

Primary Health Care in Peru: een problematisch beleidsinstrument¹

Hermen Ormel

Degene die als tweede man van de WHO direct betrokken was bij de totstandkoming van de Verklaring van Alma Ata in 1978, kreeg de kans deze in het eigen land Peru in praktijk te brengen. In 1985 lanceerde hij als minister van gezondheid een op papier radicaal Primary Health Care beleid. Het artikel doet verslag van onderzoek naar de oorzaken van de falende uitvoering van dit beleid. Conceptuele tegenstellingen, al dan niet gehuld in versluisend taalgebruik, lijken een belangrijke verklarende factor te zijn. Deze tegenstellingen zijn van invloed op de beleidsformulering en -uitvoering op de verschillende niveaus van het staatsgezondheidszorgsysteem. Het meer-niveau perspectief bleek een nuttig onderzoeks- en analysekader om deze problematiek bloot te leggen. PHC lijkt in essentie een te politiek (en daardoor controversieel) concept te zijn om te kunnen dienen als beleidsinstrument voor een rechtvaardiger gezondheidszorg.

Gezondheid en gezondheidszorg in Peru

De gezondheidssituatie in Peru is slecht. De levensverwachting behoort tot de laagste in Latijns Amerika en de zuigelingensterfte tot de hoogste. Veel belangrijker voor grote delen van de samenleving is het feit dat er grote verschillen zijn tussen regio's en bevolkingsgroepen. De verschillen tussen het kustgebied (inclusief hoofdstad Lima) en het Andeshoogland zijn vaak kleiner dan tussen stedelijke en rurale gebieden in dat hoogland. In sommige rurale provincies van het departement Cusco is de zuigelingensterfte drie- tot vijfmaal hoger dan in de stad Cusco zelf (MINSACUSCO/GTZ 1985: 172-79).

Sociaal-economische factoren zijn de belangrijkste determinanten van deze slechte gezondheidssituatie. Dit blijkt uit de aard van de belangrijkste oorzaken van de zuigelingensterfte: luchtwegeninfecties, diarreeziekten, ondervoeding en mazelen. Hulshof (1988:45) laat zien dat deze oorzaken, volgens WHO-criteria, vallen in de categorie 'armoedeziekten'. Grote delen van de bevolking hebben onvoldoende inkomen voor adequate voeding, huisvesting, kleding en gezondheidszorg. De politiek-economische verhoudingen in Peru hebben tot gevolg dat de rijkste tien percent van de bevolking 36 percent van het nationaal inkomen krijgt en de armste veertig percent van de bevolking slechts dertien percent (Wereldbank 1990:236).

Ook in de publieke dienstverlening van het Ministerio de Salud (MINSAC), dat naar schatting 30-40 percent van de bevolking bedient², zijn grote regionale verschillen te

ontdekken, met name tussen metropool Lima en de overige departementen. Lima herbergt ongeveer eenderde van de bevolking, maar beschikt over de helft van de MINSA-begrotingsgelden, de helft van alle ziekenhuisbedden en driekwart van alle medici (Reid 1985:98). In het Andesgebied, waarin onder andere de departementen Cusco en Puno liggen, zijn de diensten geconcentreerd in de stedelijke gebieden en van slechte kwaliteit. Er is gebrek aan personeel, medicamenten, materiaal en transportmiddelen. Ze zijn over het algemeen te duur voor de indiaanse boerenbevolking (*campesinos*) en volkswijkbewoners. Het gezondheidspersoneel is vaak slecht gemotiveerd om goed werk te leveren, onder andere wegens een salaris dat meestal te laag is om van te leven, en reageert zich soms af op de 'minderwaardig' geachte *campesinos*. Tabel 1 geeft enkele indicatoren betreffende gezondheid en gezondheidsdiensten en de verschillen tussen het nationale gemiddelde, dat van de hoofdstad-metropool Lima, het departement Cusco en het departement Puno.

Tabel 1. Regionale vergelijking van enige indicatoren betreffende gezondheid en gezondheidszorg

Indicator	Peru	Metr. Lima	Dep. Cusco	Dep. Puno
geboortecijfer (x 1.000 inwoners)	35	28	40	37
levensverwachting bij geboorte, in jaren)	61	68	49	52
zuigelingensterfte (x 1.000 levendgeborenen, jonger dan 1 jaar)	88	61	133	119
% van de bevolking	100	32,1	4,7	4,7
% investeringen MINSAs 1988	100	41,6	5,4	3,0
Aantal inwoners per:				
- arts	3.148	1.689	5.802	6.652
- verpleegkundige	3.771	2.843	4.320	3.831
- tandarts	26.171	19.088	49.030	46.881
- ziekenhuisbed	671	405	1.079	1.830

Bron: MINSAs-Lima 1988: tabellen 1, 3, 10a-12a en 18; data 1987

Primary Health Care beleid

In 1981 introduceerde de Peruaanse regering Primary Health Care (PHC) als officieel beleid. Aan de alledaagse praktijk van de vigerende, slecht functionerende en ongelijk verdeelde publieke gezondheidsdiensten veranderde dit echter niet zoveel. PHC bleef

grotendeels beperkt tot het opzetten van verticale, preventieve programma's en het benadrukken van de rol van gezondheidspromotoren in gebieden waar de publieke gezondheidsdiensten ontbraken. De toenmalige minister van gezondheid erkende in een persoonlijk interview dat de gezondheidsproblematiek het terrein van de gezondheidssector overstijgt, maar was van mening dat de sector zelf daar niets mee te maken heeft: "Er moeten artsen zijn om de 'overlevenden' van de armoede(ziekten) van curatieve hulp te voorzien. Artsen moeten geen gezondheidswerkers worden die zich op preventie richten."

In 1985 won de zich sociaal-democratisch noemende APRA-partij³ de parlements- en presidentsverkiezingen van Peru. Tejada de Rivero, die in 1978 als tweede man van de WHO direct betrokken was bij de totstandkoming van de Verklaring van Alma Ata over PHC, werd uit Genève naar Lima gehaald als minister van gezondheid. Deze kans de Verklaring in eigen land te vertalen in concreet beleid liet minister Tejada zich niet ontgaan. Enkele maanden na het aantreden van de regering lanceerde hij het Nationale Gezondheidsbeleid (NGB), dat we gerust een radicale PHC-strategie kunnen noemen. Het NGB werd gepresenteerd niet als het beleid van een minister van gezondheid of van de APRA-regering, maar als het beleid waarmee de Peruaanse staat een einde zou maken aan de onrechtvaardige verdeling van gezondheid en gezondheidszorg. De politieke partijen in het parlement stemden unaniem in met de desbetreffende wet.

