

Van yatiri tot privékliniek - Interculturaliteit in de gezondheidszorg in Bolivia - deel 2



Foto: Chakana

4. *El Alto: Capital Andina*

Net als dat Bolivia een bijzonder land is, is El Alto een bijzondere stad in Bolivia. Oorspronkelijk is El Alto ontstaan als een sloppenwijk van La Paz. La Paz ligt in een dal naast de hoogvlakte. Toen het dal van La Paz vol raakte, is de stad letterlijk 'over de rand' gekropen, de hoogvlakte op.

Van sloppenwijk tot miljoenenstad

De bevolkingsgroei in deze sloppenwijk nam een vlucht na de Nationale Revolutie van 1952. De hierin afgedwongen landhervormingen zorgden ervoor dat kleine boeren niet langer konden overleven van de landbouw (Kranenburg 2002). Deze voornamelijk inheemse (Aymara) boeren hoopten op een beter leven in de stad en kwamen in El Alto terecht, wat ook weer andere migranten van Aymara afkomst aantrok. Zij voelden zich het meest thuis in deze stad waar ook hun eigen inheemse en plattelandstradities behouden bleven (Muriel Hernandez 1995). Nadat in de jaren '80 veel mijnen sloten, trokken ook de voornamelijk Quechua mijnwerkers naar El Alto (Kranenburg 2002). In 1985 werd de wijk een onafhankelijke gemeente. Bijna alle inwoners van El Alto (*alteños*) komen van de hoogvlakte, en dan niet alleen uit Bolivia maar zelfs een deel uit Peru. Ook voor deze inheemse Peruanen is de culturele overgang van hun dorp naar El Alto kleiner dan naar bijvoorbeeld de Peruaanse hoofdstad Lima. Migranten uit andere

delen van Bolivia zijn er eigenlijk nauwelijks, al neemt de laatste jaren het aantal migranten uit La Paz toe. Zij ontvluchten de dure woningmarkt van La Paz. Inmiddels wonen er naar schatting tegen de één miljoen mensen in El Alto. Hiermee is het de grootste stad op de hoogvlakte en ze wordt dan ook wel 'Capital Andina' genoemd (van Rijn 2006).

Ondanks dat in Bolivia stedelijke gebieden gemiddeld rijker zijn dan het platteland, leeft tweederde van de inwoners van El Alto onder de armoedegrens. Nog eens 17% leeft in extreme armoede. Dit is lager dan het nationale gemiddelde. Basisbehoeften zoals sanitaire voorzieningen, onderwijs en toegang tot zorg worden niet vervuld (INE 2005). Veel huizen, vooral in de nieuwere wijken aan de rand van de stad, hebben nog geen goede sanitaire voorzieningen, al wordt hier wel aan gewerkt door de gemeente (van Rijn 2006).

De wijk 16 de Julio is de wijk waar het onderzoek is uitgevoerd dat ten grondslag ligt aan deze tekst. Deze wijk strekt zich uit langs de uitvalsweg naar Peru, en omvat zowel beter ontwikkelde gebieden als nieuwere blokken. Er wonen ongeveer 50.000 mensen (Kranenburg 2002). Meer dan 80% van de inwoners van El Alto is van inheemse afkomst en de meesten daarvan (75%) zijn Aymara's (PAR 2005). Van de mensen in de wijk 16 de Julio die voor dit onderzoek zijn ondervraagd, is zelfs 98% inheems, waarvan 96% Aymara (van Rijn 2006).

Gezondheid en zorg in El Alto

Over de gezondheidssituatie van de bevolking van El Alto zijn weinig betrouwbare gegevens te vinden. Over het algemeen is de situatie slechter dan in andere grote steden van Bolivia, wat niet verwonderlijk is gezien de grote armoede. Zo ligt de zuigelingensterfte in El Alto lager dan het nationale gemiddelde, wat kan liggen aan de grotere hoeveelheid en betere kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen in El Alto in vergelijking met rurale gebieden. De helft van de vrouwen bevalt in een instelling van de gezondheidszorg, en dat is meer dan op nationaal niveau. Daarna is de sterfte van kinderen tot 5 jaar echter hoger dan het nationale gemiddelde (INE 2005). De gemeente hoopt dat ook de kindersterfte zal afnemen doordat steeds meer kinderen worden ingeënt tegen kinderziektes zoals mazelen (PAR 2005).

De gezondheidszorg in El Alto

In El Alto zijn de meeste ziekenhuizen en gezondheidscentra van de publieke sector, waardoor de gemeente redelijk veel controle heeft over de

gezondheidszorg in de stad. Daarnaast zijn er veel private instellingen zonder winstoogmerk van NGO's of van de kerk. In heel El Alto zijn er slechts 7 private klinieken met winstoogmerk en 2 van de verzekeringen (interview Lupanqui 2006). Dat is logisch omdat de meeste inwoners van El Alto een behandeling in een dure privékliniek of een zorgverzekering niet kunnen betalen. In de wijk 16 de Julio, waar dit onderzoek is uitgevoerd, zijn vooral private klinieken zonder én met winstoogmerk te vinden. Er is verder een gezondheidscentrum van de gemeente (aan de rand van de wijk) en een publiek ziekenhuis. Dit ziekenhuis bedient echter alleen kinderen en zwangere vrouwen, en is bovendien zeer slecht uitgerust. Doordat het enige ziekenhuis van de noordelijke kant van El Alto is (met 300 000 inwoners), komen hier moeders en kinderen uit dit hele gebied. Door tekort aan personeel kan niet iedereen goed worden geholpen (van Rijn 2006).

