

Greens Release Plan for Solar Panels on Every Public Housing Home

www.lynnmaclaren.org.au. Jan. 29, 2013. The Greens have unveiled a \$68 million plan to slash the power bills of some of the state's poorest families and pensioners while cutting greenhouse gas emissions by 74,000 tonnes a year.

The plan would see 1.5kW solar systems installed on the roofs of every public and community housing dwelling across the state.

Housing spokesperson for the Greens Lynn MacLaren MLC said the initiative would help families and other public and community housing tenants by bringing down their cost of electricity by an average of \$500 a year.

"At the same time it will assist in bringing down the state's carbon emissions and boosting the solar energy industry in WA," Ms MacLaren said.

"It is a win, win, win situation.

"With a relatively small government investment we could provide a boost to the budget bottom line of thousands of pensioners and families while at the same time reducing the state's carbon emissions.

"We have around 22,000 public housing homes and apartments across WA and another nearly 8,000 community housing units. Their roofs could be used to assist householders in meeting rising utilities costs while at the same time reducing the state's growing carbon footprint.

Read more:
<http://www.lynnmaclaren.org.au/greens-release-plan-solar-panels-every-public-housing-home>

Jane Weru - Security of Tenure for The Urban Poor

A Critical Tool For Sustainable Social and Community Resilience

rockefellerfoundation.org. January 27, 2013.

In our new publication, titled *Rebound: Building a More Resilient World*, we asked leaders from various disciplines to share their lessons of what resilience means and what it requires of us. Through the lens of their own experiences, we can begin to explore some of the ways we can help prepare for, withstand and emerge stronger from the acute shocks and chronic stresses of the 21st century. Jane Weru, Executive Director of The Akiba Mashinani Trust explains how vulnerable communities could become resilient, citing the Mukuru people as a prime example.

Nairobi is a thriving metropolis that unfortunately suffers from high levels of inequality and violence. 65% of the city's population of 4 million lives in the highly marginalized densely populated slums of the city, where residents face conditions of considerable insecurity and indignity characterized by single 10' x 10' shacks made of galvanized sheets, wood, polythene, wattle or mud with little access to clean water, sanitation, health care, schools and other essential public services. The poor who live in these fragile areas are at the mercy of environmental vagaries, especially flooding. Overcrowding raises the risk of respiratory illness. Contaminated water supply and unsanitary waste disposal causes gastrointestinal problems, skin ailments, cholera, typhoid and other infectious diseases. Malnutrition is highly visible among children. At almost every turn, these factors thwart efforts by these communities to become resilient.

Read more: <http://www.rockefellerfoundation.org/security-tenure-urban-poor>

John Lee Anderson - Excerpt: Letter from Caracas - Slumlord

The New Yorker. Jan., 28, 2013. What has Hugo Chávez wrought in Venezuela? By Jon Lee Anderson.

LETTER FROM CARACAS about the Tower of David, which is the world's tallest slum, and the man who runs it, Alexander (El Niño) Daza. Hugo Chávez has said that he wants to remake Venezuela into "a sea of happiness and of real social justice and peace." His pronounced goal was to elevate the poor. In Caracas, the country's capital, the results of his fitful campaign are plain to see. For decades, as one of the world's most oil-rich nations, Venezuela had a growing middle class, with an impressively high standard of living. Hundreds of thousands of immigrants from the rest of Latin America and from Europe helped give Caracas a reputation as one of the region's most attractive and modern cities.

Read [more](#) -
Excerpt: <http://www.newyorker.com/reporting/anderson#ixzz2JYDw9KXs>

Over Break, Cornell Students Build Sustainable House In Nicaragua

www.sustainablecampus.cornell.edu - By Emma Jesch via the Cornell Daily Sun

Over winter break, Cornell students began building an affordable and environmentally sustainable model house in Nicaragua.

The students, who are part of Cornell University Sustainable Design — an

organization that promotes sustainability through design — traveled to Nagarote, Nicaragua to build the house. The house will serve not only as a home for a family, but also as a platform to demonstrate ideal eco-friendly housing initiatives, said Kai Keane '14, one of the students who led the project.

The house and its landscaping — part of the Sustainable Neighborhoods Nicaragua project — are the product of more than three semesters' worth of research on designing sustainable and affordable housing for low-income Nicaraguan families, according to Keane. The house is scheduled to be completed around mid-February 2013, according to SNN's press release.

The project team said it hopes the house can act as a precedent to ameliorate Nicaragua's housing shortage.

"Nicaragua currently faces a severe housing shortage," the team's press release said. "Two out of every three Nicaraguans confront difficulties related to housing."

As the project team looks to the future, it hopes to eventually broaden the scope of its work, according to Keane.

"We hope that this project can extend much farther than just this one house," Keane said. "It can be replicated all over and eventually [can be] nationally implemented."

Read more: [Over Break Cornell Students Build Sustainable House In Nicaragua](#)

Planning, Connecting, and Financing Cities Now

January 24, 2013. Worldbank Publications.

This report provides Mayors and other policymakers with a policy framework and diagnostic tools to anticipate and implement strategies that can avoid their cities from locking into irreversible physical and social structures.

Full text: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821398395>

Van yatiri tot privékliniek - Interculturaliteit in de gezondheidszorg in Bolivia - deel 1



Foto: Chakana

Toegang tot goede gezondheidszorg is een belangrijke basisbehoefte. Maar wat is goede gezondheidszorg? Als wij in Nederland ziek worden, hebben we er in de meeste gevallen wel vertrouwen in dat onze huisarts of een specialist in het ziekenhuis ons weer geneest. We begrijpen min of meer hoe het zorgsysteem in elkaar steekt, en hoeven ons over de kosten van de behandeling nauwelijks zorgen te maken omdat we verzekerd zijn. Als we in het buitenland zijn, wordt de situatie al lastiger. De arts spreekt onze taal niet en we weten niet hoe het systeem werkt. Hetzelfde geldt natuurlijk voor immigranten in Nederland die het Nederlands nog niet goed beheersen.

Dit soort problemen speelt ook in andere landen met een cultureel diverse bevolking. Voor de inheemse inwoners van ontwikkelingslanden kan het Westerse zorgsysteem vreemd, onbegrijpelijk en angstaanjagend overkomen. In veel gevallen vertrouwen zij liever op hun eigen inheemse geneeskunde, vaak

uitgevoerd door medicijnmannen en -vrouwen. Of mensen wel of niet gebruik maken van het zorgaanbod is daarmee niet alleen een kwestie van bijvoorbeeld kwaliteit, kosten of afstand, maar ook van culturele acceptatie. Dit is een interessant onderwerp in een land als Bolivia, waar twee derde van de bevolking zichzelf tot een inheemse bevolkingsgroep rekent. Echter, het grootste deel van hen woont in de stad, waar ze dagelijks in aanraking komen met de westerse levensstijl en een groot aanbod van westerse gezondheidszorg bij de hand hebben.

Dit boekje is gebaseerd op eigen onderzoek in Bolivia naar het zorggebruik van de bevolking in de inheemse migrantenstad El Alto, en de factoren die dit zorggebruik beïnvloeden. In hoeverre wordt dit zorggebruik beïnvloed door cultuurverschillen tussen de inheemse bevolking en de moderne artsen? El Alto is hiervoor een bijzonder interessant onderzoeksgebied.

De stad wordt ook wel La Capital Andina genoemd, hoofdstad van de Andes. De bevolking is voor 98% inheems, waarvan het overgrote deel van Aymara afkomst is, de bevolkingsgroep die in het hele Andesgebied van zowel Bolivia als ook in Peru, Chili en Argentinië woont. Bijna alle inwoners zijn rurale migranten van de eerste of tweede generatie. Al deze migranten hebben in de stad een hele nieuwe wereld leren kennen, een wereld waar andere regels en omgangsvormen gelden dan in de kleine gemeenschappen van het platteland en waar de Westerse cultuur dominant is.

Daarnaast zijn in El Alto alle vormen van gezondheidszorg aanwezig. Er zijn gezondheidscentra en ziekenhuizen in alle soorten en maten, er zijn apotheken, maar er zijn ook inheemse genezers. De inwoners van El Alto hebben dus een ruime keuze van verschillende zorgaanbieders waar zij in geval van ziekte gebruik van kunnen maken.

Hoofdstuk 1 en 2 geven achtergrondinformatie over cultuurverandering bij migranten en de verschillen tussen de moderne en de traditionele gezondheidszorg. In hoofdstuk 3 en 4 wordt het zorgstelsel van Bolivia en El Alto toegelicht. In hoofdstuk 5 wordt beschreven hoe het zorggebruik van de bevolking in El Alto eruit ziet en waardoor dit zorggebruik wordt bepaald. Afsluitend volgen enkele aanbevelingen om de zorg in El Alto toegankelijker te maken voor haar bevolking.

