheid" van het ontwikkelingsestablishment. Zij houden het volgende in: (1) een wijziging van de prioriteiten in de gezondheidszorg, met meer nadruk op de allocatie van hulpbronnen aan (a) basisgezondheidszorg (Primary Health Care - PHC) (26), (b) watervoorziening en assainering, en (c) voeding; (2) een transfer van medische technologie, waarbij minder gesofistikeerde technologie meer gesofistikeerde moet vervangen; (3) nadruk op zelfhulp en zelfvoorziening; en (4) de aanmoediging van de participatie van basismilieus in de planning en implementatie van gezondheidsprogramma's.

Hoe moeten de genoemde wijzigingen worden gerealiseerd? Het Alma Ata-rapport bracht de boodschap (herhaald in het Willy Brandt-rapport) dat die wijzigingen moeten gebeuren door de samenwerking tussen naties en belangengroepen in die naties, en wel door een beroep te doen op hun morele gevoelens (de vraag naar sociale rechtvaardigheid) en op hun eigenbelang (de wederkerige belangen van "haves" en "have-nots" in een betere economische orde) (27).

Omwille van het enorme belang van die punten moet ik uitwijden over wat het rapport zegt, niet zegt en hoe het dat doet:

1. Het rapport heeft het over een wereld verdeeld tussen "have"-naties en "have-not"-naties (en binnen elke natie over "have" en "have-not"-individuen) (28). Nergens duiken categorieën als kapitalisme en socialisme op. Zo wordt kapitalistische ontwikkeling geherdefinieerd als "ontwikkeling", een proces dat blijkbaar intrinsiek zo goed is dat het "ongetwijfeld verbetering van de gezondheid meebrengt" (29). Nochtans bestaan bewijzen dat ontwikkeling (van het kapitalistische slag) niet steeds verbetering van de gezondheid betekent. Ik heb het al gehad over de negatieve impact van het Braziliaans economisch mirakel op de kindersterfte in Sao Paulo (Brazilië). Vele anderen hebben eveneens aangetoond hoe sommige vormen en dimensies van de kapitalistische ontwikkeling eerder schade berokkenen aan het gezondheidsniveau van een bevolking dan wel vooruitgang brengen (30).

2. Het rapport hamert op de noodzaak organisatorische en technologische vernieuwing door te voeren in het kader van de bestaande machtsrelaties. Die relaties worden beschouwd als gegeven en onveranderbaar. Zo bijvoorbeeld, waar het gaat over "de noodzaak dat zowel vrouwen als mannen van de baten van de landbouwkundige ontwikkeling genieten" en na erop gewezen te hebben dat "vrouwen tegelijk betrokken zijn bij de landbouw, het huishouden en de zorg voor baby's en kinderen" (31), beveelt het rapport aan dat "(vrouwen) aangepaste technologie zouden hebben om hun werk te verlichten en hun arbeidsproductiviteit op te voeren. Zij hebben ook diëtistische kennis nodig verenigbaar met de beschikbare middelen, in het bijzonder over het correcte voeden van kinderen en over hun eigen dieet tijdens de zwangerschap en lactatieperiode" (32).

Kortom, het rapport beweert dat om vrouwen te emanciperen er behoefte is aan meer technologie (aangepaste technologie) en aan meer opvoeding van vrouwen. Het rapport vermeldt niet dat voor vrouwenemancipatie een herbepaling van de macht van vrouwen én van mannen in de context van een grondige herbepaling van alle sociale machtsrelaties (inbegrepen klasseverhoudingen) nodig is. Maxime Molineux heeft welsprekend aangetoond hoe in de onderontwikkelde wereld een economische, politieke en sociale revolutie nodig is geweest voor de emancipatie van de meerderheid der vrouwen en mannen (33).