“Ik ben dit weekend de enige arts hier. Ik heb mijn handen vol aan de 7 patiëntjes op de zaal en binnenkomende bevallingen. Ik heb niet eens tijd om de pasgeborenen goed te onderzoeken na de geboorte. En dan komen er ook nog aan de lopende band moeders met kinderen op de eerste hulp voor niet dringende problemen, die best tot na het weekend kunnen wachten. Ja, die snauw ik dan wel eens af.”

(interview kinderarts *Hospital Materno Infantil* 2006)

Daarnaast is er een ziekenhuis van de *Caja Nacional de Salud*, waar je echter alleen terecht kunt met een verzekering bij deze *Caja*. Een bijzonder fenomeen in deze wijk is de aanwezigheid van een apotheek op bijna elke straathoek, 44 in totaal. In Bolivia is het mogelijk om de meeste medicijnen zonder recept bij de apotheek te kopen (van Rijn 2006). Daarnaast is er in El Alto een groot aantal inheemse genezers te vinden, wat niet verwonderlijk is gezien de bevolkingssamenstelling. De wijk 16 de Julio is ook in dit opzicht interessant. Eén kant van de wijk ligt namelijk langs de rand van de hoogvlakte, met fantastische uitzichten over La Paz en de daarachter ligt de majestueuze (en voor de Aymara's heilige) berg Illimani. Dit is dé plek bij uitstek voor inheemse genezers om hun rituelen uit te voeren. Daarom bevinden zich aan deze *Avenida Panorámica* (een zeer toepasselijke naam) rijen kleine huisjes waarin inheemse genezers praktijk houden, in totaal zo'n 140. De meesten zijn *yatiri* of *kallawayá* (van Rijn 2006).

Met dit enorme aanbod aan zorgvoorzieningen binnen één wijk lijkt er voor iedereen de juiste vorm te zijn. Voor de meeste inwoners van 16 de Julio zijn

private klinieken echter te duur en bovendien zijn ze niet verzekerd. Zij moeten dus kiezen tussen de publieke sector, een inheemse genezer of een poging wagen bij de apotheek. Het ziekenhuis van de publieke sector is echter gespecialiseerd in moeders en kinderen. Voor primaire zorg kunnen de inwoners van de wijk wel bij het gemeentelijke gezondheidscentrum terecht, maar voor gecompliceerdere gevallen moeten zij uitwijken naar een andere wijk. Daarnaast is er in heel El Alto geen ziekenhuis van het tertiaire niveau. Alle 1 miljoen inwoners van El Alto moeten dan ook afdalen naar een van de tertiaire ziekenhuizen in La Paz, waar deze *alteños* echter vaak neerbuigend worden behandeld (interview Salozar & Luna 2006).

Een ander probleem is dat niet alle zorgaanbieders meedoen aan de verschillende nationale programma's in de gezondheidszorg zoals de SUMI, SMGV, PAI of het Tuberculoseprogramma (zie hoofdstuk 3). Het is de taak van de gemeente om contracten met de private instellingen in hun stad af te sluiten om de diensten uit bijvoorbeeld de SUMI aan te bieden. Dit is in de wijk 16 de Julio echter bij slechts 1 van de 10 private klinieken gelukt. Het PAI en het Tuberculoseprogramma wordt wel in iets meer dan de helft van de instellingen aangeboden. Drie ziekenhuizen doen echter aan geen enkel nationaal programma mee. Dit schept verwarring onder de bevolking, omdat zij niet weten waar ze wel en niet terecht kunnen (van Rijn 2006).



Foto: Chakana

El Alto: voorloper in het zorgbeleid

De gemeente El Alto neemt geen genoegen met de zorgprogramma's van de

ationale overheid. Al in 2004 erkenden zij dat deze programma's veel mensen uitsluiten en bovendien hun doelen niet bereiken door gebrekkige kennis onder de bevolking. Daarom heeft de gemeente zelf ook een aantal plannen opgezet. Het meest in het oog springende is de *Seguro Escolar de Salud Obligatorio* (SESO), een verzekering voor scholieren en werkende jongeren van 5 tot 21 jaar, die eigenlijk een verlenging is van de nationale SUMI. De behandelingen van de SESO worden, net als de SUMI, alleen aangeboden in instellingen van de publieke sector en de verzekeringen. Desondanks maakt zo'n driekwart van de kinderen en jongeren gebruik van deze SESO (GMEA 2005).

Een ander interessant project is *Manzaneras de Salud*(v). Met dit project worden in totaal 5.000 vrouwen opgeleid in thema's die met gezondheid te maken hebben, zoals gezonde voeding, inenting voor kinderen, of zwangerschap en bevalling. De *manzaneras* houden vervolgens bijeenkomsten met hun buurvrouwen waarin zij hun nieuw opgedane kennis uitleggen. Dit doen zij bijvoorbeeld thuis, op de markt of op de school van hun kinderen. Verder gaan de *manzaneras* van huis tot huis als er speciale campagnes zijn, zoals de vaccinatiecampagne tegen rodehond in mei 2006. Zij gaan regelmatig op huisbezoek bij zwangere buurtgenoten en vertellen hen op welke momenten ze naar de dokter moeten gaan voor controles. Ook als ze constateren dat iemand medische hulp nodig heeft, bijvoorbeeld in het geval van tuberculose, halen ze hun buurtgenoten over medische hulp te zoeken.

"Toen ik kinderen kreeg wist ik niet dat je ook prenataal onderzoek moest laten doen. Had ik dat maar geweten! Nu weet ik het wel, en doordat ik bij de manzaneras zit kan ik het ook aan mijn burens en familie doorvertellen." (interview Manzaneras 2006)

Aangezien de onbekendheid van de *alteños* met gezondheid en de mogelijkheden van de gezondheidszorg zeer groot is, lijkt dit een zeer zinvol project. Zo blijkt dat in de wijk 16 de Julio 20% niet weet wat het programma SUMI inhoudt, en bijna de helft heeft nog nooit van de SESO gehoord, het programma dat zorgt voor gratis basiszorg voor scholieren. De *manzaneras* brengen de bevolking in hun eigen taal op de hoogte van de overheidsprogramma's, wijzen hun buurtgenoten op de mogelijkheden en op hun rechten, en trekken aan de bel als er iemand hulp nodig heeft (van Rijn 2006).