1. Behoud van traditie of acculturatie?

Een migrant in de stad

Al tijdens de kolonisatie werden de oorspronkelijke bewoners van de koloniën, vaak de huidige ontwikkelingslanden, westerse normen en waarden opgelegd. Het christendom werd geïntroduceerd, de taal van de koloniale macht werd de officiële taal, nieuwe technieken werden overgebracht en ook werd een andere vorm van gezondheidszorg en geneeskunde geïntroduceerd.

Het begin van de ontwikkelingssamenwerking, in de jaren 50 en 60 van de vorige eeuw, werd bepaald door het moderniserings denken. Het idee was dat ontwikkelingslanden hetzelfde pad naar ontwikkeling moesten volgen als Europa en de VS hadden gedaan. Traditionele landen moesten daarvoor worden getransformeerd tot moderne landen. Niet alleen op het gebied van de economie en techniek, maar ook sociaal en cultureel. Traditionele culturen werden gezien als een belemmering voor economische ontwikkeling. Behalve de invoering van nieuwe, moderne technieken, zou het daarom ook nodig zijn om juridische, politieke, educatieve en organisatorische hervormingen door te voeren.

Deze pogingen om landen op alle gebieden te moderniseren slaagden echter zelden. Dit kwam vooral door het ruimtelijke aspect van het moderniseringsbeleid: het idee was om de moderne samenleving in de grote steden op te starten, vanwaar het zich via de hoofdwegen uit zou spreiden naar omliggende kleinere steden, vanwaar ook het platteland bereikt zou worden. In de praktijk werkte dit echter niet zo en ontstonden er duale samenlevingen, waarin vooral de steden gemoderniseerd werden en het platteland in dit proces achterbleef. Dit leidde tot grote economische en sociale verschillen tussen stad en platteland. Sinds de jaren '80 van de 20e eeuw werden daardoor andere theorieën dominant in de ontwikkelingssamenwerking en het economisch beleid van ontwikkelingslanden, met bijvoorbeeld meer aandacht voor de ontwikkeling van de rurale gebieden en rekening houdend met de specifieke culturele en sociale situatie van elk land. Deze nieuwe ideeën hebben echter de ongelijkheid, die tijdens

de eerste decennia van ontwikkelingssamenwerking is ontstaan, niet ongedaan kunnen maken (Potter et al. 2004).

Migratie en acculturatie

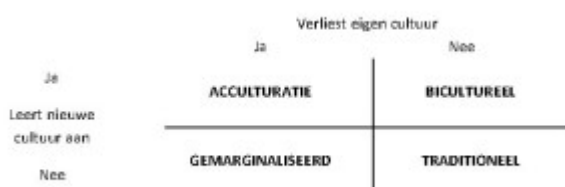
De groeiende ongelijkheid tussen stad en platteland bracht enorme migratiestromen op gang van arme plattelandsbewoners die in de stad een beter leven verwachtten. Dit was in de meeste gevallen ijdele hoop, want deze mensen ontbrak het aan de essentiële kennis en vaardigheden om de kansen die de stad biedt, te benutten. Behalve de sociale en economische verschillen tussen stad en

platteland, ontstonden er ook grote culturele verschillen. Waar op het platteland de traditionele religies, gewoontes en tradities bleven voortbestaan, nauwelijks beïnvloed door globalisering, kwam de bevolking in de stad steeds meer in aanraking met de westerse cultuur, eerst geïmporteerd door de koloniale overheersers en later door de opkomst van de massamedia (Knox & Marston 2003; Cypher & Dietz 2004).

Migratie naar de stad betekent daarmee niet alleen dat de technische kennis van een boer geen nut meer heeft, maar ook dat deze boer zich ineens in een compleet andere sociale en culturele context bevindt waarvan hij de regels, normen en gewoontes niet kent. Het sociale netwerk uit het dorp van oorsprong valt weg, hij weet de weg niet te vinden naar verschillende diensten en overheidsinstanties, de samenleving is minder religieus of hangt een andere religie aan dan deze boer, en in veel gevallen is zelfs de taal nieuw (Cypher & Dietz 2004).

De migrant kan hier op verschillende manieren mee omgaan (zie schema 1). Een mogelijkheid is om de tradities te vergeten en zo snel mogelijk de nieuwe cultuur aan te leren. Dit noemen we acculturatie. Anderen wijzen deze nieuwe cultuur af en proberen zoveel mogelijk volgens hun oude gewoontes te blijven leven.

Ook is er een biculturele middenweg: biculturele migranten kunnen dan beide culturen gebruiken, al naar gelang de situatie, door zich bijvoorbeeld binnenshuis of in de omgang met andere migranten uit hun regio anders te gedragen dan wanneer zij op hun werk zijn of in contact zijn met een overheidsinstantie. Een kleine groep probeert wel hun oude tradities te vergeten maar het lukt hen niet om de nieuwe cultuur aan te leren. Zij horen dan nergens meer bij en raken gemarginaliseerd (Landrine & Klonoff 2004).



In de meeste gevallen zal een migrant zich wel tot op bepaalde hoogte aan de nieuwe cultuur aanpassen. Zowel om een biculturele of om een geaccultureerde migrant te worden, moet kennis worden gemaakt met de nieuwe cultuur. Er zijn twee factoren die hierbij een rol spelen: tijd en educatie. Hoe langer een migrant in de stad woont, des te meer zal hij sociaal, economisch én cultureel integreren

(Timmer 2005). Een hoger opleidingsniveau helpt een migrant ook om sneller een nieuwe omgeving te leren begrijpen. In de stad is het bijvoorbeeld belangrijker om goed te kunnen lezen en schrijven. Hiermee krijgt een migrant makkelijker toegang tot informatie over de stad. Daarnaast wordt in de meeste landen in de dominante (westerse) taal onderwezen. Een migrant met een opleiding zal daarom de gangbare taal in de stad al kennen (Terborgh et al 1995).

Gezondheidszorg en migratie

Een belangrijke situatie waarin culturele integratie een rol speelt, is bij het gebruik van gezondheidszorg. Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien, bestaat er in veel landen, zo ook in Bolivia een traditionele geneeskunde náást de moderne geneeskunde die wij in het Westen kennen. Vooral in de stad is het aanbod van beide soorten geneeskunde groot, en kan de migrant dus kiezen van welke aanbieder van gezondheidszorg hij gebruik maakt in geval van ziekte. Dit ‘zorggebruik’ is een onderdeel van de cultuur van de patiënt, en de keuze kan dus ook veranderen als de patiënt zich aanpast aan een nieuwe culturele omgeving (Landrine & Klonoff 2004). Het begrip ‘zorggebruik’ kan als volgt worden gedefinieerd: “Het gebruik door een patiënt van gezondheidszorg in het geval van ziekte waarvoor medische behandeling nodig is”.

Het zorggebruik(i) wordt bepaald door een aantal keuzes die een patiënt moet maken. De eerste keuze is: zoek ik elders hulp of probeer ik het thuis zelf op te lossen? Als de patiënt besluit elders hulp te zoeken, staat hij voor de volgende keuze: maak ik gebruik van de traditionele of van de moderne geneeskunde? In beide gevallen moet hij uiteindelijk beslissen welke van de vele aanbieders hij zal bezoeken, want over het algemeen is de keus groot. Daarbij zijn op het platteland de mogelijkheden voor de traditionele gezondheidszorg vaak groter, en in de stad zijn er juist meer moderne mogelijkheden (WHO 1983).

		Verliest eigen cultuur	
		Ja	Nee
Leert nieuwe cultuur aan	Ja	ACCULTURATIE Gebruikt alleen moderne gezondheidszorg	BICULTUREEL Gebruikt afwisselend moderne en traditionele gezondheidszorg
	Nee	GEMARGINALISEERD Gebruikt geen gezondheidszorg	TRADITIONEEL Gebruikt alleen traditionele gezondheidszorg

Het zorggebruik kan ook volgens het acculturatiemodel worden ingevuld (zie schema 2).

In het volgende hoofdstuk wordt toegelicht wat het verschil is tussen de moderne en de traditionele geneeskunde, vooral toegespitst op de Boliviaanse hoogvlakte. Ook wordt gekeken naar welke factoren van invloed zijn op het zorggebruik van migranten. Het lijkt vanzelfsprekend dat culturele verschillen een grote rol spelen. Maar zijn er ook andere factoren te vinden die de keuzes van patiënten bepalen?

2. Heksen of dokters: de traditionele geneeskunde

In het moderniseringsdenken wordt traditionele geneeskunde vaak als een teken van achterstand gezien (Guarnaccia & Rodríguez 1996). De moderne geneeskunde werd daarom gepromoot als beter alternatief. Een voorbeeld is de poging van Mao Zedong in China om de gezondheidssituatie van de arme plattelandsbevolking te verbeteren. Hij zond honderden artsen met een medische basisopleiding naar de dorpen. Ondanks de zeer gebrekkige opleiding van deze artsen, dacht Mao dat deze artsen de bevolking beter zouden kunnen helpen dan de 'heksen en tovenaars', zoals hij de medicijnmannen noemde (Potter et al 2004). Toch is in de meeste landen de traditionele geneeskunde blijven bestaan, meestal naast de moderne gezondheidszorg (WHO 1983). Recent is nu de internationale aandacht voor deze traditionele kennis van geneeskunde weer opgekomen en wordt het belang van deze geneeskunde onderkend (Tsey 1997). Zo heeft de Wereldgezondheidsorganisatie in 2002 een strategie opgesteld waarin wordt voorgesteld om traditionele geneeskunde te integreren in de formele gezondheidszorg, een internationale standaard op te stellen voor het gebruik van traditionele geneesmiddelen en de kennis over deze geneesmiddelen internationaal beschikbaar te maken (WHO 2002).