3. Het rapport roept ook diegenen op tot samenwerking die de prioriteitswijziging in de sector van de gezondheidszorg zouden kunnen tegenwerken, zoals de medische beroepen en de multinationale farmaceutische industrieën. Het rapport suggereert dat de regeringen deze groepen zouden bewust maken van het gelijklopen van hun belangen met die van de hervormers. Die belangengroepen moeten ervan overtuigd worden dat de voorgestelde ingrepen ook in hun voordeel zullen zijn. Het rapport stipt bijvoorbeeld aan dat "geneesheren en leden van andere beroepsgroepen ervan zullen moeten overtuigd worden dat zij geen medische functies afstaan maar er gezondheidsverantwoordelijkheden bijwinnen" (34). Ook de farmaceutische en medische industrieën moeten gesensibiliseerd worden voor de enorme winsten die zij uit de hervormingen kunnen slaan:

"Tegenstand van de medische industrieën kan in positieve kanalen geleid worden door hun belangstelling te wekken voor de productie van benodigdheden voor de aangepaste technologie vereist voor basige gezondheidszorg. Verliezen te wijten aan de verminderde afzet

van duur materiaal kunnen meer dan gecompenseerd worden door de verkoop op grote onaangeroerde markten van grotere hoeveelheden goedkopere benodigdheden en voorzieningen voor basisgezondheidszorg" (35).

Met andere woorden, er kan uit de hervormingen heel wat winst geslagen worden. Men gaat daarbij natuurlijk uit van de veronderstelling dat de machtige groepen en de machteloze (in wiens voordeel de hervormingen in principe gebeuren) dezelfde belangen delen. Dat is de essentie van wat er staat. Wat er natuurlijk niet staat is dat het medisch beroep een klasse-, sexe- en beroepspositie inneemt en een ideologie en praxis reproduceert die gericht is op de optimalisering van zijn klassebelangen, die conflicteren met de belangen van de arbeidersklasse en de volksmassa's. Dit verklaart waarom de organen van het medisch beroep - van de Bolsjewistische revolutie tot Allende's Chili - altijd de socialisatieplannen van de arbeidersklasse hebben tegengewerkt (36). Iets gelijkaardig geldt voor de geneesmiddelen- en medische industrieën. Zij hebben er belang bij de bestaande krachtsverhoudingen binnen en buiten de geneeskunde te reproduceren. Getuige de actuele oppositie van de multinationale farmaceutische ondernemingen tegen de oprichting van nationale gezondheidsdiensten in de ontwikkelingslanden (37). Laat ons niet vergeten dat de geneesmiddelenindustrie de fascistische staatsgreep van Pinochet in Chili heeft gefinancierd, en dat de Chileense Medische Vereniging aan Pinochet het eerste telegram met gelukwensen stuurde (38).

4. De Alma Ata-verklaring roept ook de basisgemeenschappen op tot participatie. Onder een basisgemeenschap verstaat het rapport een aggregaat van individuen met gemeenschappelijke belangen en aspiraties (waaronder gezondheid). Participatie van de basisgemeenschap wordt vervolgens bepaald als "het proces waardoor individuen (en families) verantwoordelijkheid opnemen voor hun eigen gezondheid en welzijn en voor diegenen in de gemeenschap die hen ertoe in staat stellen om de eigen ontwikkeling en die van de gemeenschap in handen te nemen" (39). De basisgemeenschap wordt dus beschouwd als een verzameling van individuen. Maar een gemeenschap is niet alleen een verzameling van individuen. Zij omvat meer. Een gemeenschap is een geheel van machtsrelaties waardoor individuen toegewezen worden aan verscheidene categorieën, waarvan de belangrijkste sociale klassen zijn. De machtsverdeling wordt bepaald door die categorieën.

Een arts bijvoorbeeld is niet gewoon een individu. Hij/zij behoort tot

een klasse (en tot een ras en een geslacht). Zijn/haar macht vloeit niet alleen voort uit zijn/haar positie als medicus maar ook uit de positie die hij/zij inneemt in het geheel van de klasse- en sexeverhoudingen in die welbepaalde maatschappelijke formatie. Iemands belangen worden bovenal bepaald door zijn/haar klassepositie. Voor het medisch beroep geeft niet de volksgezondheid de doorslag, maar de verdediging van de klasse- (en rasse- en sexe-)belangen van zijn leden.