5. Het zorggebruik van de alteño: een cultureel vraagstuk?

Uit eerdere studies over het zorggebruik van de inheemse bevolking blijkt al dat

er een verschil is tussen inheemse bewoners van het platteland en de stad in Bolivia. Dit is niet vreemd. In de inheemse gemeenschappen in de rurale gebieden is er minder invloed van globalisering. De mensen zijn laag opgeleid, kunnen amper of helemaal niet lezen en schrijven en spreken alleen hun lokale, inheemse taal. Inheemse migranten in de stad leren daar de westerse cultuur kennen en leren Spaans. Daarnaast zijn de inwoners op het platteland gemiddeld armer en is de afstand naar het dichtstbijzijnde gezondheidscentrum groter dan in de stad. Dit zijn allemaal factoren die een rol spelen in de keuze die men maakt als men medische hulp nodig heeft. Maar hoe zit dat met *alteños* die oorspronkelijk van het platteland komen en van inheemse afkomst zijn? Lijkt hun zorggebruik op dat van de plattelandsbevolking of is de migrantenbevolking van El Alto verstedelijkt op het gebied van de gezondheidszorg?

Achtergrond: zorggebruik op het Boliviaanse platteland

In de landelijke gebieden van Bolivia is de toegang tot diensten van de publieke gezondheidszorg vaak lastig. Ten eerste is de dichtstbijzijnde locatie vaak kilometers ver lopen. Een onderzoek in het gebied rond Vallegrande, een plaatsje in het midden van Bolivia tussen de hoogvlakte en het tropische laagland, heeft laten zien dat de meeste gebruikers van het lokale ziekenhuis binnen een straal van 5 km wonen. In de meeste gemeenschappen is dan ook een traditionele genezer aanwezig waar de bevolking in geval van ziekte sneller naartoe kan gaan (Valdez Carrizco 1991). Ook is de moderne gezondheidszorg vaak duurder dan een behandeling bij de lokale genezer. Veel mensen op het platteland weten niet dat behandeling in sommige gevallen gratis is, zoals alles wat binnen de SUMI valt. Aan de andere kant roept gratis zorg ook wantrouwen op: wat gratis is kan niet goed zijn, en ze denken vaak dat de medicijnen over datum zijn (Fernández Juárez 2008).

Daarnaast heeft de plattelandsbevolking vaak weinig vertrouwen dat men in de publieke centra hun ziektes kan genezen. Ten eerste zijn deze centra slecht uitgerust: er is tekort aan personeel, apparatuur en medicijnen. Een ander probleem is het lage vertrouwen in de capaciteit van de arts. De mensen zien de artsen in de rurale gezondheidscentra vaak als onkundige beginners zonder ervaring. Dit is meestal waar, omdat artsen in Bolivia na hun opleiding verplicht zijn een jaar op het platteland te werken (Fernández Juárez 1999). Behalve dat deze artsen dus inderdaad weinig ervaring hebben, wisselt het personeelsbestand in de rurale centra ieder jaar, want slechts weinig artsen besluiten na dat jaar

daar te blijven. Zo zijn de artsen dus telkens vertrokken voordat ze hun patiënten hebben leren kennen en wordt er geen band opgebouwd, wat voor de inheemse bevolking juist zo belangrijk is (Fernández Juárez 2008).

Wel herkent de plattelandsbevolking soms zelf het verschil tussen de holistische benadering van de traditionele genezer en de puur lichamelijke benadering van de academisch opgeleide arts. Als iemand bijvoorbeeld een duidelijk puur lichamelijk probleem heeft, zoals een snijwond na een ongeluk, dan wordt dit gezien als een 'geval voor de dokter' en zal hij eerder naar het gezondheidscentrum gaan dan naar de traditionele genezer. Soms stuurt de genezer een patiënt zelf naar het gezondheidscentrum voor dergelijke gevallen, wetende dat men daar beter is toegerust om de patiënt te behandelen (Fernández Juárez 2008). Maar als een patiënt denkt dat zijn ziekte wordt veroorzaakt door bovennatuurlijke invloeden, zal hij naar de traditionele genezer gaan (Valdez Carrizco 1991).

Uiteindelijk spelen ook culturele verschillen een rol bij het zorggebruik op het platteland. Zo kan het voorkomen dat medische handelingen de inheemse bevolking zelfs als gevaarlijk voorkomen. Zoals in hoofdstuk 2 al aangegeven, geloven de Aymara's dat je het menselijk lichaam in geen geval mag openen. Dat de academisch opgeleide artsen dit toch willen doen, heeft ertoe geleid dat deze artsen ervan worden verdacht kwade bedoelingen te hebben. Zo zouden zij bijvoorbeeld uit zijn op het aftappen van bloed of vet om deze te gebruiken voor geneesmiddelen (Fernández Juárez 2008).

Verder is de communicatie tussen het zorgpersoneel en de patiënt vaak lastig door de taalbarrière. Een groot deel van de plattelandsbevolking spreekt alleen de lokale taal en de arts meestal alleen Spaans. Hierdoor begrijpen de patiënten de uitleg van de arts niet en dit vergroot alleen maar het wantrouwen dat ook al zou bestaan zonder taalbarrière (Fernández Juárez 2008).