Tejada baseerde het NGB op een diepgravende analyse van de structurele misstanden in de Peruaanse gezondheidssector. Conclusie van deze analyse was dat alleen een ingrijpende verandering in de structuur van de gezondheidssector een rechtvaardiger verdeling mogelijk kon maken; democratisering van de gezondheid(szorg) was noodzaak (MINSALIMA 1985: 1617). De daarop door hem geformuleerde strategie kende zeven beleidslijnen: *mobilisatie en participatie* van de bevolking, op alle niveaus van het gezondheidssysteem; *decentralisatie* van alle gezondheidsdiensten; *intersectorale actie*, aangezien gezondheid voornamelijk afhangt van factoren buiten de gezondheidssector; *ontwikkeling en gebruik van aangepaste technologie*, gebaseerd op niet alleen de biomedische maar ook de sociaal-politieke epidemiologie; *herinrichting van de gezondheidssector* om tot krachtenbundeling te komen; *leidersrol van het MINSALIMA* in de gezondheidszorgsector; *Gezondheid voor Allen* als doel en consequentie van voorgaande, met prioriteiten ten aanzien van arme regio's en bevolkingsgroepen (MINSALIMA 1985).

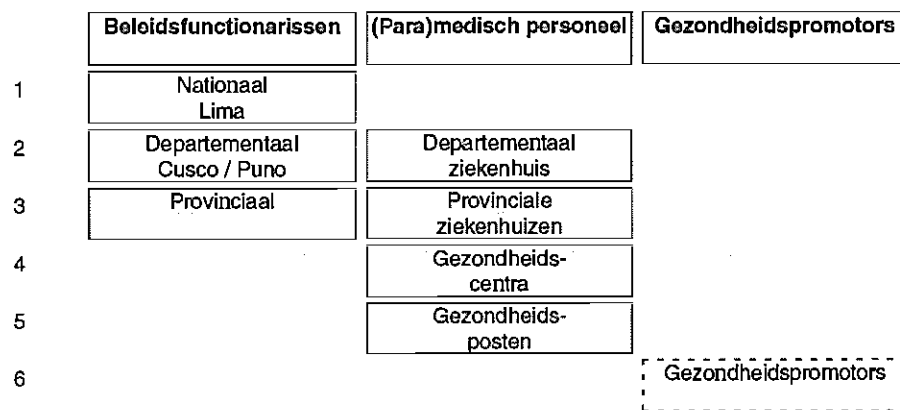
Wat de zeven beleidslijnen en de analyse erachter betreft, verwees het NGB-document expliciet naar de Verklaring en de Aanbevelingen van Alma Ata. Uit het document sprak verder bezorgheid over hoe PHC sedert 1978 was ondermijnd en misbruikt, via zogenaamde PHC-programma's die de bestaande, onrechtvaardige gezondheidssystemen ongemoeid lieten. Al eerder, nog in zijn WHO-tijd, had minister Tejada zich uitgelaten over de teleurstellende wijze waarop PHC werd geïnterpreteerd, waardoor het PHC-concept en zijn werkelijke betekenis werden verduisterd (Tejada de Rivero 1982:57). Daarom besloot het NGB-document met het noemen van enkele zogenaamde 'basisvoorwaarden', nodig om het nieuwe beleid daadwerkelijk uit te voeren. Behalve een 'goed moreel' en 'solidariteit met de armste bevolkingsgroepen' behoorde tot deze

basisvoorwaarden ook 'eenheid van doctrine': het NGB moest worden begrepen en geïnternaliseerd (MINSALima 1985: 27-8).

Onderzoek vanuit meer-niveau perspectief

In 1988-89 deed ik onderzoek naar de uitvoering van het Peruaanse gezondheidszorgbeleid in de Andesdepartementen Cusco en Puno. Het NGB was toen drie à vier jaar oud. Van verschillende non-gouvernementele organisaties (NGO's), die aanvankelijk hoopvol gestemd waren omdat het NGB hun werk 'aan de basis' zou vergemakkelijken en legitimeren, kwamen geluiden dat de daadwerkelijke implementatie ervan ronduit teleurstellend was. Daarom werd de centrale vraagstelling voor het onderzoek: Welke factoren belemmeren de implementatie van het Nationale Gezondheidsbeleid in de departementen Cusco en Puno? Literatuur maakt aannemelijk dat een (bureaucratische) organisatie geen organisch geheel hoeft te zijn, maar dat tussen haar hiërarchische niveaus belangentegenstellingen kunnen bestaan.⁴ Deze belangentegenstellingen kunnen een zodanige uitwerking hebben op de relatie (schakeling) tussen twee niveaus, dat deze het beleid en zijn implementatie beïnvloeden. Belangentegenstellingen produceren immers ook conceptuele tegenstellingen. Fundamentele verschillen in visie op de betekenis van bepaalde concepten kunnen effectief beleid blokkeren. Dit gebeurt met name wanneer conceptuele tegenstellingen verborgen blijven door 'versluiwend taalgebruik'. Overigens komen conceptuele tegenstellingen niet altijd uit belangentegenstellingen voort en vertalen niet alle belangentegenstellingen zich in conceptuele tegenstellingen. Verder worden conceptuele tegenstellingen niet altijd in versluiwend taalgebruik gehuld; ook meer openlijke oppositie komt voor. Geïnspireerd door discussies binnen de Werkgroep Schakelingen werden de verschillende niveaus binnen het Peruaanse MINSALima als uitgangspunt voor het onderzoek genomen, temeer daar ook inzake PHC schakelingen-literatuur beschikbaar was die haar analytisch nut bewezen had.⁵

Figuur 1. Organogram MINSALima naar niveaus en (beroeps-)sectoren



Ten behoeve van het meer-niveau kader van het onderzoek werden de volgende niveaus en (beroeps)sectoren onderscheiden binnen het MINSA in de departementen Cusco en Puno:

In de praktijk waren de beleidsfunctionarissen op de niveaus twee en drie moeilijk te onderscheiden van het (para)medisch personeel, omdat de provinciale MINSA's en ziekenhuizen op datzelfde niveau organisatorisch en personeel samenvielen en omdat de meeste beleidsfunctionarissen (op alle niveaus) qua opleiding artsen en verpleegkundigen waren. De dorpsgezondheids*promotores* vormden een aparte groep. Officieel waren zij slechts vrijwilligers en maakten geen deel uit van het MINSA; in de praktijk beschouwde een groot deel van het MINSA-personeel hen als een 'verlengstuk' van de publieke gezondheidsdiensten.

Het onderzoek werd uitgevoerd binnen het institutionele kader van een regionale NGO⁶ en vond plaats in de departementen Cusco en Puno en in de hoofdstad Lima, tussen september 1988 en september 1989. De methodologie bestond uit het houden van interviews, het bestuderen van beleidsdocumenten van de centrale en departementale MINSA's en het doornemen van literatuur terzake. Interviews werden gehouden met betrokken beleidsfunctionarissen en medisch personeel op alle niveaus, met gezondheids*promotores* en met vertegenwoordigers van NGO's in de regio. Tabel 2 geeft de verdeling van de interviews weer.

