

Margaret Mead - Tales From The Jungle

Exploring the work of Margaret Mead, this film investigates the 12 months Mead spent with the Samoans in the Twenties.

Her resulting book, *Coming Of Age In Samoa*, had a huge impact on Western culture.

Mead believed cultures like the Samoans could teach people how to live in harmony. Her book depicts a society of free love — devoid of jealousy and teenage turmoil.

But, decades later, her work was criticised as being tainted by her romantic views and strong belief in liberal values.

Tales From The Jungle examines whether Mead's study was merely misinterpretation and romantic wishful thinking.

See also: http://en.wikipedia.org/wiki/Derek_Freeman

Rock Art Research in South Africa



Therianthropes and trance dance from artwork painted by Kalahari artist, the late Vetkat Regopstaan Kruiper (with permission)

Ethno-archaeology: Oral narratives and rock art

The focus of my research is on the method of recording oral narratives and their link to, and possible use in, the interpretation of rock art, specifically rock engravings. Research on indigenous knowledge and artefacts falls within a contentious area of indigenous archaeology associated with colonialists' geographic and intellectual imperialism. It is necessary for my contextual approach to include, as in the exploration of myths, the theoretical setting of ethno-archaeology within which my research takes place. In the discipline of archaeology the use of ethnography falls under what Renfrew and Bahn (1991: 339) call '*What did they think?*' The use of '*they*' points not only to ethical issues of '*othering*', the negative artificial construction of two camps of cultures and the corresponding approaches of scholars and present day descendants of the artists, but also to the time gap between the artists of the past and the present (Lewis-Williams & Pearce, 2004).

The rock paintings situated in caves, shelters and on portable stones, mostly in the mountainous regions in South Africa, and rock engravings situated predominantly in the plateau areas, on boulders on hills or near rivers, date mostly from within the last few thousand years. However, small mobiliary painted stones from Apollo 11 Cave and an engraved ochre piece from Blombos Cave date from some 25 000 and up to 70 000 years ago respectively (Lewis-Williams & Pearce, 2004). This considerable antiquity complicates any attempts at interpreting the rock art by way of oral narratives, even those recorded by the earliest colonialists. Furthermore, our views and therefore theories on art, oral narrative and methodology are constantly changing (Bahn, 1998).

3.1 Early recordings and attitudes: evolutionist thinking and sympathetic magic

The Islamic incursions into Asia, Europe and Africa approximately 1 300 years ago and the interest of Western countries in foreign countries after the Middle Ages are cited historical events that precipitated an awareness of, and interest in, recording the customs of foreign cultures (Maree et al, 1997). The arrival of foreigners in ships, using horses and later ox wagons, was recorded in rock paintings and engravings by the indigenous people of South Africa (Lewis-Williams, 1983).

Travellers, adventurers, missionaries and soldiers in turn recorded aspects of African cultures in their diaries and reports prior to the formal emergence of anthropology as a science and the development of an evolutionist approach. The

contribution that the drive for material rewards played in the early visitors' hazardous journeys to the southern part of Africa was recorded by a Dominican priest in 1586:

The country is very hot, unhealthy, and prejudicial to foreigners, especially the Portuguese, who generally fall sick and die of fever; but this is not sufficient to restrain their avarice and the eagerness with which they go thither in search of the mines and riches of the country. (Dos Santos, 1586)

The 'gaze' of the colonialists on the 'exotic other' is apparent in these writings which, despite attempts to include the voice of the indigenous people, often reveal more of the attitudes and perceptions of the writers than about the cultural features they seek to portray. An example is this account of the Khoikhoi/Khoekhoen by Christoffel Langhansz when stopping at Cape Town on his way to the Indies in 1694:

As to their religion, they have none, but live like the unreasoning brutes from day to day. Although some say of them that they reverence the moon this is not so, although it is true that by night, especially at the New Moon, they dance, or better said leap before it, and thereby howl rather than sing. But this dancing is done only for their pleasure, since leaping against their shadows and clapping their hands delights them especially, in that they see their shadows also do this; and this they continue so long as the moon shines on them, so that this dancing is thus to be considered as solely and entirely for their pleasure and amusement. (Langhansz, 1694 in MacLennan, 2003: 50)

The recording of rock art during this time was incidental and did not follow any formal methodology. The Chinese have the earliest recordings of rock art dating back to approximately 2 300 years ago by Han Fei (280-233 BC) (Bahn, 1998: 1).