In Bolivia hebben veel rijke mensen uit de stad vooroordelen tegenover de arme, inheemse plattelandsbevolking en behandelen deze neerbuigend. Soms worden artsen boos op hun patiënten omdat deze de voorgeschreven behandeling niet goed hebben gevolgd, terwijl dit ook kan komen doordat ze het niet goed begrepen hebben (Valdez Carrizco 1991). Ook komt het voor dat artsen hun patiënten zelf de schuld geven dat ze ziek zijn geworden, omdat ze bijvoorbeeld niet hygiënisch leven (Fernández Juárez 2008). Door al dit wantrouwen,

cultuurverschillen maar ook de afstand en kosten zoekt de meerderheid van de plattelandsbevolking haar heil allereerst bij zelfmedicatie. Buikpijn, koorts, huidproblemen, maar ook complicaties bij de zwangerschap worden bestreden met kruidenthee of andere natuurlijke producten. Pas als deze zelfmedicatie geen effect heeft, bezoekt men óf de traditionele genezer, óf het gezondheidscentrum van de overheid (Velasco et al 1996). In veel gevallen wordt een bezoek aan het gezondheidscentrum echt als laatste redmiddel gezien. Soms is de toestand van de patiënt dan al dermate verslechterd dat ook de arts niks meer kan doen. Daarom wordt er op het platteland ook wel gezegd '*Naar het ziekenhuis gaan diegenen die sterven*'. Voor het vertrouwen in de academische geneeskunde is dit natuurlijk niet bevorderlijk (Fernández Juárez 2008).



Foto: Chakana

Het zorggebruik in 16 de Julio: een biculturele wijk

Bolivia is inmiddels vooral een urbane samenleving: twee derde van de bevolking woont al in de stad.

Daaronder zijn ook veel inheemse migranten, die de armoede van het platteland ontvluchten en hopen op een beter leven in de stad. Eenmaal in de stad, hebben deze migranten veel meer keuzemogelijkheden als ze ziek worden. Net als op het platteland, kunnen ze eerst proberen hun klachten te verhelpen met zelfmedicatie. Daarna kunnen zij ook hier naar een traditionele genezer gaan. Mochten zij echter naar een instelling van de moderne gezondheidszorg willen gaan, hebben ze in de stad veel meer opties: niet alleen zijn er de gezondheidscentra van de overheid, maar ook zijn hier grotere ziekenhuizen te

vinden, en klinieken van ontwikkelingsorganisaties, kerken, en verzekeringsmaatschappijen. Daarnaast zijn er artsen met particuliere praktijken, en niet te vergeten apotheken (Velasco et al 1996). Ook in El Alto en de wijk 16 de Julio zijn al deze voorzieningen te vinden. Ondanks dat bijna alle inwoners van 16 de Julio van inheemse (Aymara) afkomst zijn, gaat 90% in eerste instantie naar een moderne zorginstelling. Een derde gaat eerst naar de apotheek en nog eens een derde eerst naar het gezondheidscentrum van de overheid. Slechts 10% maakt dus gebruik van de traditionele geneeskunde, door een genezer te bezoeken of door zelfmedicatie(vi). In ongeveer een derde van de gevallen is men niet tevreden over het resultaat van de eerste behandeling. Meestal zoekt men daarna op een andere plek hulp. Daarbij is het opmerkelijk dat in tweede instantie de traditionele geneeskunde door een derde wordt gebruikt, waar zij eerst vertrouwden op de moderne gezondheidszorg.

“Mijn dochttertje van een paar maanden was erg ziek. Ze hilde veel en wilde niet meer eten. We zijn een aantal keer met haar naar het ziekenhuis geweest, maar ze konden niks vinden. Ten einde raad zijn we met haar naar een yatiri geweest. Hij wist meteen dat ze een susto had en heeft een ceremonie uitgevoerd voor Pachamama. Sindsdien gaat het weer goed met haar.” (opgetekend uit een persoonlijk gesprek in 2008)

Verder vertrouwt men in tweede instantie liever niet op de diensten van de publieke gezondheidszorg. Als men dan naar een ziekenhuis gaat, dan liever naar een ziekenhuis van de private sector. Opvallend is dat de meeste ondervraagden veel verschillen de plaatsen noemen waar ze heen zouden gaan voor verschillende ziekten. Nog geen 10% zou voor elke ziekte naar dezelfde behandelaar gaan. Meer dan 50% van de ondervraagden kiest zelfs uit 3 of meer aanbieders. Meer dan de helft combineert bovendien de moderne met de traditionele geneeskunde (van Rijn 2006). De bevolking van 16 de Julio lijkt wat hun zorggebruik betreft dus aardig bicultureel te zijn. De vraag is, welke factoren dit zorggebruik bepalen.

Zorggebruik: een kwestie van geld en vertrouwen

Uit het onderzoek in 2006 in 16 de Julio blijkt, dat vooral culturele factoren en de toegang tot de gezondheidszorg bepalen van welke voorzieningen de bevolking van deze wijk gebruik maakt. De reden die de helft van de ondervraagden opgaf bij de vraag waarom ze hun keuze maakten, is dat ze denken dat de behandeling er effectief is. Daarop volgen ‘het is dichtbij’ (39%), ‘het is goedkoop’ (35%) en ‘ik ben hieraan gewend’ (26%). De culturele factoren zijn vooral belangrijk voor het

gebruik van de traditionele geneeskunde. Bij mensen die gebruik maken van een publieke zorgvoorziening of een apotheek speelt vooral de toegang een rol. Het is vooral in de private sector dat de gebruikers ook erheen gaan omdat de kwaliteit er beter is.