Tabel 2. Spreiding van de 64 gehouden interviews

Geïnterviewden	MINSA Lima	Dép. Cusco	Dép. Puno	Totaal
Beleidsfunctionarissen				
- Centraal-Lima	13	-	-	13
- Departementaal	-	8	7	15
- Provinciaal	-	3	4	7
(Para)medisch personeel				
- ziekenhuizen	-	3	4	7
- gezondheidscentra	-	5	4	9
- gezondheidsposten	-	3	3	6
Gezondheidspromotors	-	5	3	8
NGO's	-	5	2	7
Totaal	13	32	27	72 *

* Het aantal 'dubbelfuncties', waarbij de geïnterviewde 'meerdere petten op heeft' bedraagt acht, zodat het totale aantal 'functionarissen' afwijkt van het aantal geïnterviewde

De gesprekken met de beleidsfunctionarissen onder het centrale Lima-niveau mogen representatief geacht worden voor het gehele toenmalige beleidskader op deze niveaus, omdat (bijna) alle directeuren en afdelingshoofden geïnterviewd werden. Vanwege de overlap in functies geldt dit ook voor de directeuren van departementale en provinciale

ziekenhuizen. Op centraal niveau werden niet alle maar wel een groot aantal sleutelfunctionarissen geïnterviewd, waaronder vier (ex-)vice-ministers van gezondheid van de APRA-regering. Voor wat betreft de interviews met het (para)medisch personeel van de gezondheidscentra en -posten en met de *promotores*: min of meer steekproefsgewijze werden van elk van de drie groepen drie à vijf per departement gekozen, waarbij in beide departementen het Amazonegebied buiten beschouwing bleef, evenals het (armste) gebied in het departement Puno dat bekend staat als 'rode zone' vanwege de guerilla- en legeractiviteiten. Deze interviews zijn dus zeker niet representatief, maar geven in elk geval een indicatie ter vergelijking met de overige groepen. Datzelfde geldt voor de zeven geïnterviewde vertegenwoordigers van NGO's, die allen actief waren op gezondheidsgebied.

Een beperking van het onderzoek is, dat de bronnen voornamelijk uit geschreven en gesproken woorden bestaan. Onder meer wegens logistieke problemen (tijd, geld, menskracht) was het niet mogelijk via participerende observatie de 'feitelijke' stand van zaken omtrent PHC vast te stellen. Deze aanpak leidde er toe dat het onderzoek zich gaandeweg steeds meer ging richten op de meningen binnen het MINSA over de betekenis, noodzaak, haalbaarheid en implementatie van het nieuwe, radicale PHC-beleid.⁷

Belemmeringen voor beleidsuitvoering

Het onderzoek leverde onder andere een oordeel op van MINSA-medewerkers over de mate van implementatie van het NGB en de zeven beleidslijnen en over belemmeringen daarvoor.

Minister Tejada zelf zag conceptuele tegenstellingen als het eerste probleem waar hij bij de uitvoering van het NGB mee te maken zou krijgen. Niet voor niets stelde hij 'eenheid van doctrine' als één van de genoemde basisvoorwaarden. Uit het onderzoek zelf bleek dat het ontbreken van deze basisvoorwaarden de uitvoering van het NGB bemoeilijkte, of althans dat MINSA-insiders dit zo zagen. De respondenten noemden in totaal meer dan honderd verschillende problemen met betrekking tot de implementatie van het NGB in het algemeen. Tabel 3 brengt deze problemen in kaart.

Het blijkt dat aan veel problemen tegenstellingen binnen en tussen MINSA-niveaus ten grondslag lagen. Op nationaal niveau leken er met name binnen de regering (spartij) zelf belangrijke tegenstellingen te bestaan. Zo werd opgemerkt dat het NGB "niet spoorde" met het regeringsbeleid in het algemeen en dat het NGB "te progressief" was. Dit kwam tot uiting in de vele ministerswisselingen (Minister Tejada moest na twee jaar aftreden⁸ en ook in de beleidsdocumenten. Want hoewel het NGB pro forma gehandhaafd bleef, werd in 1988 een nieuw driejarenplan gelanceerd door de alweer derde minister van deze regeerperiode. Daarmee werden alle MINSA-activiteiten beperkt tot de "bescherming van de gezondheid van het kind" en traditionele verticale programma's gericht op vermindering van de morbi- en mortaliteitscijfers (MINSA-Lima 1989). Sommige respondenten identificeerden het NGB met dit Driejarenplan.

De desbetreffende minister werd door andere respondenten gekenschetst als "van een

Tabel 3. Implementatieproblemen van het Nationaal Gezondheidsbeleid zoals genoemd door 60 respondenten (meerdere antwoorden per respondent)

1.	Het MINSA functioneert slecht a) onwil en onverschilligheid b) het MINSA kent de problemen niet c) administratieve inefficiëntie	26%
2.	Gebrek aan politieke steun op hoog niveau a) vele ministerswisselingen b) opvolgers minister Tejada hadden andere Interesses/belangen	11%
3.	Oppositie tegen het nationaal gezondheidsbeleid a) politiek-economische belangengroepen zijn tegen democratisering en dus tegen het NGB b) artsen zijn tegen voorrang voor van rurale regio's en van preventieve gezondheidszorg c) MINSA-werknemers identificeren zich niet met het NGB; het zou hun belangen schaden d) lippendienst aan NGB, maar obstructie in de praktijk	10%
4.	Opleiding/mentaliteit (paramedici inadequaat Met name artsen zijn ongeschikt voor uitvoering PHC-beleid c.q. het NGB vanwege botsing bio-medische/curatieve/specialistische/urbane oriëntatie vs. socio-medische/preventieve/algemene/rurale oriëntatie	9%
5.	Ontbreken van de zogenaamde basisvoorwaarden	7%
6.	De bevolking a) gebrek aan zelfbewustzijn, interesse en actieve participatie b) moeizame communicatie tussen artsen en boerengemeenschappen	6%
7.	Het NGB-gedachtengoed is problematisch a) velen begrijpen het niet b) het is multi-interpretabel	5%
8.	Misbruik van MINSA en NGB voor partijpolitiek onder andere partijpolitiek personeelsbeleid door regeringspartij	5%
9.	Concentratie van medisch personeel in de steden	5%
10.	Gebrek aan goed opgeleid NGB-kader	3%
11.	Geweld van guerilla en repressie van leger	3%
12.	Lage lonen van (para)medisch personeel	2%
13.	Stakingen van het medisch personeel	2%
14.	Marginalisering van de boerenbevolking	2%
15.	Diversen	5%
Totaal		101%

andere sociale klasse" dan Tejada, iemand die "participatie verketterde" en "niets begreep" van PHC. Op het nationale niveau bestonden dus meningsverschillen over de vraag wat de inhoud van het NGB zou moeten zijn. Deze conceptuele tegenstelling ging schuil achter gedeeltelijk gelijklopende woorden en blokkeerde daarmee, indirect, de actie van het NGB.