Geneeskunde is een belangrijk aspect van een cultuur. De meeste volkeren hebben hun eigen vorm van geneeskunde, vaak gebaseerd op kennis en geloof dat voortkomt uit de culturele context (Barrett 1995). Het is dan ook moeilijk de handelwijze van een inheems volk en van een traditionele genezer te begrijpen zonder ook wat over hun cultuur en wereldbeeld te weten. Omdat dit onderzoek zich uiteindelijk zal toespitsen op de Aymara bevolking van El Alto, gaat onderstaande paragraaf over de Aymara cultuur.

Het magische wereldbeeld van de Aymara

In het wereldbeeld (de kosmologie) van de Aymara bestaan er drie werelden: de bovenwereld, de onderwereld en deze wereld waar de mens leeft. Zon, maan, sterren en bergtoppen vormen de bovenwereld, waar bijvoorbeeld de voorvaderen

en de heilige vogel de condor woont. De onderwereld bestaat uit duistere plaatsen zoals grotten, moerassen en stilstaande waterpoelen. Hier wonen kwade geesten die proberen om zoveel mogelijk chaos en destructie te veroorzaken. In de wereld waar de mens leeft komen ook de onder- en bovenwereld samen: alle plaatsen die deze werelden huisvesten zijn tenslotte bereikbaar of ten minste zichtbaar voor de mens (anders dan in het Christendom, waar hemel en hel veel meer een mystiek karakter hebben; Timmer 2005).

Verbonden met de kosmos

In de wereld van de Aymara staat alles met elkaar in verband. Dat heet het principe van relationaliteit. De mens is zowel op fysiek als ook sociaal en spiritueel gebied met alles om hem heen verbonden. Dit houdt in dat alles wat de mens doet, gevolgen kan hebben op fysiek, sociaal en spiritueel gebied. Deze gevolgen zijn vaak acausaal en niet altijd direct herkenbaar voor een 'Westerling' als oorzaak-gevolg relatie (causale relatie). Ze zouden net zo goed door iets anders kunnen zijn veroorzaakt. Voor de Aymara echter zijn deze acausale verbanden (op sociaal en spiritueel gebied) vaak belangrijker dan de causale verbanden. Ook is het zo dat kleine dingen op microniveau kunnen leiden tot een weerspiegeling van datgene op macroniveau, en andersom.

Bovendien is het mogelijk om bewust in te grijpen in de gebeurtenissen door middel van magisch handelen (bijvoorbeeld door een ritueel). Een voorbeeld: Als een Aymara boer regen nodig heeft om zijn oogst te laten lukken, kan hij ervoor kiezen om druppeltjes water over zijn akker te plengen. Hiermee probeert hij een acausaal verband te leggen tussen zijn eigen actie op microniveau en een regenbui op macroniveau. Als het dan inderdaad gaat regenen, is dat voor de Aymara boer een gevolg van zijn ritueel, terwijl een Westerling dat verband meestal stellig zal ontkennen (Timmer 2005).



Foto: Chakana

Bergen en dalen

Een tweede principe dat van belang is in de Aymara kosmologie is het principe van complementariteit. Dit houdt in alles een complementaire tegenhanger heeft waarmee het een eenheid vormt. Voorbeelden zijn man en vrouw, oud en jong, bergtop en dal, links en rechts, of warm en koud. Tegenstellingen kunnen alleen worden herkend in relatie tot elkaar. Als er bijvoorbeeld geen verschil zou zijn tussen bergtop en dal, zouden deze ook niet bestaan. Toch staat vaak één van de tegenstellingen boven de ander, bijvoorbeeld in sociale zin (de oudere is de baas over de jongere), of in ruimtelijke zin (de bergtop staat boven het dal). En soms heeft de mens een voorkeur voor het ene: liever rijk dan arm, liever gezond dan ziek, en we gebruiken vaker onze rechterarm dan onze linkerarm (Timmer 2005).

Ziekte als noodzakelijk kwaad

Hoe mensen tegen ziekte en gezondheid aankijken, wordt voor een groot deel bepaald door hun cultuur (Fernández Juárez 1999). De perceptie van ziekte van de Aymara's hangt dan ook nauw samen met hun hierboven beschreven kosmologie. Ten eerste geldt het principe van complementariteit ook voor de tegenstelling ziekte-gezondheid. Het een bestaat niet zonder het ander. Met andere woorden: je kunt niet gezond zijn als je niet ook af en toe ziek bent (Timmer 2005).

Maar ook het principe van relationaliteit speelt een rol bij de omgang met ziekte. Door de verbinding van de mens met alles om hem heen, kunnen al deze dingen ook invloed hebben op zijn gezondheid. Daarom worden ziektes bij de Aymara's niet persé veroorzaakt door fysieke oorzaken (zoals een ongeluk, of een virus),

maar kan het ook een sociale oorzaak hebben, zoals ruzie in de familie of met de burens. Zo'n ruzie verstoort tenslotte de harmonie en geeft daarmee de kwade geesten de kans om chaos en ellende (cq ziekte) te veroorzaken.

Bovendien bestaan er bij de Aymara's ziektes die in de Westerse wereld onbekend zijn. Een voorbeeld hiervan is de *susto* (vrij vertaald: 'schrik'). Vooral kinderen lopen een *susto* op, op plaatsen waar de onderwereld huist, zoals begraafplaatsen, ruïnes of grotten. Als een kind een *susto* krijgt, verlaat de geest het lichaam en raakt het kind in een soort apathische toestand (Fernández Juárez 1999). Een ander voorbeeld is *aire* ('wind'). Er zijn goede en slechte winden. Een slechte wind nestelt zich in iemands lichaam, die daardoor bijvoorbeeld een tic ontwikkelt (interview Condori Husaca 2006).

Hieruit vloeit dan ook voort dat ziektes niet alleen met fysieke middelen bestreden kunnen worden (zoals een operatie of een medicijn), maar dat er ook sociale en spirituele middelen aan te pas kunnen komen. Hiermee wordt de geestenwereld gunstig gestemd en de balans in de kosmos weer hersteld. In het geval van een *susto* voert de *yatiri* **(ii)** een ritueel uit om de geest weer terug te roepen naar het lichaam (Fernández Juárez 1999). Een ander voorbeeld is het feit dat de *yatiri* vaak uit *cocabladeren* leest wat de ziekte is van zijn patiënt en hoe deze te behandelen is. Dit is een voorbeeld van hoe het macroniveau (de ziekte) wordt weerspiegeld in het microniveau (de *cocabladeren*). Bij ons zijn ook gelijksoortige manieren van voorspellingen bekend, zoals Tarotkaarten of het oude 'koffiedik kijken' (Timmer 2005).

Wat is traditionele geneeskunde?

Elke bevolkingsgroep heeft een eigen visie op de wereld en een daarbij behorende geneeskunde. Hoewel elke van deze vormen van geneeskunde specifieke, unieke eigenschappen heeft, zijn er veel overeenkomsten. Het belangrijkste aspect dat deze vormen van geneeskunde verbindt, is hun focus op zowel de fysieke gezondheid als het sociale, mentale en spirituele welzijn van de patiënt. Dit is een holistische benadering van de gezondheid die in scherp contrast staat met de moderne geneeskunde, waar alleen aan de fysieke aspecten van gezondheid aandacht wordt besteed, terwijl andere factoren die van invloed kunnen zijn op het welbevinden van de patiënt grotendeels worden genegeerd (Xueqin Ma 1999). De harmonie tussen lichaam, geest en de omgeving speelt een grote rol in de holistische benadering. Daarbij worden zowel medicinale als non-medicinale middelen gebruikt. Medicinale therapieën bestaan daarbij meestal uit geneesmiddelen gebaseerd op kruiden, mineralen en dierlijke stoffen. Non-

medicinale therapieën zijn bijvoorbeeld acupunctuur, manuele therapie of spirituele therapie zoals meditatie of het lezen van de toekomst (WHO 2002). De behandeling op traditionele wijze is dus niet alleen gebaseerd op de kennis over de werking van medicijnen, maar ook op religieuze en spirituele denkbeelden. Daardoor spelen ceremonieën een grote rol bij de behandeling (Barrett 1995). Er zijn in Bolivia evenveel soorten traditionele geneeskunde als dat er culturen zijn. Elke inheemse bevolkingsgroep heeft haar eigen soort genezers en medische kennis en gebruiken. Hier zijn vooral de kallawaya's en de yatiri's interessant om te vermelden.