De moderne gezondheidszorg: kiezen tussen prijs of kwaliteit(vii)

In hoeverre spelen culturele verschillen een rol om wel of niet gebruik te maken van de moderne gezondheidszorg? Allereerst kan gezegd worden dat de taal eigenlijk niet belangrijk is in 16 de Julio. Bijna niemand mijdt een ziekenhuis omdat ze daar niet hun eigen taal spreken. Dit is niet zo vreemd, want in 16 de Julio wordt in 95% van de families thuis (onder andere) Spaans gesproken, de taal die ook in de gezondheidscentra en ziekenhuizen wordt gebruikt. Wel denkt 17% van de ondervraagden dat de behandeling bij de publieke gezondheidszorg niet effectief is. Men heeft meer vertrouwen in de private gezondheidszorg. In beide sectoren geven slechts weinigen aan dat ze zich ongemakkelijk voelen bij de behandelmethodes. De culturele barrière om gebruik te maken van de moderne geneeskunde (van de publieke of private sector) lijkt dus erg laag te zijn in El Alto. Alleen bij de bevalling speelt dit wel een rol.

“Ik heb mijn vier kinderen thuis gekregen met een vroedvrouw, dat is fijner omdat ik dan zittend kon bevallen. In het ziekenhuis vinden ze dat niet goed.”

(interview Reyna 2006)

“Bovendien krijg je in het ziekenhuis bijna geen eten. Thuis zorgt de hele familie ervoor dat je elk uur wat krijgt, en de vroedvrouw masseert je zodat de bevalling minder pijn doet.”

(interview Benita 2006).



Foto: Chakana

Toch zijn er wel culturele verschillen tussen de gebruikers van de moderne en traditionele gezondheidszorg. Meer dan 70% van de gebruikers spreekt thuis alleen Spaans en geen inheemse taal, en zijn er relatief veel minder migranten van het platteland die gebruik maken van de moderne gezondheidszorg dan bij de andere zorgaanbieders. Ook zijn de gebruikers gemiddeld het hoogst opgeleid en weten zij het meest over de verschillende programma's van de overheid, waarmee zij toegang hebben tot gratis gezondheidszorg bij de publieke sector en sommige private klinieken. Hoger opgeleide, stedelijke inwoners hebben dan ook vaker de vaardigheden die nodig zijn om als patiënt je rechten op te eisen in het ziekenhuis.

“Ze lieten me lang wachten in het ziekenhuis en toen is mijn man gaan klagen. Uiteindelijk ben ik toen goed geholpen. Maar naast mij zat een vrouw, die was helemaal uit haar dorp gekomen voor behandeling, ze was heel ziek. Niemand kwam haar helpen maar ze zei er niks van. Mijn man is toen met haar man gaan praten en ze zijn samen gaan klagen, zodat de vrouw toch behandeld werd. Je moet niet verlegen zijn, maar dat is moeilijk voormensen van het platteland. Die zijn gewend om te wachten en niet te klagen.”

(interview Maria 2006)

De publieke sector staat erom bekend goedkoop te zijn. Dit verhoogt de toegang van de arme bevolking tot deze gezondheidszorg. 36% van de gebruikers geeft dan ook aan voor de publieke sector te hebben gekozen omdat het goedkoop is. De kosten van medische behandeling worden bovendien in de publieke gezondheidszorg verlaagd door de programma's van de SUMI en SESO, waardoor zwangere vrouwen, kinderen en jongeren gratis basiszorg krijgen bij de publieke gezondheidscentra. Toch geeft 50% van de ondervraagden aan niet naar het gemeentelijk gezondheidscentrum te gaan omdat ze niet verzekerd zijn. Zij kennen de overheidsprogramma's dus niet. De patiënten die wél naar de publieke sector gaan, zijn gemiddeld het hoogst opgeleid en zijn het vaakst bekend met SUMI en SESO. Hieruit blijkt dat meer kennis over dit soort programma's van de overheid het gebruik van de gratis zorg zou kunnen laten toenemen. Zonder deze kennis komt het bovendien voor dat het medisch personeel de patiënt toch laat betalen, terwijl deze eigenlijk recht heeft op een gratis behandeling.

“Sommige mensen kennen alleen SUMI, maar niet SESO. Als de arts dat merkt laat hij je toch betalen. Ook proberen ze je wijs te maken dat iets niet onder de gratis behandelingen valt” (interview Maria 2006).

De private sector staat juist erom bekend duur te zijn. Van de ondervraagden die geen gebruik maken van de private sector, doet dan ook 85% dat niet omdat het te duur is. Economisch gezien is de publieke gezondheidszorg dus goed toegankelijk voor de arme bevolking van 16 de Julio, maar de private gezondheidszorg niet. Dit kan verklaren waarom zij, als ze voor de moderne gezondheidszorg kiezen, liever naar de publieke dan de private sector gaan.

“In de private ziekenhuizen is de behandeling uitstekend. Maar wij hebben helemaal geen geld om dat te betalen. De behandeling in de publieke gezondheidscentra is slecht en je wordt meteen weer naar huis gestuurd, ook al ben je nog ziek.” (interview Reyna 2006)

De afstand speelt blijkbaar een minder grote rol: hoewel in de wijk een groot aantal private klinieken is gehuisvest, is er alleen een gespecialiseerd ziekenhuis voor moeders en kinderen in de wijk van de publieke sector. De dichtstbijzijnde locatie van de publieke sector is het gemeentelijke gezondheidscentrum net buiten de wijk, waar alleen ambulante zorg wordt verleend. Van alle soorten gezondheidszorg is de publieke sector dan ook die waar de meesten vanwege de afstand geen gebruik van maken. De slechte kwaliteit van de publieke gezondheidszorg is een andere reden om daar geen gebruik van te maken. Meer dan helft klaagt over te lange wachttijden; bij mijn eigen bezoeken aan het gemeentelijke gezondheidscentrum bleek ook dat de wachtkamer altijd zó vol was dat er meer mensen stonden dan dat er zaten, en er overal op de gangen ook wachtende patiënten stonden. Daarnaast geeft 17% aan dat het personeel er onaardig is.