In verband met het gesignaleerde gebrek aan adequaat opgeleid kader om het NGB uit te voeren merkten diverse respondenten op dat er direct onder de MINSA-beleidsstop een vacuüm bestond. Iemand verwoordde dit als volgt:

Een prachtig gezondheidsbeleid kan mislukken door gebrek aan kader. Dat overkwam Tejada ook. Hij raakte verloren in een grijze massa van inefficiëntie, van bureaucratie. Ik heb er gewerkt, op de plaatsen waar het beleid uitgevoerd moet worden, bijvoorbeeld dat de gezondheidsposten op het platteland de hoogste prioriteit hebben. Dat wordt niet uitgevoerd, het raakt verloren in de grijze massa. (...) Mensen moeten je *begrijpen*, daarna nog *willen* en tot slot materieel gezien ook nog de *mogelijkheden* hebben, als je als minister wilt dat er wat gebeurt.

In 1989 werd Tejada voor de tweede maal minister van gezondheid in de APRA-regering. Zijn manoeuvreerruimte was echter zeer beperkt omdat acht dagen na zijn benoeming een langdurige artsenstaking begon, die zijn voorganger al aangezegd was. De staking was in naam tegen de verwaarlozing van de gezondheidsinstellingen in het land (gebrek aan materiaal, medicamenten, etcetera), maar in feite ging het erom de looneisen van de artsen kracht bij te zetten: zij kregen vijfmaal minder betaald dan hun collega's van het ziekenfonds. Als onderdeel van de onderhandelingen met de stakers trad Tejada enkele maanden later weer af. Zijn opvolger zou de vijfde minister van gezondheid in vier jaar worden.

Eén van de vice-ministers uit de periode Tejada-II was van mening dat de tijd tot aan de regeringswisseling in 1990 (minder dan een jaar) hoe dan ook te kort geweest zou zijn om alsnog de zeven beleidslijnen van het NGB gestalte te geven:

We hebben nog tien maanden. We werken aan de eerste drie beleidslijnen: Participatie, Decentralisatie en Multisectorale Actie. De rest doen we niet meer, de tijd is te kort. Aan de zevende beleidslijn 'Gezondheid voor Allen' komen we niet meer toe. Men moet zich nu eenmaal aanpassen aan de omstandigheden.

Op departementaal niveau richtte het onderzoek zich op Cusco en Puno. In de beleidsdocumenten van MINSA-Puno kwamen de achtergrondanalyse en het voorgestelde beleid overeen met het NGB, inclusief verhandelingen over de noodzaak tot democratisering van de gezondheidszorg te komen en over de noodzaak het nationale gezondheidsstelsel te transformeren (MINSA-Puno 1988a, 1988b). MINSA-Puno deed vervolgens concrete voorstellen over hoe die transformatie te bereiken, inclusief een aanpassing van het MINSA-organogram aan de specifieke departementale omstandigheden en problemen. Zelfkritiek met betrekking tot een soms falende uitwerking van deze concepten en voorstellen in de alledaagse praktijk, niet alleen op nationaal niveau maar ook in Puno, ontbrak daarbij niet. De directeur van MINSA-Puno was van mening dat de consequente uitvoering van het NGB en de kritiek op het nationale MINSA Puno nog wel eens zou kunnen opbreken:

Zolang de werkwijze van mijn departementale ministerie geen problemen oplevert voor het centrale ministerie in Lima, laten ze ons onze gang gaan; zodra er echte problemen komen doordat we machtsstructuren binnen het ministerie aantasten, bijvoorbeeld omdat we weigeren hun onzinnige verticale programma's uit te voeren, zullen ze ons werk vernietigen. Nu al worden mijn medewerkers beschuldigd van subversie, omdat we de politiek-economische machtsstructuren blootleggen bij de analyse van het armoede-probleem.⁹

Feitelijk gaf hij hiermee aan dat er tussen het nationale beleidsniveau en dat van zijn departement een zeer fundamentele conceptuele tegenstelling bestond over de werkelijke betekenis van het NGB.

Terwijl Puno voor sommigen gold als de positieve 'uitzondering op de regel' vormde het departement Cusco 'de regel'. Hoewel MINSA-Cusco in enkele alinea's in haar beleidsdocumenten de NGB-analyse van structurele ongelijkheid volgde, kwam het nergens tot concrete voorstellen hoe deze aan te pakken. Het jaarverslag over 1988 behandelde alleen het kwantitatieve bereik van 18 verticale programma's. Het Jaarplan 1989 stelt als doelen het vergroten van het bereik van deze programma's en het verlagen van de morbiel mortaliteitscijfers. Men stelt voor het NGB als volgt gestalte te geven:

Om het NGB uit te voeren zijn de gezondheidsactiviteiten geherstructureerd in veertien programma's en deze op hun beurt gegroepeerd in drie Institutionele Doel Programma's (IDP's) en één niet-IDP, namelijk de volgende: Moeder-Kind Zorg, TBC-Controle, Basisvoeding en Algemene Gezondheidszorg (MINSA-Cusco 1989: 29-30).

De reactie van een ziekenhuisdirecteur in Cusco op het verzoek hem te mogen interviewen over de implementatie van het NGB was typerend voor deze visie:

Ga maar kijken bij het provinciale gezondheidscentrum van het ministerie, zij hebben met het NGB te maken, met preventieve activiteiten en zo, met de periferie. Want in het ziekenhuis voeren we alleen curatieve activiteiten uit en we hebben niets te maken met de uitvoering van het NGB.

Volgens verschillende respondenten die het MINSA-Cusco van binnenuit kenden leek het beleid van MINSA-Cusco in niets op de vernieuwing waar het NGB voor stond. Deze conceptuele tegenstelling over de inhoud van het NGB had volgens hen alles te maken met het gebrek aan capabele personen op sleutelposities. Via een partijpolitiek personeelsbeleid waren allerlei mensen terechtgekomen op directeursposities zonder daarvoor gekwalificeerd te zijn. MINSA-medewerkers noemden hun hoogste directeur weliswaar een goed chirurg maar "onbekwaam" op het gebied van leiding geven. Hijzelf zei over zijn eigen benoeming dat het "een vertrouwenspost voor vrienden van de partij" was.¹⁰ Deze verklaring verwees in eerste instantie dus niet naar achterliggende tegenstellingen, maar eerder naar onbekwaamheid en ermee verbonden naïviteit – hoewel partijpolitiek natuurlijk wel met conceptuele tegenstellingen verbonden kan zijn. Andere respondenten weten de conceptuele tegenstellingen wel degelijk aan achterliggende belangentegenstellingen tussen groepen in de samenleving, waarbij het zou gaan om deling van macht en rijkdom.