De kallawaya's van Curva

De kallawaya's zijn de bekendste medicijnmannen van Bolivia. Ze zijn nu de medicijnmannen van de Quechua bevolking, maar hun cultuur gaat terug tot de tijd van de Inca's, toen de kallawaya's aan het hof van de Koninklijke familie werkten. Al werden hun praktijken door de Spaanse kolonisator verboden, ze bestaan nog steeds en staan inmiddels op de UNESCO lijst van het orale en immateriële erfgoed. Wat de kallawaya's zo bijzonder maakt is het feit dat zij een geheel eigen taal hebben, die verder niemand verstaat. Het centrum van de kallawaya cultuur bevindt zich in het dorpje Curva, dichtbij de Peruaanse grens te noorden van het Titicacameer. In tegenstelling tot andere medicijnmannen blijven de kallawaya's niet in hun dorp maar trekken zij het hele jaar door de regio en sommigen zelfs door het hele land. Hoe lang ze ergens blijven hangt af van de behoefte van de lokale bevolking.

Hun behandelmethodes variëren van het toedienen van op kruiden gebaseerde medicijnen tot het uitvoeren van magische rituelen, waarbij bijvoorbeeld Moeder Aarde of de voorouders om hulp worden gevraagd. Het beroep van kallawaya wordt van generatie op generatie doorgegeven. Kinderen die zijn voorbestemd om kallawaya te worden leren al op jonge leeftijd het gebruik van kruiden en rituelen. Later werken ze als assistent van een kallawaya. Om het leerproces af te ronden en toegelaten te worden als kallawaya, moet de leerling uiteindelijk toestemming vragen aan Moeder Aarde en de voorouders om zijn kennis aan te wenden. Hiervoor wordt een ritueel gehouden op een heilige plaats (AECI 2004; interview Condori Husaca 2006).

De yatiri's

De medicijnmannen van de Aymara's heten yatiri's, dat 'hij die veel weet' betekent. Ieder Aymara dorp op de hoogvlakte heeft een eigen yatiri. Men kan

yatiri worden als het is voorbestemd, maar meestal wordt het beroep van generatie op generatie doorgegeven binnen de familie. Voordat een leerling zelf als yatiri kan gaan werken, zal hij wel moeten bewijzen tegenover de gemeenschap dat hij een goede medicijnman is om zo het vertrouwen van zijn potentiële klanten of patiënten te winnen.

Er zijn veel overeenkomsten tussen kallawaya's en yatiri's, die vooral liggen in de vergelijkbare wereldbeelden en ideologieën van de Quechua en Aymara cultuur (Timmer 2005). Zelf onderstrepen de verschillende medicijnmannen echter juist de verschillen, waar bij het grootste verschil is dat de kallawaya's vooral kruidendokters zijn, terwijl de yatiri vaker gebruik maakt van spirituele rituelen (interview Condori Husaca 2006).

De yatiri leest bijvoorbeeld uit cocabladeren wat de ziekte is van de patiënt en ook hoe deze het beste behandeld kan worden. De behandeling kan vervolgens bestaan uit een kruidenmedicijn of een ritueel. Zo wordt in geval van een susto de geest van de patiënt teruggeroepen. In andere gevallen kan het nodig zijn om Pachamama(iii) gunstig te stemmen door haar een offerande te doen (Fernández Juárez 1999).

De yatiri wordt niet alleen bij het voorkomen en genezen van ziektes ingezet, maar ook bij andere spirituele gebeurtenissen zoals de inwijding van een nieuwe auto of een nieuw huis, een gebruikelijk ritueel onder de Aymara bevolking (Timmer 2005).



Foto: Chakana

Traditioneel vs. modern: een tegenstelling tussen efficiëntie en aandacht

Wat zijn nou de grootste verschillen tussen de moderne en de traditionele gezondheidszorg op de Boliviaanse hoogvlakte? Dit begint al bij de

omgangsvormen tussen patiënt en de behandelaar. De yatiri, die altijd onderdeel uitmaakt van een Aymara gemeenschap, bezoekt een zieke patiënt altijd thuis. Dit is het meest comfortabel voor de patiënt. De yatiri houdt zich bij dit bezoek aan de regels die altijd gelden als twee Aymara's elkaar bezoeken. De bezoeker roept al van ver dat hij eraan komt, en betreedt het huis pas als hiervoor door de bewoner toestemming is gegeven. Daarna begroeten zij elkaar met een omhelzing. Vervolgens onderzoekt de yatiri wat het probleem is door middel van het lezen van cocabladeren en het voeren van lange gesprekken met de patiënt en de familie. Na de diagnose wordt de yatiri uitgenodigd te blijven eten. Na het eten start hij de behandeling. Al die tijd praten de yatiri, de patiënt en de familie met elkaar. Waar mogelijk blijft de yatiri in het huis van de patiënt tot deze is genezen. Dit alles wordt gedaan om de persoonlijke band tussen de yatiri en de patiënt te versterken, wat voor de Aymara heel belangrijk is in het genezingsproces.

Hoe anders is dit in een modern gezondheidscentrum of ziekenhuis. In de westerse geneeskunde wordt alles bepaald door efficiëntie. De gebruikelijke begroetingsrituelen worden niet uitgevoerd, en er wordt vaak letterlijk een afstand gecreëerd tussen het medisch personeel en de patiënt doordat er een balie of een bureau tussen hen in staat. Er is geen tijd voor persoonlijke gesprekken. De arts stelt een diagnose, schrijft een behandeling voor en stuurt de patiënt in de meeste gevallen meteen weer naar huis (Fernández Juárez 2008).

Voor de Aymara is zijn ziekte een zeer persoonlijk onderwerp, wat slechts hemzelf, zijn naaste familie en de yatiri aangaat. De yatiri weet dit en is dan ook zeer discreet. Hij zal nooit informatie over zijn patiënten doorvertellen en bezoekt de patiënt waar mogelijk's avonds in het donker, zodat de burens het niet zien. In de moderne gezondheidszorg echter heeft de patiënt niet alleen te maken met één behandelaar, maar vaak met een heel team. Daarnaast zijn de meeste moderne gezondheidszorgvoorzieningen alleen overdag open en moet de patiënt wachten in de wachtkamer waar alle burens hem kunnen zien. Alle informatie over de patiënt, de ziekte en de behandeling wordt bovendien op papier vastgelegd en is daarmee toegankelijk voor al het personeel, niet alleen voor de behandelend arts (Fernández Juárez 2008). Ook de manieren van het stellen de diagnose en de opvolgende behandeling zijn erg verschillend tussen de traditionele en de westerse geneeskunde. Westers opgeleide artsen stellen vaak een diagnose door een bloedtest, waarvoor dit bloed eerst moet worden afgenomen. Voor de Aymara is bloed echter iets kostbaars wat door het lichaam niet makkelijk opnieuw wordt aangemaakt.

De yatiri praat voornamelijk met de patiënt om uit te vinden wat het probleem is, en voert daarbij ook een ritueel uit waarbij hij uit cocabladeren leest wat de ziekte en de juiste behandeling is (Fernández Juárez 2008). Bij de behandeling die op de diagnose volgt gaat de westers opgeleide arts uit van het lichaam als een organisch mechanisme dat gerepareerd kan worden met medicijnen of een operatie. Ziekte is dus vooral een lichamelijke kwaal. Voor de yatiri is een ziekte een gevolg van sociale, psychologische en spirituele problemen waardoor de harmonie binnen het lichaam uit balans is geraakt. Deze harmonie kan vervolgens niet alleen met medicijnen, maar ook met sociale, psychologische en spirituele middelen worden hersteld (Fernández Juárez 2008).

Enorme verschillen tussen de moderne en traditionele gezondheidszorg zijn er bij de bevalling. In de meeste westerse landen bevallen vrouwen in een bed in het ziekenhuis (Nederland vormt een uitzondering met het hoge aandeel thuisbevallingen). Hierbij is in ieder geval een goed opgeleide verloskundige aanwezig, en in geval van complicaties een gynaecoloog. In veel niet-westerse culturen bevallen vrouwen echter niet liggend. Bij de Aymara's is het de gewoonte dat vrouwen hurkend bevallen. Heel belangrijk hierbij is het directe contact dat de vrouw heeft met de aarde (Pachamama, de bron van vruchtbaarheid). De man is bij de bevalling aanwezig, houdt zijn vrouw eventueel van achteren vast en masseert haar (Fernández Juárez 2008). Verder is het belangrijk dat de vrouw het warm heeft.

Familieleden en de vroedvrouw zorgen er daarom voor dat het huis goed verwarmd wordt en geven de aanstaande moeder warme kruidenthee. Na de bevalling krijgen vrouwen speciaal eten volgens Aymara tradities (Terraza & Dibbits 1994). Ook speelt de placenta een belangrijke culturele rol voor de Aymara's. De placenta wordt namelijk gezien als het broertje of zusje van de net geboren baby en dient dan ook als een mens te worden begraven (Fernández Juárez 2008). In ziekenhuizen is het daarentegen vaak koel en schoon, krijgen vrouwen water te drinken, na de bevalling hetzelfde eten als alle andere patiënten en wordt de placenta weggegooid.