“Als je recht hebt op gratis zorg door de SUMI dan betaal je dan wel niet met geld, maar wel met tijd. Omdat je niet betaalt laten ze je eerst lang wachten en daarna kijken ze maar heel kort en stellen dan al hun diagnose” (interview Maria 2006).

Bij de private sector gaat men er juist wél heen vanwege de goede kwaliteit. Toch gaat men voor ingewikkeldere gezondheidsproblemen zoals rugklachten, buikpijn en diarree relatief net zo vaak naar de publieke als de private gezondheidszorg. Want ondanks de slechte organisatie, het tekort aan personeel en de onvriendelijke behandeling, gelooft bijna iedereen wel dat men ook in de publieke sector uiteindelijk de ziekte kan genezen.



Foto: Chakana

De apotheek op de hoek

Ook de apotheek maakt deel uit van de moderne gezondheidszorg. Ondanks dat de gebruikers van de apotheek vaker een inheemse taal spreken dan bij de andere zorgaanbieders, lijkt er bijna geen culturele barrière te bestaan om er gebruik van te maken. Het is dan ook de plek waar zowel in eerste als ook in tweede instantie de meeste inwoners van 16 de Julio heengaan in geval van ziekte. Dat lijkt ook te maken te hebben met de goede toegankelijkheid, zowel qua afstand als qua kosten.

Meer dan de helft van de patiënten die eerst naar de apotheek gingen, deed dit omdat dit het dichtst bij was. Dit is niet verwonderlijk, aangezien er in de wijk maar liefst 44 apotheken zijn zal dit bijna altijd de dichtstbijzijnde optie zijn. 40% van de patiënten ging naar de apotheek omdat dat goedkoop is. De apotheek is daarmee met afstand de meest toegankelijke optie voor de inwoners van 16 de Julio.

“In deze wijk is geen ziekenhuis met eerste hulp, alleen het gemeentelijke gezondheidscentrum dat maar tot 2 uur ’s middags open is. En daar worden ze vaak slecht geholpen. De private ziekenhuizen zijn te duur. Daarom gaan mensen vaak gewoon naar de apotheek, zeggen waar ze pijn hebben en kopen dan medicijnen” (interview Monje 2006).

Over het algemeen zijn de gebruikers ook tevreden over de kwaliteit van de dienstverlening bij de apotheek. Bijna niemand geeft aan dat het personeel onvriendelijk is, of dat er te lang gewacht moet worden. Desondanks lijkt de

bevolking van 16 de Julio zich er wel van bewust dat apothekers geen artsen zijn en daarom niet voor alle gezondheidsproblemen een oplossing hebben. Van diegenen die niet naar de apotheek gingen, deed bijna iedereen dat omdat ze daar waarschijnlijk geen goede behandeling zouden bieden. Slechts voor simpele aandoeningen zoals hoofdpijn, koorts of hoesten ging de meerderheid naar de apotheek. Deze gezondheidsproblemen zijn eenvoudig te herkennen voor de bevolking en de kans op complicaties is klein.

Bent u een echte yatiri?

Van de patiënten die een zorgsector uitkiezen omdat daar hun eigen taal gesproken wordt, gaat het merendeel naar de traditionele genezer, wat in het geval van 16 de Julio meestal een *yatiri* is.

Zeer opvallend in een wijk met bijna alleen maar inheemse bewoners is dat 40% van de ondervraagden denkt dat behandeling bij een traditionele genezer niet effectief is, en een kwart zelfs denkt dat de behandeling schadelijk kan zijn. Dit laatste denkt bijna niemand over de andere sectoren. Ook voelen de inwoners van 16 de Julio zich vaker niet op hun gemak bij de traditionele genezers (30%) dan bij de moderne gezondheidszorg (6%). Dit kan komen doordat niet alle genezers in El Alto dit volgens de traditionele manieren zijn geworden. Veel bewoners en ook een aantal genezers die ik sprak, beweren dat er veel *falsos curanderos* (nep-genezers) werkzaam zijn in de stad.

“Er zijn veel falsos curanderos die niet echt weten wat ze doen, maar vooral geld willen verdienen. Wij weten niet welke echt en welke nep zijn” (interview Manzaneras 2006).

Uiteindelijk zou echter toch meer dan de helft van de bevolking in sommige gevallen wél naar de traditionele genezer gaan. Het is logisch dat dit het geval is bij ziektes die in de moderne geneeskunde niet bestaan, zoals een *susto* of *aire*, die deels spiritueel van aard zijn. Maar ook bij buikpijn of rugpijn gaan de bewoners van 16 de Julio relatief vaak naar de traditionele genezer. Deze heeft dan ook het voordeel heel goedkoop te zijn; 57% van de ondervraagden die naar de genezer ging deed dat om deze reden. Daarnaast vindt men de genezers aardig en zijn er korte wachttijden. Het lijkt erop dat ook de traditionele genezers in de stad een aantal kenmerken heeft die goed aansluiten bij de wensen van de inheemse inwoners. De traditionele genezer heeft nog altijd aandacht voor meer dan alleen de medische, lichamelijke situatie van de patiënt en neemt zoveel tijd als nodig is. Uit gesprekken met de genezers zelf bleek dat zij soms ook betaling

in natura accepteren of variabele prijzen hanteren voor de armste patiënten.

“Ook in de traditionele geneeskunde kennen we medicijnen in de vorm van capsules of tabletten. Vaak zijn die goedkoper dan moderne medicijnen. Ook vraagt een kallawaya soms minder geld voor een behandeling als de patiënt arm is. En als een patiënt zelfs dat niet kan betalen, kan hij de genezer een kip geven. In het ziekenhuis wordt je gewoon niet behandeld als je geen geld hebt” (interview Condori Husaca 2006).