Een andere duidelijke belangentegenstelling viel te constateren tussen beleidsmedewerkers en het uitvoerend (para)medisch personeel. Dit personeel was niet gemotiveerd om vol "overgave en toewijding" aan de slag te gaan, harder te werken en meer

veldbezoeken af te leggen. Hun werkomstandigheden waren slecht, er was geen materiaal om mee te werken, er waren geen vervoermiddelen om mee het veld in te gaan en de lonen waren erg laag. Voor een deel kwam dit tot uiting in min of meer openlijke oppositie tegen het NGB. Voor een ander deel resulteerde deze belangentegenstelling in obstructie, gecamoufleerd door lippendienst aan het NGB. Niet onbelangrijk is verder op te merken dat met name tussen de artsen en het centrale beleidsniveau conceptuele tegenstellingen bestonden, die niet altijd op belangentegenstellingen teruggevoerd konden worden: artsen zouden lijden aan een *trained incapacity* om PHC-beleid uit te voeren. In elk geval waren de artsen redelijk effectief in hun oppositie, door middel van stakingen, pressie op de beleidstop van het MINSA en politieke pressie via de regeringspartij.

Zowel binnen het nationale niveau als tussen het nationale en departementale beleidsniveau en tussen (para)medici en het beleidsniveau bestonden derhalve tegenstellingen, die gedeeltelijk conceptueel van aard waren. Soms waren deze terug te voeren op politiek-economische belangentegenstellingen, soms niet. De conceptuele tegenstellingen verscholen zich in enkele gevallen achter verhullend taalgebruik, maar kwamen ook tot uiting in min of meer openlijke oppositie. In veel gevallen was de blokkering van het oorspronkelijk voorgestelde beleid effectief.

Conceptuele tegenstellingen in Primary Health Care

Hierboven is beschreven dat Tejada het gevaar inzag van meningsverschillen over PHC voor de beleidsuitvoering van PHC. Hoe de conceptualisering van PHC binnen het MINSA plaatsvond en welke invloed dit op de beleidsuitvoering had, moet uit navolgende niveau-analyse blijken.

In eerste instantie was er geen conceptuele tegenstelling tussen het internationale niveau (Verklaring van Alma Ata) en het nationale niveau (formulering NGB en gebruik van het concept PHC daarin). Het NGB volgde 'Alma Ata' naar letter en geest. Anders werd dit echter toen het MINSA-jaarplan na het eerste aftreden van Tejada als minister van gezondheid gepubliceerd werd.¹¹ Het enige dat erin vermeld stond over PHC vinden we in een hoekje van een begrotingscategorie:

Primary Health Care en basisgezondheidsdiensten: het doel is preventieve, promotionele gezondheidszorgactiviteiten te ontplooiën, met participatie van de gemeenschap: constructie van gezondheidsposten, functionerend als integraal systeem voor de integrale ontwikkeling van de gemeenschap. Van de MINSA-investeringsbegroting 1988 was 6,21% voor deze categorie beschikbaar (MINSA 1988: 92-3).

In het Driejarenplan van later dat jaar, dat zoals gezegd in de praktijk de MINSA-activiteiten bepaalde, kwam het begrip PHC niet voor.

In de op het publiek gerichte documenten van MINSA-Puno en in artikelen van de hand van haar directeur, bleek duidelijk dat Puno haar beleid identificeerde met PHC zoals dat in de Verklaring van Alma Ata voorkomt (MINSA-Puno 1988c; Cornejo 1988, 1989).

De afwijkende interpretatie van het NGB in het departement Cusco deed vermoeden dat de conceptualisering van PHC ook anders was dan op nationaal niveau en in Puno. In de interne beleidsdocumenten van MINSA-Cusco werd PHC niet genoemd.

MINSA-Cusco voerde in die tijd met buitenlandse ontwikkelingsgelden een PHC-project uit, genaamd 'Project voor PHC en ontwikkeling van de gezondheidsdiensten'. Het document dat de eerste fase van drie jaar (1982-85) evalueerde, sprak over de gezondheidsproblematiek in termen van ziekte- en sterftcijfers, terwijl de gerealiseerde activiteiten voornamelijk verticale programma's betroffen. Ook als doeleinden voor de tweede fase (1985-88) werd slechts het verlagen van de ziekte- en sterftcijfers via verticale programma's genoemd. De term PHC kwam in deze en volgende documenten niet voor (MINSA-Cusco/GTZ 1985; MINSA/COPAS 1989). De interviews op dit tweede niveau, met twaalf directeuren van afdelingen, lieten zien dat er twee groepen beleidmakers te onderscheiden waren:

1. een groep directeuren die PHC definieerde zoals dat in het NGB en de Verklaring van Alma Ata gebeurde, met als kernbegrippen: democratisering, integrale strategie voor ontwikkeling, hanteerbaar op alle niveaus (en niet alleen het laagste). Deze directeuren waren van mening dat het begrip 'PHC' in het algemeen binnen de MINSA-organisatie "geprostitueerd" werd als "goedkope gezondheidszorg" en "gezondheidszorg voor de armen";
2. een tweede groep directeuren die PHC definieerde als "preventieve gezondheidszorg", "het geheel van (verticale) programma's", "goedkoop" of "iets dat de gemeenschap zelf doet, zonder het MINSA".

De eerste groep legde er de nadruk op geen lid van de regeringspartij te zijn en/of geen (politieke) vertrouwenspost te bezetten, maar een (a-politieke) carrièrepost. Deze groep bestond uit alle (minus één) directeuren van MINSA-Puno en enkele van MINSA-Cusco. Laatstgenoemden maakten duidelijk dat zij weinig of geen macht hadden binnen MINSA-Cusco. Eén van hen zei zelfs voor een half jaar met 'verlof' gestuurd te zijn vanwege zijn te progressieve ideeën. Een ander had, na aanvankelijk enthousiasme voor het nieuwe elan van het NGB, na twee jaar ontslag genomen – uit desillusie over de werkwijze van MINSA-Cusco. De tweede groep werd gevormd door de meeste directeuren van MINSA-Cusco en één van MINSA-Puno (de enige die op een partijpolitieke post zat). Hun definitie van PHC leek op de 'prostitutie' waar de andere groep het over had.

Uit de interviews met alle drie provinciale MINSA-directeuren in het departement Cusco en vier van de zes in het departement Puno bleek dat de hierboven beschreven verschillende tendensen in beide departementen zich doorzetten. Alle vier geïnterviewde Puno-directeuren identificeerden PHC min of meer met: het NGB, democratisering van de gezondheidszorg en zorg van goede kwaliteit. Bijna allen zeiden echter ook dat "in Peru niet het werkelijke PHC-concept gebruikt werd", maar dat het PHC-concept misbruikt werd als een "tweederangs gezondheidszorg voor derderangs burgers". Alle Cusco-directeuren definieerden PHC als preventieve gezondheidszorg; één meende dat PHC op het allerlaagste niveau tussen gezondheidspost en gemeenschap bedreven werd,

de tweede dat het op alle niveaus plaats moest vinden en de derde dat het het integraal toepassen van alle verticale programma's inhield.