Deze vier standpunten zijn duidelijk ideologisch en politiek en zij worden alle verdedigd in de Alma Ata-verklaring. Zij moeten bekritiseerd worden niet omdat zij te beperkt zijn (dat is, omdat zij niet ver genoeg gaan) maar omdat zij verkeerd zijn. Maar laten wij de Alma Ata-standpunten van de WHO verder analyseren en toezien welke ideologieën erachter schuilgaan.

## **Het systeem van de gezondheidszorg als het systeem van de gezondheid**

5. Het Alma Ata-rapport gebruikt de uitdrukkingen "gezondheid", "gezondheidszorg", "gezondheidssector", "medische zorg" en "gezondheidssystemen" als synoniemen. Bij nadere analyse blijkt dat wat het rapport eigenlijk verstaat onder het gezondheidssysteem in feite een systeem van gezondheidszorg is gebouwd op en georganiseerd rond het systeem van de medische zorg, m.a.w. de gezondheidsgoederen en -diensten geleverd aan individuen en families door de gezondheidsberoepen en gezondheidswerkers. De belangrijkste aanbeveling van het rapport is dat de nadruk moet gelegd worden op basiszorg. Die verschuiving zou moeten gebeuren door binnen het systeem van de medische zorg basisgezondheidszorg centraal te plaatsen (40):

"Basisgezondheidszorg is de as van het gezondheidssysteem. Daaromheen georganiseerd zijn de andere systeemniveau's waarvan de tussenkomsten gericht zijn op ondersteuning en op de bezorging op geregelde basis van essentiële gezondheidszorg. Op het tussenniveau kunnen complexere problemen behandeld worden, en kan gezorgd worden voor meer gespecialiseerde zorg en logistieke steun. Op dit niveau verschaft een hoger geschoolde staf ondersteuning door vorming en leiding te verzekeren rond praktische problemen in verband met alle aspecten van basisgezondheidszorg. Het centraal niveau zorgt voor planning en deskundig management, hoogst ge-

specialiseerde zorg, opleiding van de staf van specialisten, de deskundigheid van instituties zoals de centrale gezondheidslaboratoria, en centrale logistieke en financiële steun" (41).

Uit dit citaat blijkt duidelijk dat het rapport in feite verwijst naar een geregionaliseerd en vernieuwd medisch systeem dat primaire, secundaire en tertiaire zorg omvat, waarbij de klemtoon ligt op primaire zorg. Die basisgezondheidszorg dient zowel preventieve als curatieve dienstverlening te omvatten, en zowel persoonlijke zorg als die voor het leefmilieu. De opstellers van het rapport beseffen natuurlijk wel dat gezondheid niet uitsluitend kan gerealiseerd worden door de gezondheidssector (42). Het rapport wijst er dan ook op dat andere tussenkomsten bijdragen tot de gezondheid, zoals programma's ter bestrijding van de armoede, water, assainering, woongelegenheden en opvoeding. Verder verwijst het rapport naar die tussenkomsten met de uitdrukking "ter ondersteuning van de sector van de basiszorg" (43). Landbouwkundige ontwikkeling, watervoorziening, woningbouw, openbare werken en communicatiemiddelen moeten worden ontworpen *ter ondersteuning van de taken* van de sector van de basisgezondheidszorg, die naar het oordeel van het rapport zelf in het centrum van die inspanningen staat.

Kort samengevat gebruikt het rapport gezondheid en gezondheidszorg als synoniemen. Waar het bijvoorbeeld gaat over gezondheid voor allen tegen het jaar 2000, bedoelt het rapport eigenlijk toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten voor allen tegen het jaar 2000. Door bovendien primaire gezondheidsdiensten te beschouwen als "de sleutel tot het bereiken van een aanvaardbaar gezondheidsspeil over de hele wereld", licht het rapport de gezondheidsdiensten eruit als de meest gezondheidsbevorderende factoren (44). De centrale rol die de toegankelijkheid en beschikbaarheid van gezondheidsdiensten spelen in deze strategie kan betwist worden. Het gaat hier nogmaals om een ideologische en politieke stellingname die in vraag moet worden gesteld.