Wat bepaalt het zorggebruik van patiënten?

Al met al is het duidelijk dat er grote verschillen bestaan tussen de moderne en traditionele geneeskunde in Bolivia, die vooral cultureel bepaald zijn. Het kan niet anders dan dat deze cultuurverschillen een rol spelen bij het zorggebruik van de

bevolking van El Alto. Maar er zullen ook andere factoren zijn die het zorggebruik beïnvloeden. Die hebben bijvoorbeeld te maken met de financiële en geografische toegankelijkheid van de gezondheidszorgvoorzieningen en de kwaliteit hiervan.

Het belang van vertrouwen

Op cultureel vlak zijn er verschillende factoren die het zorggebruik van een patiënt beïnvloeden. Ten eerste is er het taalaspect: in de meeste landen, waaronder ook Bolivia, wordt in de moderne medische voorzieningen de dominante (westerse) taal gesproken, in dit geval Spaans (del Casino 2004). Een patiënt die alleen Aymará spreekt, zal daarom liever naar de yatiri gaan. De yatiri kan de patiënt dan in zijn eigen taal uitleggen wat er aan de hand is en hoe de behandeling zal verlopen. Dit voorkomt miscommunicatie (Fernández Juárez 2008). De taal die een patiënt spreekt, kan dus van invloed zijn op zijn zorggebruik. De factor die waarschijnlijk cultureel het diepst verankerd is, is in hoeverre de patiënt zich op zijn gemak voelt bij een arts of ander medisch personeel. De moderne gezondheidszorg wordt gekenmerkt door een onpersoonlijke relatie tussen behandelaar en patiënt.

In veel inheemse culturen is dit ongebruikelijk, omdat de inheemse genezer onderdeel uitmaakt van de gemeenschap. Daarnaast voelt een patiënt zich niet bij alle behandelmethoden op zijn gemak. Een westerse zwangere vrouw zou ook vreemd opkijken als een Afrikaanse vroedvrouw haar bij de bevalling zou vertellen op haar hurken op de grond te gaan zitten. Een hierop lijkende factor is of een patiënt vertrouwen heeft in de diagnose en de behandelmethode van de behandelaar. Zo wantrouwen vrouwen in niet-westerse landen vaak anticonceptiemiddelen zoals de pil, omdat ze vrezen dat deze schadelijk is voor de gezondheid (Terborgh et al 1995). En een nuchtere westerling zal waarschijnlijk weinig vertrouwen hebben in de kundigheid van een inheemse genezer als deze hem vertelt dat zijn ziekte het gevolg is van het boze oog.

In hoeverre een patiënt aan de hand van deze culturele factoren zijn zorggebruik

bepaalt, kan veranderen als zijn cultuur veranderd. In hoofdstuk 1 hebben we al gezien dat cultuur geen statisch kenmerk is, maar deze beïnvloed kan worden door een veranderende omgeving, bijvoorbeeld na migratie van het platteland naar de stad.

Een geit voor een doosje pillen

De toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen zijn belangrijk voor het gebruik hiervan. Toegankelijkheid hangt af van de afstand die een patiënt moet afleggen naar de voorziening, en van de kosten van het gebruik hiervan. Het zijn vaak de lange afstand en de hoge kosten die het voor de arme bevolking in ontwikkelingslanden moeilijk maken om van de moderne gezondheidszorg gebruik te maken (WHO 2002).

Een behandeling in een gezondheidscentrum of ziekenhuis is vaak duurder dan het advies van een traditionele genezer (Buor 2004). De apotheek is aan de andere kant vaak erg goedkoop. Gezinnen met weinig geld zullen daardoor niet zo snel gebruik maken van de duurdere moderne gezondheidszorgvoorzieningen. Een traditionele genezer accepteert bovendien vaak ook betaling in natura, zoals een maaltijd of een geslachte geit of hanteert variabele prijzen voor mensen die weinig te besteden hebben (Tsey 1997). De afstand speelt vooral in de rurale gebieden van ontwikkelingslanden een rol. Moderne gezondheidszorgvoorzieningen zijn meestal alleen in de grotere plaatsen te vinden, terwijl bijna elke gemeenschap een eigen genezer heeft (Buor 2004).

Voor elke kwaal een andere dokter

Natuurlijk speelt ook de kwaliteit van de geboden diensten een rol. Gezondheidscentra en ziekenhuizen van de overheid zijn vaak overbelast waardoor er lange wachttijden ontstaan. Hierdoor worden patiënten ontevreden en is de kans groot dat ze de volgende keer ergens anders naartoe gaan. Ook kunnen inheemse patiënten een slechte indruk krijgen van de kwaliteit van de moderne gezondheidszorg omdat ze zich gediscrimineerd voelen door het personeel, het personeel geen rekening houdt met taal- en cultuurverschillen, en omdat er geen aandacht en tijd is voor een holistische benadering van de ziekte (Rowles 1991; Terborgh et al 1995).

Een andere factor is het gezondheidsprobleem waarvoor de patiënt hulp zoekt. De moderne en traditionele geneeskunde worden vaak niet als tegengesteld, maar als complementair aan elkaar gezien (Xueqin Ma 1999). Door de verschillende benadering van de twee soorten geneeskunde (voornamelijk fysiek vs holistisch),

is het mogelijk dat een patiënt voor een probleem met een duidelijk fysieke oorzaak (bijvoorbeeld een snijwond) naar een moderne arts gaat, maar voor hoofdpijn (wat ook een psychologische oorzaak kan hebben) naar de traditionele genezer.

Rol van de overheid

Het beleid van de overheid op het gebied van de gezondheidszorg kan van grote invloed zijn op bovenstaande factoren. Zo kan de overheid meer gezondheidscentra bouwen op het platteland waardoor de afstand korter wordt. In Nicaragua bijvoorbeeld heeft het Sandinistische bewind in elke gemeenschap een gezondheidscentrum neergezet, waardoor de plattelandsbevolking veel meer gebruik ging maken van de moderne gezondheidszorg (Barrett 1995). Ook kan de overheid de economische toegankelijkheid vergroten door sommige diensten gratis aan te bieden of een voor iedereen toegankelijke ziektekostenverzekering op te zetten. In Ghana bijvoorbeeld krijgen de armsten gratis gezondheidszorg (Buor 2004). De culturele barrière kan deels worden verminderd door initiatieven van de overheid. In sommige Latijns-Amerikaanse landen laat de overheid het medisch personeel een inheemse taal leren en geeft hen voorlichting over inheemse, traditionele gebruiken en behandelmethoden, zodat het personeel ook aan de inheemse bevolking een goede dienstverlening kan bieden. Aan de andere kant helpen voorlichtingscampagnes om de bevolking vertrouwd te laten raken met de gezondheidszorg en hen op te roepen hier ook gebruik van te maken (Terborgh et al 1995).

Bovenstaande factoren kunnen allemaal een rol spelen bij het zorggebruik van de Aymara bevolking van El Alto. Maar in hoeverre zijn ze allemaal van belang? En welke factor geeft uiteindelijk de doorslag? Wordt het zorggebruik alleen bepaald door culturele verschillen tussen de inheemse Aymara's en de westerse gezondheidszorg, of zijn zij al voldoende geassimileerd aan het stadsleven? Allereerst moeten we daarvoor weten hoe de gezondheidszorg eruit ziet in Bolivia en El Alto. Dit komt in de komende twee hoofdstukken aan bod.

3. Gezondheidszorg in Bolivia

Door de grote armoede, de ongelijke verdeling van de welvaart en andere problemen die van invloed zijn op een goede gezondheid, leidt de bevolking van Bolivia aan veel ziektes die eigenlijk te voorkomen zijn met betere zorg en preventie. De belangrijkste ziektes in Bolivia zijn malaria, chagas en tuberculose, die samen voor 40% van de ziektegevallen zorgen (MSD 2004). Malaria komt

vooral voor in het tropische laagland van Bolivia. Chagas is een ziekte die wordt veroorzaakt door een parasiet die in de daken van traditionele huizen op de hoogvlakte woont. Tuberculose komt vooral in de grotere steden voor. Deze drie ziektes zijn allemaal te voorkomen. De Boliviaanse overheid is zich daarvan bewust en er bestaan dan ook speciale programma's die zich op de bestrijding van deze ziektes richten (Djadda 2005). Kwetsbare bevolkingsgroepen zijn kinderen en vrouwen.