Op districtsniveau (gezondheidscentra) was er geen verschil meer tussen Cusco en Puno. Bijna alle respondenten, de meesten arts, definieerden PHC als preventieve-promotionele gezondheidszorg. Eén beschouwde het als curatieve zorg, één als een activiteit op het allerlaagste niveau en één als "eenvoudige behandelingen door gezondheidspromotoren". Op gemeenschapsniveau (gezondheidsposten) meenden bijna alle geïnterviewden, de meesten paramedici, dat PHC hetzelfde was als preventieve gezondheidszorg. Allen zeiden dat PHC op juist op gemeenschapsniveau toegepast werd. Eén identificeerde het met Eerste Hulp ("een aspirine tegen de pijn") en twee met (ook) curatieve hulp. Een laatste zei dat PHC inhield dat de boerengemeenschappen zelf hun problemen maar moesten zien op te lossen. Van de zeven gezondheidspromotoren hadden de drie in het departement Puno geen idee van de betekenis van PHC. De vier in Cusco hadden elk een andere definitie: moeder-kindzorg; preventieve gezondheidszorg; "het zelfbewust maken van de gemeenschap"; en iets dat "in de steden" voorkomt, waarvoor je "in de rij" moet staan, "geld moet betalen" en waarvoor je "formulieren moet invullen" (i.e. identificatie met het formele medische systeem).

De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat het PHC-concept als zodanig geen actueel onderwerp was binnen het MINSA. Wel zeiden de meeste respondenten dat zij (of het MINSA) "aan PHC deden". Door een aantal respondenten, met name in Puno, werd gewezen op de 'prostitutie' van het concept PHC binnen het MINSA en in Peru. Op het nationale niveau bestond geen conceptuele tegenstelling met het internationale Alma Ata-niveau toen PHC nog op de agenda stond. Na het aftreden van minister Tejada werd het daar al snel van afgevoerd en voor zover dat niet gebeurde leek de definitie in niets op de binnen het NGB gehanteerde. Binnen MINSA-Cusco leek de conceptualisering van PHC door degenen die het beleid bepaalden nauwelijks op die van het initiële nationale niveau of Alma Ata; degenen die zich wel met Alma Ata identificeerden hadden niet de macht dit in beleid om te zetten. Op lagere niveaus raakt de definitie steeds verder van die van Alma Ata verwijderd. In Puno leek de 'eenheid van doctrine' op zowel het tweede als derde niveau bereikt te zijn. Op lagere niveaus leek de stand van zaken echter niet beter dan in Cusco en wat de promotoren betreft zelfs slechter. Kortom, terwijl de meesten zeiden PHC toe te passen, leek de inhoud ervan in de praktijk in niets op de inhoud die het in Alma Ata had. Of deze conceptuele tegenstelling uit belangentegenstellingen te verklaren valt, wordt uit het onderzoek niet duidelijk. Wel is duidelijk dat het bestaan van verschillende betekenissen van de term PHC effectief gezondheidsbeleid blokkeerde.

Werkelijkheidsdefinities

Niet altijd hebben conceptuele tegenstellingen te maken met belangentegenstellingen; ook de 'werkelijkheidsdefinitie' kan een rol spelen. Voor ons thema is dan met name de definitie inzake de aard van de problematiek van gezondheid van belang. Het is immers heel goed denkbaar, dat op het niveau van artsen in rurale gezondheidscentra een andere definitie van de gezondheidsproblematiek bestaat dan op het niveau van beleidsfunc-

tionarissen in Puno. Dergelijke van elkaar verschillende definities zouden we ook ervaringstegenstellingen kunnen noemen, waarbij het gaat om fundamenteel verschillende inzichten in de aard van de problematiek. Dat wil zeggen dat niet alleen belangtegenstellingen maar ook ervaringstegenstellingen (werkelijkheidsdefinities) ten grondslag kunnen liggen aan de conceptuele tegenstellingen die het onderwerp van dit artikel zijn. Overigens is het onderscheid tussen deze twee tegenstellingen enigszins kunstmatig. Ervaringen worden immers gekleurd door belangen en wat als belang gezien wordt, wordt deels bepaald door ideeën over de werkelijkheid.

Tabel 4. Achterliggende oorzaken van de gezondheidsproblematiek in Peru in volgorde van belangrijkheid, volgens respondenten

1. Slecht functionerend MINSA/gezondheidszorgdiensten
 - ontoegankelijk (te duur)
 - laag vaccinatiepercentage
 - desinteresse
 - materiaalgebrek
2. (Veranderende) cultuurpatronen en gewoontes
 - transculturizatie & onkunde m.b.t. voeding
 - gebrek aan persoonlijke hygiëne
3. Stagnerende agrarische productie
 - gebrek aan (productieve) grond & inputs
 - te lage minimumprijzen voor producten
4. Sociaal-economische situatie/economische crisis
 - inflatie
 - werkloosheid
 - te weinig overheidsfinanciën
5. Armoede
 - inadequate voeding, kleding, huisvesting en weerstand wegens gebrek aan inkomen
6. Gebrekkige sanitatie
 - gebrek aan veilig drinkwater, riolering en hygiëne-voorlichting
7. Marginalisering platteland
 - onrechtvaardige sociaal-economische structuren
 - desinteresse van de overheid in verbetering
8. Klimaat/geografie
 - hoogte, koude, regentijd, seizoenswisseling, geaccidenteerde geografie

Wanneer meningen over de aard van de problematiek fundamenteel verschillend zijn zal het eerder voorkomen dat beleid niet wordt uitgevoerd dan wanneer de inzichten min of meer overeenstemmen – zeker waar het meningsverschillen over het problematisch karakter van bestaande machtsstructuren betreft. Om deze mogelijke verklaring te on-

derzoeken in de Peruaanse situatie, geeft Tabel 4 een overzicht van de problemen, die volgens 42 respondenten de onderliggende oorzaken zijn van de problematiek in de gezondheidssector.

Uit de verschillen in antwoorden tussen de respondenten viel op te maken dat de probleemdefinitie door het departementale MINSA-Cusco nogal afweek van de analyse door het nationale MINSA-niveau, die de basis vormde voor het NGB. Aan het structurele probleem van de verwaarlozing van het platteland (stagnatie landbouwproductie, marginalisering) werd relatief weinig waarde toegekend. Overigens scoorde het probleem van de marginalisering op geen enkel niveau hoog. 'Stagnering van de agrarische productie' leek slechts op het niveau van de *promotores* als een probleem te worden ervaren, waarschijnlijk omdat die zelf meestal *campesino* waren. Als grootste problemen voor MINSA-Cusco golden '(veranderende) cultuurpatronen en gewoontes' van de bevolking¹² en 'gebrekkige hygiëne' (persoonlijk en qua infrastructuur). Een dergelijke probleemdefinitie op het departementale beleidsniveau bevorderde niet bepaald het inzicht dat transformatie en democratisering van de gezondheidssector nodig zijn, zoals in het NGB gesteld werd. Op lagere niveaus (waar te weinig interviews gehouden zijn om representatief genoemd te mogen worden) lag de probleem-definiëring iets anders, maar niet fundamenteel verschillend. De gezondheidssector werd vaker als probleem ervaren. Dit lijkt logisch, daar gebrek aan werkmateriaal, medicamenten, vervoer en bijvoorbeeld supervisie zich vooral hier deden gelden. Opvallend was verder dat op lagere niveaus de sociaal-economische situatie wel als probleem werd aangeduid en op het hoogste niveau niet. Misschien kwam dit doordat de MINSA-medewerkers op lagere niveaus het financieel moeilijker hadden; aan de andere kant was ook door respondenten op het departementale MINSA-niveau gezegd dat men 's middags een tweede baan had om voldoende inkomsten te vergaren. De gezondheids*promotores/campesinos* noemden niet zozeer 'marginalisering' als probleem, maar 'armoede' en 'stagnatie van de agrarische productie'. Het is verder opvallend dat ook zij '(veranderende) cultuurpatronen en gewoontes' als een van de grotere problemen ervoeren.