Ik wil het belang van een prioriteitswijziging in de sector van de gezondheidszorg niet minimaliseren. Ik wil ook niets afdoen van de waarde van een verbreding van de verantwoordelijkheden van de sector van de gezondheidszorg. Dit zijn heel belangrijke taken. Maar ze beschouwen als de *belangrijkste* tussenkomsten om gezondheid voor allen te realiseren, is door en door foutief. De meeste verbeteringen van het gezondheidsspeil waren in het verleden te danken aan veranderingen van de economische, sociale en politieke structuren en niet aan de sector

van de gezondheidszorg. Overvloedig bewijsmateriaal toont aan dat tijdens de afgelopen 20 jaar de meest diepgaande wijzigingen in de gezondheid van de bevolkingen van ontwikkelingslanden plaatsgrepen in revolutionaire socialistische landen dank zij ingrepen in de economische, sociale en politieke structuren, los van de gezondheidszorg en buiten die sector om. Het is de moeite nog even te vermelden dat zelfs de Britse farmaceutische industrie erkent dat de grote gezondheidsverbeteringen plaatsgrepen in revolutionaire socialistische landen, waarnaar zij in haar rapport verwijst als de "centraal geleide economieën" (45). Revolutionaire veranderingen brachten bovendien herschikkingen van de gezondheidssector die bijdroegen tot een verdere verbetering van de gezondheid. Maar het grootste van die herschikkingen gebeurde dank zij tussenkomsten afkomstig van *buiten* de sector van de gezondheidszorg.

### **Empirisme of atheoretisch pragmatisme in de Alma Ata-verklaring: de Interpretatie van Ingrepen die niet in verband staan met de gezondheidssector.**

6. Het Alma Ata-document beveelt een reeks maatregelen buiten de gezondheidssector aan, zoals voedselproductie en opvoeding, openbare werken en de ontwikkeling van de communicatiemiddelen, woon-gelegenheid, watervoorziening, enzoverder (46). Al die maatregelen zijn nodig om de gezondheid van de bevolking te verbeteren. Hun opsomming is voorgesteld in apolitieke termen. Nochtans is die voorstellingswijze zelf politiek betekenisvol. Zij gaat uit van de veronderstelling dat die maatregelen zelfstandig kunnen doorgevoerd worden. In sociologisch jargon wordt dit empirisme of atheoretisch pragmatisme genoemd, wat zoveel betekent als de analyse van variabelen zonder referentie naar hun structurele determinanten. Een systeem, maatschappij of gemeenschap kunnen echter niet gedefinieerd worden door de individuele elementen en/of operaties die daarin optreden. Wat telt zijn de structurele relaties tussen die elementen en de machten die zij reproduceren. Het lineaire atheoretisch pragmatisme en het empiristische denken beschouwen interventies los van de structuren en machtsrelaties waardoor zij bepaald worden. Zo is de discussie of "voortplantingscontrole" dan wel "technologische transfer" of "de Nieuwe Economische Orde" de oplossing bieden voor onderontwikkeling een uiting van dit soort denken. De manier waarop de vragen gesteld worden, bepaalt



van tevoren de antwoorden. De werkelijkheid (die eerder dialectisch is dan wel lineair) wijst echter uit dat om te weten of de bevolkingsgrootte een probleem vormt of niet, men die variabele (bevolkingsgrootte) moet situeren in haar historische en politieke context. Met andere woorden, de bevolkingsgrootte kan een probleem vormen of niet naargelang de sociale, economische en politieke structuur waarin die populatie voorkomt.

Kortom, de efficiëntie van een ingreep (bijvoorbeeld woningbouw) wordt niet bepaald door die variabele *per se* maar eerder (a) door de structurele relaties tussen verschillende maatregelen; en (b) hangt af van wie en wat de agenten van verandering, conflict en verzet in die structuren zijn (zowel binnen als buiten de geneeskunde). Een bepaalde ingreep kan succes hebben in Cuba maar inefficiënt zijn in El Salvador. Men kan dat maar door politieke en historische analyse achterhalen. Empirisme en atheoretisch pragmatisme laten die ontleding achterwege; door de delen niet in verband te brengen met het geheel, blijft het geheel onveranderd. De Alma Ata-verklaring mislukt op die manier. Haar voorgewend "pragmatisme" is slechts een aanwijzing van haar ideologische functies.