Kinderziektes zoals mazelen heersen nog steeds terwijl deze eenvoudig voorkomen kunnen worden door inenting. In Bolivia is echter slechts een derde van de kinderen volledig gevaccineerd (UNDP 2005). Daarnaast lijdt een kwart van de kinderen aan chronische ondervoeding (MSD 2006). De baby- en kindersterfte in Bolivia is dan ook hoog: 50 van de 1000 kinderen sterft voor het eerste jaar, en nog eens 63 sterven voor hun 5e jaar (MSD 2009b). Ter vergelijking: In Nederland ligt de baby- en kindersterfte op respectievelijk 4 en 5 per 1000 kinderen (UNDP 2005). Vrouwen zijn kwetsbaar omdat zij vaker arm zijn en bovendien veel risico lopen tijdens de zwangerschap en bevalling. In Bolivia bevalt echter slechts twee derde van de vrouwen met gekwalificeerde hulp. De moedersterfte is één van de hoogste in Zuid Amerika: 320 van de 100.000 moeders overlijden tijdens of kort na de bevalling (2003; MSD 2009c).



Foto: Chakana

Het zorgstelsel van Bolivia: voor ieder wat wils

Het nationale zorgstelsel van Bolivia bestaat eigenlijk uit drie onderdelen: de publieke gezondheidszorg, de private gezondheidszorg en de gezondheidszorg

van de ziektekostenverzekeringen. De publieke gezondheidszorg valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Gezondheid en Sport (Ministerio de Salud y Deportes, MSD). In totaal zijn er in Bolivia ruim 2.000 publieke gezondheidszorginstellingen die in drie niveaus zijn verdeeld. 95% van de instellingen vallen onder het primaire niveau: dit zijn de zorgposten (puestos sanitarios) en de zorgcentra (centros de salud) die beiden alleen ambulante basiszorg bieden, zoals preventieve zorg en simpele behandelingen. De zorgposten bevinden zich vooral in de rurale gebieden. Het secundaire niveau omvat de kleinere ziekenhuizen waar zowel ambulante als residentiële zorg wordt verleend. Het tertiaire niveau zijn gespecialiseerde ziekenhuizen voor de meest gecompliceerde behandelingen. Deze bevinden zich bijna allemaal in de steden (Cárdenas 2004).

Gezondheidszorgvoorzieningen van de verzekeringen vormen een tweede sector in Bolivia. Boliviaanse zorgverzekeringen zijn per beroepssector georganiseerd en bestaan voor slechts zeven beroepsgroepen: militairen, werknemers van oliebedrijven, banken, universiteiten en ontwikkelingsorganisaties, wegwerkers en ambtenaren in Santa Cruz. Daarnaast is er een nationale verzekering die voor iedereen toegankelijk is, de Caja Nacional de Salud (CNS). De verzekeringen hebben elk hun eigen ziekenhuizen en zorgcentra waar de verzekerden gratis zorg krijgen. Ook deze voorzieningen zijn in drie niveaus verdeeld, maar er zijn relatief meer instellingen van het secundaire en tertiaire niveau (Cárdenas 2004). De derde sector is de private sector. Hieronder vallen gezondheidszorgvoorzieningen van bedrijven met winstoogmerk, en instellingen van bijvoorbeeld NGO's en kerken (Cárdenas 2004). De verschillen in kwaliteit en toegankelijkheid tussen de sectoren zijn groot. Over het algemeen is de kwaliteit bij de verzekeringen het beste, maar deze zorg is voor slechts voor de 27% van de Bolivianen met een verzekering toegankelijk. De overige 73% moeten kiezen tussen de private sector, die goede kwaliteit biedt maar veelal duur is, of de publieke sector, die goedkoop en in veel gevallen zelfs gratis is, maar waar de kwaliteit te wensen overlaat (AIS 2005). De fragmentatie van de gezondheidszorg heeft hiermee zowel voor- als nadelen. Het voordeel is dat er voor iedereen een geschikte vorm van gezondheidszorg aanwezig is. In de ideale situatie zou de publieke sector iedereen die dat nodig heeft van gratis of goedkope zorg moeten voorzien, maar waar de publieke sector faalt, springen NGO's en kerken in het gat. Dit is vooral nodig in de rurale gebieden en in de arme wijken in de steden. Bovendien trekken deze gezondheidszorgorganisaties ook fondsen aan uit het buitenland, waardoor de overheid minder geld hoeft uit te geven aan de

gezondheidszorg.

Aan de andere kant wordt de positie van het MSD ondermijnd, die op deze manier geen controle heeft over het hele nationale zorgstelsel. Voor de periode vanaf 2006 heeft het ministerie zich dan ook tot doel gesteld de leiding over het hele zorgstelsel weer over te nemen en de verschillende sectoren meer met elkaar te laten integreren (MSD 2006). Een ander nadeel is de ongelijkheid die door de fragmentatie wordt veroorzaakt: wie arm is, heeft eigenlijk geen toegang tot goede medische zorg en heeft geen keus dan van de publieke sector gebruik te maken, terwijl de rijken en mensen met een goede baan bij de private sector of de verzekeringsinstellingen terecht kunnen.

De traditionele geneeskunde

Volgens schattingen maakt een derde van de Bolivianen wel eens gebruik van de traditionele inheemse geneeskunde. Daaruit blijkt dat naast de moderne sector, zoals eerder beschreven, ook de traditionele sector van groot belang is. Dit is door de regering van Evo Morales ook al erkend. Daarom is in 2006 het Vice-ministerie voor Traditionele Geneeskunde en Interculturaliteit opgericht. Hiermee wordt getracht de beide sectoren met elkaar te laten samenwerken (MSD 2006). Desondanks maakt de traditionele sector nog geen onderdeel uit van het nationale zorgstelsel. Wel zijn er verschillende organisaties die de traditionele sector op lokaal en nationaal niveau vertegenwoordigen. Ook deze sector is echter verdeeld; zo zijn er meer dan 30 nationale organisaties. De belangrijkste organisatie is de Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA).

De meeste inheemse genezers zijn lid van deze organisatie, zowel kallawaya's en yatiri's als ook kruidendokters, bottenkrakers en traditionele vroedvrouwen. SOBOMETRA heeft een brugfunctie tussen de inheemse genezers en het ministerie, waar het zich vooral inzet voor de erkenning van haar leden als medisch personeel en de integratie van de inheemse geneeskunde in het nationale stelsel. De oprichting van het Vice-ministerie voor Traditionele Geneeskunde en Interculturaliteit is mede aan de inspanningen van SOBOMETRA te danken.

Daarnaast organiseert SOBOMETRA seminars waar de aangesloten genezers ervaring en kennis uitwisselen en lichten ze ook de algemene bevolking voor over gezondheidsthema's. Op deze manier is SOBOMETRA een belangrijke partner geworden van het ministerie. Een voorbeeld is de samenwerking in het Nationale Programma tegen Tuberculose, waarbij de leden van SOBOMETRA samen met de publieke instellingen voorlichting geven, hen helpen bij het opsporen van gevallen

van tuberculose en de patiënten doorsturen ter behandeling (interview Condori Husaca 2006).

Een andere belangrijke organisatie op nationaal niveau is het Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya. Dit instituut organiseert cursussen voor kallawaya's en andere genezers en geeft hen daarvoor certificaten, waarmee zij hun professionaliteit kunnen bewijzen. Certificaten spelen een belangrijke rol in alle beroepssectoren van Bolivia en de genezers krijgen hiermee meer aanzien bij zowel de gewone bevolking als het medisch personeel in de moderne sector (interview Condori Husaca 2006).

Het nationale beleid: zorg voor iedereen(iv)

Het MSD stelt het nationale zorgbeleid op, maar de uitvoering ervan ligt bij de provinciale en gemeentelijke overheden. Zij hebben echter alleen controle over de publieke zorgvoorzieningen en kunnen daarnaast proberen samen te werken met de private instellingen, de verzekeringen en, zoals eerder beschreven, met de traditionele sector. Het beleid in de gezondheidszorg is grotendeels gebaseerd op de Millenniumdoelstellingen, waarvan er drie met gezondheid te maken hebben:

- Millenniumdoel 4: Terugdringen van de kindersterfte met twee derde
- Millenniumdoel 5: Terugdringen van de moedersterfte met driekwart
- Millenniumdoel 6: Bestrijding van hiv/aids, malaria en andere dodelijke ziektes

In het strategische plan voor de gezondheid van de periode 2006-2010 gaat de regering uit van een aantal principes: het zorgsysteem moet niemand uitsluiten, voor iedereen gelijke mogelijkheden bieden, solidair zijn met risicogroepen, kwaliteit leveren en gedecentraliseerd zijn. Daarnaast is het doel om het ministerie meer de leiding te geven over het hele systeem en zal ook de inheemse cultuur en hun traditionele geneeskunde worden gerespecteerd (MSD 2006).

Dit lijken in Bolivia niet alleen mooie woorden; er bestaat een groot aantal programma's die er op gericht zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen van het land aan te pakken, de verschillende barrières voor toegang tot de zorg te verkleinen en daarmee de hele bevolking te bereiken, en de Millenniumdoelen te halen. Vanwege het duidelijke verband met de Millenniumdoelen ontvangt de Boliviaanse regering financiering van het Internationaal Monetair Fonds en de Wereldbank (Urquieta Arias 2006).