Op het niveau van MINSA-Puno was de probleemdefinitie volstrekt verschillend van die van MINSA-Cusco en meer structureel van aard. De problemen van de marginalisering en van de stagnerende landbouwproductie scoorden hier het hoogst, naast dat van een slecht functionerend MINSA. De probleemdefinitie op het provinciale niveau was gelijksoortig. Op het vierde niveau (gezondheidsposten) was dat al een stuk minder: marginalisering werd niet meer als zeer problematisch ervaren, de stagnerende agrarische productie nog wel. Daar werden de cultuurpatronen en gewoontes als het grootste probleem gezien. Op het vijfde niveau zette deze trend zich voort. Ook in Puno noemden de *promotores* cultuurpatronen en gewoontes als een groot probleem, naast armoede en stagnerende landbouwproductie.

Mijn conclusie is dat de analyse van de werkelijkheidsdefinities per niveau suggereert dat deze parallel liepen met de conceptualisering van het NGB. Dit betekent dat er niet alleen conceptuele tegenstellingen waren tussen MINSA-Cusco en het nationale niveau voor wat betreft het NGB, maar dat er ook 'ervaringstegenstellingen' bestonden over de achterliggende oorzaken van de gezondheidsproblematiek. In het geval van het

departement Puno betekent het, dat de conceptuele eensgezindheid die we tussen het nationale, departementale en provinciale niveau aantreffen samenging met onderling vergelijkbare werkelijkheidsdefinities; en dat de geconstateerde conceptuele tegenstellingen tussen de beleidsniveaus aan de ene en de uitvoerende niveaus aan de andere kant samengingen met ervaringstegenstellingen.

Conclusies

Onderzoek vanuit meer-niveau perspectief heeft nieuw licht geworpen op PHC in Peru. Het heeft aannemelijk gemaakt, dat conceptuele tegenstellingen de beleidsformulering en -uitvoering van PHC op de verschillende niveaus van de staatsgezondheidszorgdiensten beïnvloedden. In het geval van twee departementen in Peru kan geconcludeerd worden dat er conceptuele tegenstellingen bestonden ten aanzien van de inhoud van het Nationale Gezondheidsbeleid en het concept Primary Health Care. Deze tegenstellingen deden zich zowel voor tussen het nationale en departementale niveau (voorbeeld Cusco) als tussen lagere niveaus (voorbeeld Puno). De tegenstellingen werden onder andere veroorzaakt door belangentegenstellingen, zoals politiek-economische belangen, partij-politieke belangen en de *trained incapacity* van met name artsen ten aanzien van de uitvoering van PHC-beleid. Ook naïviteit en onkunde (gebrek aan goed opgeleid kader) speelden een rol. Opvattingen die PHC ontteden van zijn politieke inhoud blokkeerden effectief PHC-beleid. Blokkering vond soms plaats door conceptuele tegenstellingen te hullen in versluisend taalgebruik, maar ook via min of meer openlijke oppositie. Daarnaast bleken belangentegenstellingen ook direct in openlijke oppositie vertaald te worden, zonder tussenkomst van conceptuele tegenstellingen; ook via deze weg werd PHC-beleid geblokkeerd. In die gevallen speelden onder meer de professionele belangen van artsen en de geringe motivatie van (para)medisch personeel op lagere niveaus een rol. Voorts bleek dat het bestaan van conceptuele tegenstellingen op de diverse niveaus 'spoorde' met ervaringstegenstellingen (werkelijkheidsdefinities) op deze niveaus. PHC bleek een tē politiek (en daardoor controversieel) concept om te kunnen dienen als beleidsinstrument voor een rechtvaardiger gezondheidszorg.

Noten

Hermen Ormel is ontwikkelingssoeiooloog. Hij deed onderzoek in Peru en werkte in een plattelandsonwikkelingsproject in Costa Rica. Momenteel is hij werkzaam bij het Bevolkingsfonds (UNFPA) van de Verenigde Naties in Nicaragua.

1. Dit artikel is een bewerking van een paper dat werd gepresenteerd op het Seminar 'Cognitieve aspecten van gezondheidszorg: een multi-level perspectief', gehouden te Leiden op 16 november 1990.
2. De gezondheidssector zou men als volgt kunnen indelen: (a) de niet-publieke diensten: deze betreffen het ziekenfonds (alleen toegankelijk voor de tien percent van de bevolking die in loondienst is), de privé-klinieken, de gezondheidsdiensten van leger en politie en NGO's zonder winst oogmerk; (b) de traditionele gezondheidszorg: er zijn schattingen dat 30-40 percent van de bevolking uitsluitend toegang tot dit deel heeft; (c) de publieke diensten van het Ministerio de Salud (MINSA), die naar schatting ook 30-40 percent van de bevolking bedienen. (Muller z.j.: hfdst. 3, p. 11; data hebben betrekking op Peru, Colombia en Guatemala).