Foto: Chakana

In El Alto, en ook in de wijk 16 de Julio, is er een ruim aanbod aan verschillende vormen van gezondheidszorg. Niet alleen zijn er de publieke gezondheidscentra en ziekenhuizen en de private klinieken, maar ook zijn er veel apotheken en traditionele genezers. In het vorige hoofdstuk hebben we kunnen zien dat *alteños* veel verschillende van deze voorzieningen gebruiken. In de wijk 16 de Julio is de apotheek de plek waar de meesten zowel in eerste als tweede instantie naartoe gaan. In eerste instantie gaat men ook veel naar het gemeentelijk gezondheidscentrum, maar in tweede instantie bezoekt men toch liever een private kliniek of een traditionele genezer. Hieruit blijkt dat de meeste *alteños* niet alleen van één bepaalde voorziening gebruik maken, maar hun zorggebruik per situatie kan veranderen. De moderne en de traditionele geneeskunde worden naast elkaar gebruikt, maar er is wel een voorkeur voor de moderne gezondheidszorg. De bevolking van 16 de Julio is daarmee duidelijk bicultureel wat betreft hun zorggebruik. De *alteños* verschillen hiermee ook aanzienlijk van de inheemse plattelandsbevolking van Bolivia. Het blijkt dat zij, in ieder geval wat hun zorggebruik betreft, behoorlijk zijn verstedelijkt.

De bevolking van 16 de Julio bepaalt haar zorggebruik nauwelijks aan de hand

van de kwaliteit: beide aspecten worden door slechts 15% van de ondervraagden genoemd als reden om van een bepaalde sector gebruik te maken. Over het algemeen werd er veel geklaagd over de slechte kwaliteit van de publieke gezondheidszorg, terwijl deze door bijna iedereen gebruikt werd. Aan de andere kant werd de zorg in de private klinieken alom geprezen, maar kan bijna niemand deze zorg betalen.

Culturele factoren hebben wel veel invloed op het zorggebruik van de bevolking van 16 de Julio, maar een heel andere invloed dan op het platteland. Culturele factoren hebben een positieve invloed op het gebruik van de moderne gezondheidszorg en zorgen er juist in traditionele sector voor dat de *alteños* hier liever niet naartoe gaan. Hieruit blijkt dat de culturele barrière om de traditionele geneeskunde te gebruiken, voor sommige *alteños* gróter is dan de culturele barrière voor andere *alteños* om van de moderne gezondheidszorg gebruik te maken. Hierbij zijn het vooral migranten die op het platteland zijn geboren die nog wel gebruik maken van de traditionele sector, terwijl het wantrouwen hiertegen het grootst is bij migranten uit andere steden en bij geboren *alteños*.

Verder is de toegankelijkheid een factor van belang voor het zorggebruik in 16 de Julio. Ondanks het enorme aanbod lijkt de gezondheidszorg voor de bewoners van 16 de Julio toch moeilijk toegankelijk te zijn. De publieke gezondheidszorg en de traditionele sector zijn goedkoop, maar de aanbieders hiervan bevinden zich net aan de rand of net buiten de wijk, terwijl het grote aantal private klinieken binnen de wijk voor de meesten te duur is. Alleen de apotheek is dichtbij én goedkoop. Uiteindelijk is de prijs de doorslaggevende factor voor de meeste mensen; de apotheek en het gemeentelijke gezondheidscentrum worden in eerste instantie het meest gebruikt.

Zorg voor iedereen – aanbevelingen

Zoals we zagen in hoofdstuk 3, is het zorgbeleid van de Boliviaanse overheid er al jarenlang op gericht de gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken. Nadat hierbij de focus eerst vooral op het verminderen van de economische en geografische barrières lag, is er sinds het aantreden van de regering Morales ook aandacht voor de culturele barrières die de inheemse inwoners van Bolivia ondervinden bij het gebruik van de moderne gezondheidszorg.

In El Alto zijn deze culturele barrières voor de inheemse bevolking echter laag, zo blijkt uit dit onderzoek. Het is voor de meeste bewoners van 16 de Julio nog altijd kiezen tussen betaalbare maar slechte zorg in een verweg gelegen locatie van de

publieke gezondheidszorg, of goede maar dure zorg in één van de vele private klinieken. Goede zorg is daarmee voor de arme bevolking van 16 de Julio nog altijd niet bereikbaar. De publieke gezondheidszorg kan aan de noordkant van El Alto, waar ook 16 de Julio ligt, niet voldoen aan de behoefte naar betaalbare én goede gezondheidszorg. Meer personeel en meer locaties zijn dan ook nodig. De bevolking van 16 de Julio zou dan niet meer hoeven te kiezen tussen prijs en kwaliteit, een keuze die door de grote armoede uiteindelijk meestal uitgaat naar het kostenaspect.

Eén culturele barrière blijft echter hardnekkig voortbestaan: de gewoontes rond de bevalling bij de moderne en traditionele gezondheidszorg verschillen zo erg van elkaar dat vrouwen liever niet in het ziekenhuis bevallen. Het wegnemen van deze culturele barrière zou dan ook één van de speerpunten moeten zijn in de interculturele plannen van de regering. Ook moderne ziekenhuizen en gezondheidscentra zouden vrouwen de mogelijkheid moeten bieden volgens hun eigen tradities te bevallen, om zo het aantal vrouwen dat in een veilige omgeving bevalt omhoog te brengen. Vooralsnog heeft de regering er echter voor gekozen deze culturele barrière met een financiële prikkel (de *Bono Juana Azurduy*) weg te nemen. Het is, een jaar nadat dit programma is opgestart, nog te vroeg om het succes van de maatregel te beoordelen.