Zorg voor de kwetsbaren: kinderen, zwangere vrouwen en ouderen

Eén van de belangrijkste programma's in de gezondheidszorg is de Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), dat sinds 2003 bestaat. Door de SUMI krijgen zwangere vrouwen tot een half jaar na de bevalling en kinderen tot en met 5 jaar gratis

basiszorg in alle instellingen van de publieke sector en de verzekeringen. Daarnaast kunnen gemeenten samenwerkingsverbanden aangaan met instellingen van de andere sectoren zodat ook zij de gratis zorg in het kader van de SUMI aanbieden (interview von Vacano 2006).

Een ander middel om de gezondheid van moeders en kinderen te bevorderen is in 2009 opgestart: de Bono Juana Azurduy. Deze bonus wordt uitgekeerd aan zwangere vrouwen bij elk prenataal onderzoek, als zij bevallen met professionele begeleiding, en als zij na de bevalling iedere twee maanden met hun kind op controle komen. De totale bonus kan oplopen tot 1.820 Bs. (ongeveer 260 dollar), een groot bedrag in een land waar twee derde van de bevolking van minder dan twee dollar per dag moet zien rond te komen (MSD 2009a). Behalve moeders en kinderen zijn ook ouderen in Bolivia extra kwetsbaar. Niet alleen door de ouderdom: onder hen zijn relatief veel armen, omdat zij geen inkomen meer hebben en er geen goede pensioenvoorziening is. Daarom bestaat er sinds 1998 de Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV). In dit programma zijn bijna alle medische behandelingen gratis voor ouderen vanaf 60 jaar die geen formeel pensioen hebben.

Deze focus op vooral jonge moeders, kleine kinderen en ouderen heeft het nadeel dat zij slechts een klein deel van de bevolking vormen; de overgebleven meerderheid blijft uitgesloten van deze basiszorg als ze deze niet zelf kunnen betalen (AIS 2005).

Ziektebestrijding

In veel ontwikkelingslanden komen ziektes voor die te voorkomen zijn of sterven mensen aan ziektes die te behandelen zijn. Bolivia heeft een aantal programma's die zich richten op het bestrijden van deze ziektes. Het nationale vaccinatieprogramma PAI (Programa Ampliado de Inmunización) heeft tot doel een zo groot mogelijk deel van de bevolking in te enten tegen voorkombare ziektes. Het PAI wordt uitgevoerd door de publieke sector en de verzekeringsinstellingen,

en door enkele instellingen van de private sector (interview Coca 2006). Om de zesde millenniumdoelstelling te behalen zijn er in Bolivia verschillende programma's gericht op de bestrijding van veelvoorkomende ernstige ziekten, zoals tuberculose, malaria en chagas. Voor chagas lijkt dat goed te lukken; de overheid faciliteert bijvoorbeeld de vervanging van de traditionele rieten daken, waarin de parasiet huist die chagas veroorzaakt, door golfplaten. Het aantal gevallen van chagas is hiermee al substantieel verlaagd. Malaria en tuberculose zijn echter nog altijd niet onder controle. Wel worden de meeste gevallen van tuberculose snel gedetecteerd en behandeld, en inmiddels is meer dan 90% van de kinderen ingeënt tegen tuberculose (UNDP 2005). In de strijd tegen tuberculose is het informeren van de bevolking heel belangrijk; men moet de symptomen kunnen herkennen, weten hoe ze de besmetting van anderen kunnen voorkomen en naar een zorginstelling gaan voor behandeling. Het programma tegen tuberculose omvat daarom ook een gratis test en eventuele behandeling van tuberculose (interview Camacho 2006).

Interculturele Initiatieven

Uit alle bovenstaande programma's van de nationale overheid in Bolivia blijkt dat de moderne sector dominant is; nergens wordt samengewerkt met de traditionele sector. Een uitzondering is het tuberculoseprogramma, waarbij ook traditionele genezers worden ingezet om de bevolking te informeren en gevallen van tuberculose snel te ontdekken (interview Condori Husaca 2006).

Om de samenwerking met de traditionele sector te verbeteren en een meer interculturele focus in de moderne sector te realiseren is in 2006 het Vice-ministerie voor Traditionele Geneeskunde en Interculturaliteit opgericht. Dit Vice-ministerie heeft tot doel de toegang van inheemse volkeren en de plattelandsbevolking tot programma's en projecten in de gezondheidszorg te verbeteren en voor een adequate behandeling met een interculturele focus te zorgen in alle primaire gezondheidszorgvoorzieningen (MSD 2010).

Op dit moment zijn er echter slechts enkele concrete programma's die er echt voor zorgen dat ook de inheemse bevolking toegang krijgt tot voor hen geschikte gezondheidszorg. Een goed voorbeeld is het programma EXTENSA, dat mobiele zorgposten langs de armste en meest afgelegen gemeenschappen stuurt. In 2002 werden in totaal 2500 gemeenschappen met een totale bevolking van 360.000 mensen op deze manier van basiszorg voorzien. Interculturaliteit is een basisprincipe van EXTENSA. Zo wordt in elke gemeenschap samengewerkt met lokale assistenten, veelal genezers of traditionele vroedvrouwen, om zo het

vertrouwen van de bevolking te winnen. Ook wordt de traditionele geneeskunde erkend als belangrijke toevoeging aan de moderne geneeskunde, spreekt het personeel van de mobiele zorgpost de lokale taal, en worden inheemse gebruiken en gewoontes rond gezondheid in acht genomen (MSD 2003; Djadda 2005). Daarnaast is het ministerie in 2009 begonnen met de implementatie van een Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, oftewel één intercultureel en inheems zorgstelsel. Hierin staan participatie van de bevolking, interculturaliteit, een allesomvattende visie op gezondheid (fysiek, mentaal en sociaal; genezing en preventie) en samenwerking tussen de sectoren centraal. De verschillende culturen van Bolivia worden hierin erkend en staan in een gelijkwaardige relatie tot elkaar. Ook wordt het belang van inheemse geneeskunde hierin onderkend (MSD 2009d).

Zorg voor iedereen?

Het Boliviaanse beleid op het gebied van gezondheidszorg richt zich al lange tijd erop niemand van zorg uit te sluiten. Jarenlang ging het hierbij vooral om het voorkomen van economische, geografische en sociale uitsluiting. De economische uitsluiting werd bijvoorbeeld verminderd door de verzekeringen voor bepaalde doelgroepen, en door het in stand houden van een systeem waarin er voor iedereen tenminste betaalbare basiszorg was in de publieke gezondheidszorgvoorzieningen, terwijl de meer welvarende bevolkingsgroepen zich bijvoorbeeld tot privéklinieken konden wenden. Geografische uitsluiting werd verminderd door het programma EXTENSA. En het voorkomen van sociale uitsluiting was gericht op sociaal zwakkere groepen zoals vrouwen, kinderen en ouderen. Door deze focus op vrouwen, kinderen en ouderen worden andere groepen echter weer uitgesloten. Een 40-jarige arme man moet zijn basiszorg nog altijd zelf bekostigen.

Sinds de eerste regeringsperiode van Evo Morales, zelf van inheemse afkomst, is er echter ook aandacht voor de culturele uitsluiting in de gezondheidszorg. Met de instelling van het Vice-ministerie voor Traditionele Geneeskunde en de implementatie van het Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud worden er niet slechts losse programma's uitgevoerd, maar wordt de interculturaliteit in het hele systeem verweven en een vanzelfsprekend onderdeel van de gezondheidszorg.

Of de beperking van uitsluiting is gelukt in de inheemse migrantenstad El Alto, zullen we in hoofdstuk 5 zien. In het volgende hoofdstuk zal eerst de lokale context van El Alto worden gepresenteerd.

Lees verder - Deel Twee: <http://rozenbergquarterly.com/?p=4104>

Noten

(i) In de literatuur wordt over het algemeen de Engelse term 'Health Care Behaviour'

gebruikt. 'Zorggebruik' is hiervoor de beste Nederlandse vertaling.

(ii) Traditionele genezer van de Aymara's.

(iii) Moeder Aarde.

(iv) Deze paragraaf is gebaseerd op het regeringsbeleid voor 2006-2010. Door vervroegde

nationale verkiezingen is inmiddels een nieuwe regeerperiode ingegaan en wordt dit beleid uiteraard herzien. Deze documenten zijn echter nog niet beschikbaar, en

omdat de regering door dezelfde partij wordt geleid verwacht ik geen substantiële verschillen.