Opnieuw moeten we vaststellen dat de Alma Ata-aanbevelingen niet zozeer beperkt dan wel foutief zijn. Het louter opsommen van verscheidene soorten ingrepen (zowel binnen als buiten het systeem van de gezondheidszorg) is misleidend, omdat de kernvraag (of zij al dan niet efficiënt zijn) beslecht wordt door hoe die interventies structureel tot elkaar staan in het geheel van de machtsverhoudingen die hun betekenis en draagwijdte bepalen. De voornaamste zwakheid van het rapport bestaat in de miskenning van die structuren en machtsrelaties.

## **Afrondende opmerkingen**

In tegenstelling tot de gangbare mening is gezondheid een door en door politiek probleem. Ik heb in dit deel van mijn essay proberen aantonen dat de Alma Ata-verklaring niet apolitiek, maar integendeel door en door politiek is. De WHO draagt in haar technologisch-administratieve rapporten bij tot de reproductie van ideologische en politieke posities. De Alma Ata-verklaring van de WHO vormt hierop geen uitzondering.

Ik voeg er meteen aan toe dat het niet mijn bedoeling is dat rapport overboord te gooien maar er kritiek op te formuleren. Het bevat nu een-

maal een uitstekend voorstel, met name een prioriteitswijziging in de gezondheidszorg van secundaire en tertiaire zorg naar primaire. *Maar zijn interpretatie van de grote actuele gezondheidsproblemen is verkeerd. Dit geldt ook voor de voorgeslagen oplossingen.* De aanbevelingen van het rapport reproduceren voor het grootste deel het standpunt van het ontwikkelingsestablishment. Dat standpunt is echter een deel van het probleem en niet van de oplossing; het weerspiegelt het perspectief van de heersende klassen in de huidige wereld.

Veranderingen van de wereldstructuren met de daarin vervatte machtsverhoudingen (sterk gestimuleerd door de nieuwe bevrijdingskrachten die aan het breken zijn met de Oude Economische Orde) zullen veranderingen teweeg brengen in de Verenigde Naties en in haar "technische" organen - de WHO inbegrepen. Een teken van die verandering zal er voor te WHO in bestaan (1) te breken met de medische ideologie (het Flexneriaans model) die gezondheid ziet als een product van medische zorg, hoe men die zorg ook moge herdefiniëren als en uitbreiden tot gezondheidszorg en PHC; en (2) de systemische visie op gezondheid te aanvaarden die gezondheid in de onderontwikkelde wereld vandaag expliciet ziet als het resultaat van politiek bepaalde structurele economische en sociale veranderingen.

Deze nieuwe visie op gezondheid en de strijd voor gezondheid moet de WHO ertoe brengen in de toekomst aandacht te besteden aan:

- (a) tastbare bijstand aan bevrijdingsbewegingen in hun strijd tegen geïnstitutionaliseerd geweld en ziekte (47);
- (b) analyse van de structurele beperkingen van gezondheid en van het klasseverzet, naast andere vormen van verzet, tegen grondige verandering;
- (c) wijziging van de bestaande staf en van de adviserende structuren met het oog op een betere weerspiegeling van de enorme diversiteit van opvattingen over gezondheid, waarbij men dient te breken met de heersende medische ideologie; en
- (d) onderzoek naar en verzamelen van informatie over de internationale mobiliteit van kapitaal en arbeid en de mogelijke weerslag daarvan op de gezondheid.

Laat mij hieraan nog toevoegen dat vandaag bijvoorbeeld geen internationale instelling bestaat die informatie verzamelt over de kapitaalbeweging (met inbegrip van toxische industrieën) tussen landen en continenten, noch over arbeidersmigraties tussen landen, of over de

weerslag van beide verschijnselen op de gezondheid. Er bestaat ook geen internationale instelling die systematische informatie bijeenbrengt over structurele economische veranderingen en gezondheid, noch over werkgelegenheid (of werkloosheid) en gezondheid.