Zie ook: Deel 1 - <http://rozenbergquarterly.com/?p=4102>

—

Noten

(v) Dit project ontleent zijn naam aan de manzano, oftewel huizenblok. Een manzanera is een vrouw die verantwoordelijk is voor de gezondheidsvoorlichting in haar huizenblok.

(vi) Het gebruik van het ziekenhuis van de zorgverzekering wordt hier verder buiten beschouwing gelaten, omdat alleen verzekerden hiervan gebruik kunnen maken en

er bovendien bijna niemand (ongeveer 10%) verzekerd was. Andere factoren spelen daardoor nauwelijks een rol bij deze verzekerden.

(vii) De gegevens uit de paragrafen hieronder komen allemaal uit mijn eigen onderzoek dat ik in 2006 heb uitgevoerd in de wijk 16 de Julio, met als onderwerp het zorggebruik van deze voornamelijk inheemse bevolking.

Afkortingen

AECI - *Agencia Española de Cooperación Internacional* - Spaans Agentschap voor Internationale 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 Imunización* -

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

kallawaya - 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 Kallawayá*. 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 Aymará*. 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 SAGITARIO.
- 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 longitudinaal 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. Dibbitts (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 Terapeutico 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*, nationaal tuberculose programma 3 april 2006

Coca, A. - *Ministerio de Salud y Deportes*, programma '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*, programma '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 Masteropleiding '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

Scientists Looking to Solve the Problem of Slums Devise a New Way to Look at Big Data

by Rebecca Ruiz - January, 22, 2013 - txchnologist.com



Photo txchnologist.com

Around the world, slums are home to an estimated 1 billion residents. From Manila to Sao Paolo to Mumbai, they are crucibles of urbanization where the poor try to eke out an existence without crucial public services like sewage, electricity and water.

For years, Slum Dwellers International, a network of community organizations working in 33 countries, has collected data from thousands of slums globally in an effort to provide leverage to settlements during negotiations with local officials to

improve living conditions.

Looking at the details inside the big picture

Now, in the era of big data, that information may have a reach far beyond slum limits. In November, [SDI](#) partnered with the Santa Fe Institute, a nonprofit research center, to study the collected facts and figures to better understand slums worldwide and build a scientific view of cities.

Read

more:

<http://txchnologist.com/scientists-looking-to-solve-the-problem-of-slums-devise>

Social Housing Crisis Calls for a New Vision for Architecture

guardian.co.uk. Jan. 23, 2103. Semi-detached houses were a revolution in affordable 20th century modernity, but social diversity and high density housing must be part of a new future.

In times of housing crisis such as these architects have traditionally asked, how can we create better social housing? What should it look like?

One answer is that social housing should look like other sorts of housing; or, perhaps, other sorts of housing should look like social housing.

Between the two world wars, architectural visionaries certainly agreed. Influenced by the radical ideas of Russian constructivism, Italian futurism and the great modernist architect Le Corbusier, a vision of state-funded, egalitarian housing with all mod cons and fabulous standards for space was implemented in the UK in an attempt to mend Britain's bomb ravaged and slum ridden cities following the second world war.

Read more: <http://www.guardian.co.uk/crisis-vision-architecture-social-housing>

Domus: Intelligent Architecture for Current Times

domusweb.it. While European cities present very low demographic growth today, they have extraordinarily urban and even agriculturally built environments. Adding to these circumstances certain environmental and social sustainable values, and bearing in mind the current economical situation, you can reach the conclusion that the re-use existing built patrimony – obsolete after new and continuous social, economic and technological changes – is a need. In this context, French architects Anne Lacaton & Jean Philippe Vassal have been developing an uncommon philosophy marked by their interest in preservation and social living improvement refurbishments, very far from the professional positioning of most reknown architects. Among their recent works are projects like the Palais de Tokyo in Paris, and others like the new Architecture School of Nantes and the peripheral extension of Bois-Le-Prêtre tower in Paris.

Read

more:

<http://www.domusweb.it/en/architecture/intelligent-architecture-for-current-times/>

Social Housing Watch - A Brief History of Social Housing

Why do we have social housing? What trends did it arise in response to? And how has it changed over the years? Take a look at our brief history of social housing.

1800 — 1850

Urban overcrowding

Between 1800 and 1850 the population of the UK doubled in size from 8 to 16 million people, and as the Industrial Revolution progressed more people moved out of the countryside and into cities to find work. By 1850 over half of the UK population lived in urban areas – mostly in squalid and overcrowded slums with open sewers and no running water. With living conditions so poor and disease so widespread, life expectancy in 1830 was a mere 29. Over the next century the need for decent housing, even for the poorest in society would become an ever larger issue.

Read more: <http://socialhousingwatch.co.uk/a-brief-history-of-social-housing/>

Squatters Vow To Fight City Over Land

westcapenews.com – Cape Town – January, 15, 2013 – After having failed to forcibly remove families illegally occupying land in Joe Slovo Park near Milnerton, the City of Cape Town is seeking an eviction order against the approximately 218 families from the Western Cape High Court.

Attempts by the City's Anti Land Invasion Unit (ALIU) in November to forcibly remove the residents were unsuccessful as the informal settlement residents simply re-erected their shacks after they were demolished.

The residents also launched violent protests, stoning ALIU officials and burning tyres on Democracy Road — the main road in the township which leads to Montague Gardens. Several businesses run by foreign nationals were also set alight by residents who claimed they were being targeted while foreign national's running businesses illegally from shipping containers were being allowed to continue.

The city has since sought an order from the High Court to have the people evicted.

Read more: <http://westcapenews.com/?p=5794>