Afkortingen

AECI - Agencia Española de Cooperación Internacional - Spaans Agentschap voor Internati-onale Samenwerking

AIS - Acción Internacional por la Salud - Internationale Actie voor de Gezondheid

CNS - Caja Nacional de Salud - Nationaal Ziekenfonds

GMEA - Gobierno Municipal de El Alto - Gemeentelijke Overheid El Alto

INE - Instituto Nacional de Estadísticas - Nationaal Instituut voor de Statistiek

MSD - Ministerio de Salud y Deportes - Ministerie van Gezondheid en Sport

NGO - Non-gouvernementele organisatie - PAI Programa Ampliado de Inmunización -

Uitgebreid Vaccinatieprogramma

PAR - Programa de Apoyo a la Reforma Educativa - Programma ter Ondersteuning

van de Onderwijshervormingen

SESO - Seguro Escolar de Salud Obligatorio - Verplichte Scholieren Zorgverzekering

SMGV - Seguro Médico Gratuito de Vejez - Gratis Medische Ouderenverzekering

SOBOMETRA - Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional - Boliviaanse Gemeenschap van Traditionele Geneeskunde

SUMI - Seguro Universal Materno Infantil - Algemene Moeder-Kind Verzekering

UNDP - United Nations Development Organisation - Ontwikkelingsorganisatie

van de Verenigde Naties

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation -
Organisatie van de Verenigde Naties voor onderwijs, wetenschap en cultuur

WHO - World Health Organisation - Wereld Gezondheidsorganisatie

Begrippen

aire - Aymara ziekte, veroorzaakt door een 'slechte wind'

alteño - inwoner van El Alto

kallawayaya - genezer van de Quechua's

manzanera - vrouw die verantwoordelijk is voor de gezondheidsvoorlichting in haar huizenblok

pachamama - moeder Aarde

susto - Aymara ziekte, lijkend op de shocktoestand, waarbij de geest het lichaam verlaat

yatiri - genezer van de Aymara's

Literatuur

AECI (2004). Desarrollo en Apolobamba - Cultura Kallawayaya. La Paz, Bolivia: SPC Impresores.

AIS (2005). Bolivia: Salud, Reformas, Acuerdos Comerciales y Tendencias de Privatización. La Paz, Bolivia.

Barrett, B. (1995). Ethnomedical interactions: Health and identity on Nicaragua's Atlantic coast. In: Social Science Medicine, 40 (12), pp. 1611-1621.

Buor, D. (2004). Determinants of utilisation of health services by women in rural and urban areas in Ghana. In: GeoJournal, 61 (1), pp. 89-102.

Cárdenas, M. (2004). Health Sector Funding and Expenditure Accounts. 2nd edition. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Cypher, J.M. & J.L. Dietz (2004). The Process of Economic Development. London/New York: Routledge.

Fernández Juárez, G. (1999). Médicos y Yatiris - Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymarí. La Paz: CIPCA en ESA.

Fernández Juárez, G. (2008). Kharisiris en acción. Cuerpo, persona y modelos médicos en el Altiplano de Bolivia. La Paz: CIPCA.

GMEA (2005). El Alto - Capital Andina de Oportunidades. El Alto: Artes Gráficas SAGI-TARIO.

Guarnaccia, P.J. & O. Rodriguez (1996). Concepts of culture and their role in the development of culturally competent mental health services. In: Hispanic Journal

of Behavioral Sciences, 18 (4), pp. 419-443.

INE (2005). Atlas Estadístico de Municipios 2005. La Paz: Plural Editores.

Knox, P. L. & S. A. Marston (2003). Places and regions in global context: human geography. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Kranenburg, R.H. (2002). Buurtconsolidatie en urbane transformatie in El Alto: een longitu-dinaal onderzoek naar veranderingsprocessen in de voormalige periferie van La Paz, Bolivia. Utrecht: Koninklijk Nederlands Aardrijkskundig Genootschap.

Landrine, H. & E.A. Klonoff (2004). Culture Change and Ethnic-Minority Health Behavior: An Operant Theory of Acculturation. In: Journal of Behavioral Medicine, 27 (6), pp. 527-555.

PAR (2005). El Alto: 9 aspectos que configuran la ciudad. El Alto/La Paz: Artes Gráficas SAGITARIO.

Potter, R.B., T. Binns, J.A. Elliott & D. Smith (2004). Geographies of Development. 2nd edition. Harlow: Pearson Education Limited.

Rowles, G.D. (1991). Changing health culture in rural Appalachia: Implications for serving the elderly. Journal of Aging Studies, 5 (4), pp. 375-389.

Terborgh, A., J.E. Rosen, R. Santiso Galvez, W. Terceros, J.T. Bertrand & S.E. Bull (1995). Family Planning among Indigenous Populations in Latin America. In: International Family Planning Perspectives, 21 (4), pp. 143-149-166.

Terrazas, M. & I. Dibbits (1994). Hagamos un nuevo trato. Mujeres de El Alto Sur hablan sobre su experiencia de dar a luz en centros hospitalarios. La Paz: GS en TAHIPAMU.

Timmer, H. (2005). De kosmos fluistert zijn namen. De magische kosmologie van de Boliviaanse hooglandindianen in een ontmoeting met de stad. Amsterdam: Uitgeverij Aksant.

Tsey, K. (1997). Traditional medicine in contemporary Ghana: a public policy analysis.

In: Social Science and Medicine, 45 (7), 1065-1074.

UNDP (2005). Human Development Report, 2005: International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. New York: UNDP.

Valdez Carrizo, E. (1991). Autopsia de la Enfermedad: la automedicación y el Itinerario Te-rapeutico en el Sistema de Salud de Vallegrande - Bolivia. La Paz: AIS.

Velasco, C., C. de la Quintana & G. Jove (1996). Salud reproductiva de la población migrante. La Paz: ProMujer.

WHO (1983). Traditional Medicine and Health Care Coverage. A reader for health

administrators and practitioners. Red.: Bannermann, R.H., J. Burton & C. Wen-Chieh. Genève: WHO.

WHO (2002). WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. Genève: WHO.

Xueqin Ma, G. (1999). Between two worlds: the use of traditional and western health services by Chinese immigrants. In: Journal of Community Health, 24 (6), pp. 421-437.

Beleidsdocumenten

MSD (2003). Ambito Geográfico y Poblacional - Programa Nacional EXTENSA - Documento Técnico Nro. 06. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

MSD (2004). Política Nacional de Salud - Salud, un derecho y una responsabilidad de todos. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

MSD (2006). Bases para el Plan Estratégico de Salud - 2006-2010. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

MSD (2009a). Bono Juana Azurduy. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

MSD (2009b). Logros de la gestión 2006-2009. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

MSD (2009c). Plan de Desarrollo Sectoral. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

MSD (2009d). Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.

Interviews

Benita - Focus group interview - 19 mei 2006

Camacho, M. - Ministerio de Salud y Deportes, national tuberculosis programme 3 april 2006

Coca, A. - Ministerio de Salud y Deportes, programme 'PAI' La Paz, 2 mei 2006

Condori Husaca, L.F. - SOBOMETRA La Paz, 10 april 2006 kinderarts Hospital Materno Infantil mei 2006

Lupanqui, R. - SERES (Servicio Regional de Salud) El Alto, El Alto, 6 april 2006

Maria - Focus group interview 19 mei 2006

Monje, M. - Junta Vecinal 16 de Julio El Alto, 24 mei 2006

Reyna - Focus group interview 19 mei 2006

Salozar, C. & Luna, G. - Defensoría de Salud El Alto, 16 mei 2006

von Vacano, J. - Ministerio de Salud y Deportes, programme 'SUMI' La Paz, 31 maart 2006

Overige bronnen

Djadda, N. (2005). Health and Equity in Bolivia

Afstudeerscriptie International Development Studies Universiteit Utrecht

MSD (2010) - <http://www.sns.gov.bo> - Ministerio de Salud y Deportes

Muriel Hernandez. E.B.A. (1995) Migraciones Rurales a la Ciudad de El Alto: un estudio sobre las variables explicativas.

Afstudeerscriptie Economie - Universidad Católica Boliviana, La Paz

Van Rijn, M. (2006). Comportamiento en Salud - ¿Elección entre Culturas? Afstudeerscriptie International Development Studies Universiteit Utrecht

Urquieta Arias, R. (2006). Las Metas del Milenio y la Salud - Elementos y Composición.

Conferentie AIS, La Paz, 20 april 2006

Over de auteur

Marjolein van Rijn was in 2006 in Bolivia voor haar afstudeeronderzoek voor de Masterop-leiding 'International Development Studies' aan de Universiteit Utrecht. Hier leerde zij ook Stichting Chakana kennen. Terug in Nederland besloot zij als vrijwilliger voor Chakana te gaan werken. Sinds 2007 is ze coördinator van het Kenniscentrum van Chakana, dat als doel heeft kennis en informatie over de inheemse bewoners van de Andes in Bolivia te vergaren en te verspreiden in Nederland.

In 2008 is ze nogmaals teruggegaan naar Bolivia om daar de projecten van Chakana te bezoeken en het jaarlijkse symposium te organiseren. In het dagelijks leven werkt ze als medewerker Voorlichting bij het Wereld Kanker Onderzoek Fonds.

Eerder verschenen als deel 4 van de Chakana Reeks.

Rozenberg Publishers - Stichting Chakana (2010)

Chakana 4 - ISBN 978 90 3610 197 4 - 2010

www.chakana.nl