Dit zijn gewoon voorbeelden van domeinen en problemen die moeten aangepakt worden en die men ongemoeid heeft gelaten omdat zij te "controversieel" of te "politiek" zijn. Zij zijn controversieel omdat zij de belangen van de heersende machten bedreigen die vastleggen wat aanvaardbare items zijn op de sociale agenda. Zij zijn echter niet politiek dan het gebruikelijke "technologische" vertoog dat de WHO-standpunten overheerst. Zij beantwoorden wél aan andere belangen dan de heersende, die de limieten van het gangbare vertoog vastleggen. Toch nemen de eisen tot verandering toe, aangemoedigd door de grootste crisis die het wereldkapitalistische systeem heeft ondergaan sinds de jaren '30. Nieuwe, boude en moedige oplossingen moeten uitgedokterd worden die het Alma Ata-rapport zullen overstijgen en achter zich laten. Dit nieuwe vertoog zal niet komen van de ontwikkelingsestablishmenten van de westerse wereld, maar van de authentieke vertegenwoordigers van de meerderheden in de onderontwikkelde wereld die met recht hun plaats onder de zon zullen opeisen in hun luisterrijke landen die, met andere systemen, aan allen zouden kunnen geven wat nu aan de meesten wordt geweigerd.

## Noten

(1) Deze tekst is een vertaling van het gelijknamige hoofdstuk in V. Navarro, *Crisis, Health and Medicine. A Social Critique*. New York/London, Tavistock, 1986.

(2) Alma Ata, Internationale Conferentie over Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 september 1978.

(3) Geciteerd in J.H. Bryant, "WHO Program of Health for All by the Year 2000: A Macrosystem for Health Policy Making - A Challenge to Social Science Research", *Social Science and Medicine*, 14A (1980), p. 382.

(4) Geciteerd in het zevende algemeen werkschema goedgekeurd door de Wereldgezondheidsvergadering, *WHO Chronicle*, 36 (1982, 4), p. 132.

(5) Geciteerd in Bryant, op. cit., p. 382.

(6) "Estimated Service Coverage for Sanitation in Developing Countries, 1970-1980", *Drinking Water and Sanitation 1981-1990. A Way to Health*. World Health Organisation, 1981, p. 2.

(7) C.H. Wood, "The Political Economy of Infant Mortality in Sao Paulo, Brazil", *International Journal of Health Services*, 12 (1982, 2), p. 215.

(8) Dit feit en heel wat gelijkaardige, die de afbrokkeling van de levensstandaard