3. APRA = Alianza Popular Revolucionaria Latinoamericana
4. Zie onder andere: Vroom 1980; Pillsbury 1982; Simonis 1983; Quarles van Ufford 1988.
5. Zie de inleiding van Van der Geest elders in dit nummer. Zie ook Van der Geest 1987, Research Group 'Linkages, Medical Systems Research' 1988 en Santosa 1988.
6. Deze NGO was het Centro de Medicina Andina te Cusco. Zonder de organisatorische, logistieke, financiële en adviserende steun van het CMA had dit onderzoek nooit uitgevoerd kunnen worden.
7. De complete onderzoeksresultaten zijn neergelegd in een doctoraal scriptie, die is opgenomen in het bestand van medisch-antropologische scripties dat elders in dit nummer besproken wordt. De scriptie is geschreven in het Spaans en bevat een korte, Nederlandstalige samenvatting. De titel van de scriptie is: 'Atención Primaria de la Salud en el Perú: Percepciones Conflictivas' (Ormel 1991).
8. Respondenten noemden zeer uiteenlopende redenen voor het aftreden van minister Tejada de Rivero: Tejada zou na 26 jaar buitenland (o.a. WHO) te weinig contact hebben met de realiteit van de APRA-achterban en de MINSA-bureaucratie; pressie van vakbonden van medici; pressie van de farmaceutische industrie uit onvrede over te lage maximumprijzen van medicamenten; negatieve berichtgeving in de pers vanwege te hoge prijzen van medicamenten; politieke pressie vanuit de APRA; gebrek aan autoriteit van Tejada om het NGB daadwerkelijk uit te voeren.
9. In het hedendaagse Peru met zijn op Mao respectievelijk Cuba georiënteerde guerrillabewegingen kan spreken over verandering van de politiek-economische machtsstructuren en over de oorzaken van het armoedeprobleem de (zeer gevaarlijke) beschuldiging van 'subversie' opleveren.
10. Overigens wordt over het bestaan van partijpolitieke 'vertrouwensposten' (in tegenstelling tot 'technische' - of 'carrière'-posten) niet geheimzinnig gedaan. Het onderzoeksinstituut DESCO becijferde eens dat een nieuwe regering minimaal 5.200 vertrouwensposten te vervullen heeft bij haar aantreden (Peru Komitee Nederland 1990).
11. Significant detail: degene van het MINSA-Cusco die mij dit jaarplan uitleende, benadrukte dat ik tegen haar collega's niet mocht zeggen dat zij dit document in bezit had, omdat iedereen het dan zou willen lenen en zij het nooit meer zou terugzien – verder bezat of kende niemand het.
12. 'Veranderende' cultuurpatronen en gewoontes' van de bevolking zou dan met name betrekking hebben op transculturisatie, waarbij relatief hoogwaardige, zelf geproduceerde produkten (bepaalde granen, eieren) op de markt verkocht zouden worden om ervoor in de plaats relatief laagwaardige maar 'moderne' voedingsmiddelen als pasta's, rijst en suiker te kopen. Daarnaast worden onder andere gebrek aan kennis van de voedingswaarde van bepaalde produkten genoemd en de gewoonte om geen of weinig groente te eten.

Literatuur

- Cornejo R.D., I.
 1988 En Defensa de la Vida. *Rijchary*, Revista Trimestral de Sociedad, Nutrición y Salud 2(3-4): 30-37.
- 1989 Hechos y Perspectivas de la Salud en el medio Rural. In: L. van der Hoogte & C. Roersch (eds) *La Atención Primaria de Salud – Perspectivas y Planteamientos en el Peru*. Cusco: Centro de Medicina Andina.
- Geest, S. van der
 1987 Tegenstrijdigheden in 'Primary Health Care': een schakelingenperspectief. *Sociologische Gids* 34(2): 98-116.
- Hulshof, J.A.M.
 1986 *Gezondheidszorg, bereikbaar voor iedereen?* Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Lima/Amsterdam.

- MINSA-Cusco
- 1987 *Informe y perspectivas de trabajo en la prorroga del proyecto de Atención Primaria y desarrollo de servicios de salud*. Convenio Perú-Alemania (GTZ) en la UDES-Cusco. Cusco: Ministerio de Salud.
- 1989a *Plan Operativo de desarrollo a corto plazo, año 1989*. Cusco: Ministerio de Salud.
- 1989b *Plan de Acción Local para los próximos doce meses, junio 1989-julio 1990*. Cusco: Ministerio de Salud.
- MINSA-Cusco/COPAS
- 1989 *Plan Operativo 1989-91*. Cusco: COPAS.
- MINSA-Cusco/GTZ
- 1985 *Proyecto de Atención Primaria y Desarrollo de Servicios de Salud – Convenio Perú-Alemania 1982-1985 GTZ-Fase I*. Cusco: Convenio Perú-Alemania (GTZ).
- MINSA-Lima
- 1985 *Política Nacional de Salud. Presentación del Sr. Ministro de Salud, Dr. David Tejada de Rivero*. Lima: Ministerio de Salud.
- 1988 *Plan de Desarrollo del Sector Salud 1988*. Lima: Ministerio de Salud.
- 1989 *Plan Trienal Multisectorial de protección del niño*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA-Puno
- 1988a *Informe Análítico Cualitativo de las Acciones Realizadas por la UDES Puno en el año de 1987*. Puno: Ministerio de Salud.
- 1988b *Plan Operativo 1988*. Puno: Ministerio de Salud.
- 1988c *Kantati Illary*. Boletín de la Comisión de Salud Comunitaria.
- Muller, F.
- 1983 *Contrasts in community participation: case studies from Peru*. In: D. Morley et al (eds), *Practising health for all*. Oxford: Oxford University Press.
- Muller, F. met E. Rubin de Celis en A. Turizo Callejas
z.j. *Pobreza, participación y salud: casos latinoamericanos*. Ongepubliceerd.
- Ormel, H.
- 1991 *La Atención Primaria de la Salud en el Perú: Percepciones Conflictivas*. Doctoraalscriptie Vrije Universiteit Amsterdam.
- Peru Komitee Nederland
- 1990 *Peru Informatie* 25: 5.
- Pillsbury, B.L.K.
- 1982 *Policy and Evaluation Perspectives on Traditional Health Practitioners in National Health Care Systems*. *Social Science and Medicine* 16: 1825-34.
- Quarles van Ufford, Ph.
- 1988 *The hidden crisis in development: Development bureaucracies between intentions and outcomes*. In: Ph. Quarles van Ufford, D. Kruyt & Th. Downing (eds) *The hidden crisis in development: Development bureaucracies*. Tokyo/Amsterdam: United Nations University/Free University Press.
- Reid, M.
- 1985 *Peru: paths to poverty*. London: Latin American Bureau 'Research and Action' Ltd.
- Research Group 'Linkages, Medical Systems Research'
- 1988 *Primary Health Care in a multi-level perspective*. Position paper for the international seminar on primary health care, 16-18 November, Wassenaar, The Netherlands.

Santosa, P.H.

- 1988 Participation from below in hierarchical bureaucracies: The unsolved dilemma in Indonesian Primary Health Care. In: Ph. Quarles van Ufford, D. Kruyt & Th. Downing (eds) *The hidden crisis in development: Development bureaucracies*. Tokyo/Amsterdam: United Nations University/Free University Press.

Simonis, J.B.D.

- 1983 *Uitvoering van beleid als probleem*. Amsterdam: Kobra.

Tejada de Rivero, D.

- 1982 Primary Health Care – World strategy. In: S. Brems (ed) *Message from Calcutta*. Highlights of the III International Congress of the World Federation of Public Health Associations and the XXV Annual Conference of the Indian Health Association: Primary Health Care: World Strategy. February 3-26, 1981, Calcutta, India. Geneva/Washington, D.C.: WFPHA.

Vroom, C.W.

- 1980 *Bureaucratie: het veelzijdige instrument van de macht. Een voorstel tot herordening van de organisatie-sociologie*. Alphen a/d Rijn: Samson.

World Bank

- 1990 *World development report 1990*. Oxford etc.: Oxford University Press.