- in de OL verklaren, worden geciteerd in V. Navarro, "The Crisis of the International Capitalist Order and its Implications in the Welfare State", *International Journal of Health Services*, 12 (1982, 1), p. 185.
- (9) C.S. Haignere, "The Application of the Free Market Economic Model in Chile and the Effects on the Population's Health States", *International Journal of Health Services*, 13 (1983, 3), 389.
- (10) Ik besef natuurlijk wel dat het ontwikkelings-establishment geen uniform iets is. Vele ontwikkelings-establishmenten bestaan. Maar zij hebben alle de besproken basisposities gemeen.
- (11) E.F. Schumacher, *Small is Beautiful: Economics as if People Mattered*. New York, Harper & Row, 1975.
- (12) I. Illich, *Tools for Conviviality*. London, Calder & Boyars, 1973.
- (13) *North and South. A Program for Survival*. Report of the Independent Commission on International Development Issues under the Chairmanship of Willy Brandt. Cambridge, Mass., 1980.
- (14) E. Elson, "The Brandt Report: A Programme for Survival", *Capital and Class*, 16 (1982), p. 110.
- (15) Tot de commissie behoorden leden van de ontwikkelde en van onderontwikkelde kapitalistische landen. Onder de vertegenwoordigers van de ontwikkelingslanden bevond zich de voormalige Chileense president Eduardo Frei, een van de heftigste tegenstanders van de Allende-regering.
- (16) Willy Brandt Commissie Rapport, p. 126. Onderstreping van V. Navarro.
- (17) *Ibid.*, p. 77.
- (18) W.D. Graf, "Anti-Brandt: A Critique of Northwestern Prescriptions for World Order", *The Socialist Register*, 1981, p. 33.
- (19) J. Petras, *Critique Perspectives on Imperialism and Social Class in the Third World*. New York, Monthly Review Press, 1978, p. 36.
- (20) K. Marx, *German Ideology*. Chicago, Ill., Progressive Publishers, 1976.
- (21) V. Navarro, "Work, Ideology and Science, the Case of Medicine", *Social Science and Medicine*, 14 (1980), pp. 191-205.
- (22) A. Gramsci, *Prison Notebooks*. New York, International Publishers, 1971.
- (23) N. Poulantzas, *State, Power and Socialism*. London, New Left Books, 1978.
- (24) *Medical Care in Developing Countries*, London, Office of Health Economics, 1972.
- (25) *Health*, Sector Policy Paper, World Bank, maart 1975.
- (26) De Nederlandse vertaling van Primary Health Care is een zaak met een politieke inzet. Eerste-lijnszorg is zeker verkeerd omdat PHC méér omvat (zie de verdere uiteenzetting van V. Navarro). "Basisgezondheidszorg" heeft politieke en ideologische connotaties die behoudsgezinden niet aanvaardden, terwijl "primaire gezondheidszorg" progressieven dan weer te depolitiserend in de oren klinkt. Zie voor de interpretaties van PHC S. van der Geest, "Tegenstrijdigheden in Primary Health Care: een schakelingenperspectief", *Sociologische Gids* (1987), pp. 104-105, en S.B. Rifkin, G. Walt, "Why Health Improves: Defining the Issues concerning Comprehensive Primary Health Care and Selective Primary Health Care", *Social Sciences and Medicine*, 23 (1986), pp. 559-566. Ik

opteer hier voor basisgezondheidszorg, behalve waar *primary health care* in de Engelse tekst wordt gecontrasteerd met *secondary en tertiary H.C.* (noot van F.M.)

(27) Alma Ata report, pp. 11, 12, 13; zie ook 44 en 49.

(28) *Ibid.*, p. 7.

(29) *Ibid.*, p. 12.

(30) V. Navarro (ed.), *Imperialism, Health and Medicine*, Farmingdale, New York, Baywood Pub., 1981.

(31) Alma Ata rapport, p. 16.

(32) *Ibid.*, p. 16.

(33) M. Molyneux, "Socialist Societies Old and New: Progress Towards Women's Emancipation?", *Monthly Review*, 34 (1982, 3), p. 56.

(34) Alma Ata, p. 11.

(35) *Ibid.*, p. 12.

(36) V. Navarro, "Deprofessionalization and Democratization in the Health Sector in the Period 1917-1921", *Social Security and Medicine in the USSR. A Marxist Critique*, Lexington, Mass., Lexington Books, 1977, p. 18; V. Navarro, "Allende's Chile: A Case Study in the Breaking of Underdevelopment", *Medicine under Capitalism*, New York, Neale Watson, 1976.

(37) *Medicines, Health and the Poor World*, Office of Health Economics, London, 1982, p. 21.

(38) V. Navarro, "Allende's Chile", *Medicine under Capitalism*.

(39) Alma Ata rapport, p. 20.

(40) *Ibid.*, p. 23.

(41) *Ibid.*, p. 23.

(42) *Ibid.*, p. 10.

(43) *Ibid.*, p. 16.

(44) *Ibid.*, p. 15.

(45) *Medicines, Health, and the Poor World*, p. 37.

(46) Alma Ata rapport, pp. 16-18.

(47) Hoewel ik mij bewust ben van de structurele beperkingen waaronder de WHO werkt, blijft het waar dat andere organen van de VN dergelijke bijstand reeds verlenen.

vertaling : Freddy Mortier