Mention of rock art in Europe is minimal before the 19th century.

The colonisation of the New World in the 16th century resulted in identification of rock art in South America. The link between the rock art and indigenous religion, particularly belief in 'Quetzalcoatl' (the feathered serpent God), caused Spanish missionaries to destroy or attempt to allocate Christian meaning to the images (Bahn, 1998: 9-10). In Ireland recordings of engravings in a burial tomb were made by Edward Lhwyd (1660-1708). The negative colonial attitudes of scholars of the time to this type of art, labelling it 'primitive' (Smith & Blundell, 2000:8)

and of little aesthetic value, is reflected in Lhwyd's reference to the art as '*rudely carved*' and '*Barbarous a sculpture*' when referring to a '*spiral like a Snake, but without distinction of Head and Tail*' (Bahn, 1998: 6).

Charles Darwin's *Origin of the Species by Means of Natural Selection* (1859) impacted not only on ideas concerning man's origins but, as mentioned previously, on the recording of cultures. In the field of rock art, evolutionist thinking in terms of categorization from simple to complex forms led to South African rock art - especially geometric engravings - being interpreted as the idle doodlings of a primitive people (Maree et al, 1997; Lewis-Williams & Pearce, 2004) or caricatures (Bahn, 1998). The earliest recordings of rock engravings in South Africa and specifically the Northern Cape are credited to H J Wikar from Sweden on his journeys along the Gariep/Orange River in 1778. Not all early Europeans dismissed the value of the rock art in South Africa and some, such as Barrow in 1797, attempted an understanding of rock art and appreciated the realistic depictions of animals within it (Bahn, 1998). When the beauty and artistic merit of the rock art was acknowledged, some Europeans considered the art beyond the scope of the 'primitive' indigenous people, the San. Alternative cultures were invoked and the art was attributed to visiting '*Caucasians*'. The best known example is the '*White Lady*' of the Brandberg (South West Africa/Namibia), so named by Breuil in 1917 (Smith & Blundell, 2000; Bahn, 1998: 62-63): '*Heading the 'early' school Abbe Breuil had seen, in such paintings as the famous 'White Lady', early Mediterranean influences, and attributes an age of several millennia to much of the art*' (Foreword SA Arch Soc, date and author unknown (approx late 50s).

The impact on meaning attributed to rock art during the unilineal or classical phase of evolutionist thinking was the view that '*primitive*' art was linked to '*primitive*' religious practice, namely belief in magic. In the same way that '*civilized*' man controls his environment with science and technology, this theory proposed that '*primitive*' man controlled his environment with magic. This conjecture was applied to the interpretation of rock art in Europe by historic figures such as Breuil, who regarded rock art '*primarily in terms of hunting magic*', in that the depicted animal and an associated ritual were believed to influence the outcome of the hunt (Bahn, 1998: 62; Smith & Blundell, 2000).

3.2 Early records and analysis: traditional systematic

The development of anthropology and archaeology as sciences at the beginning of

the 20th century resulted in an emphasis on quantitative methodology and positivist research theory. Diffusionist theory in the late 19th and early 20th century emphasized the need to record as much data as possible before it disappeared. In archaeology and specifically the recording and analysis of rock art, a traditional, systematic approach entailed definition of artefacts in space and time. In reaction to previous subjective guesswork and '*imaginings*' as to the significance of artefacts including rock art (Renfrew & Bahn, 1991), emphasis was placed on artefacts that could be analysed scientifically to achieve knowledge of the '*true*' past. The excavation system of General Pitt-Rivers, developed between 1880 and 1900, influenced the recording and publication of archaeological finds (Renfrew & Bahn, 1991; Webley et al, 2000). This system required occurrence distribution maps, stratigraphic allocation and finally the assignation of artefacts or assemblages to a specific archaeological culture (Renfrew & Bahn, 1991).

Further systematic analysis of rock art in the traditional approach includes description of rock engravings in terms of place, techniques and time. Accordingly, Northern Cape rock engravings are found predominantly on '*rocky outcrops of dolerite and diabase*' (Morris, 1998); they are divided into three techniques whereby the patina (rock crust) is removed, using another hard stone to expose '*the lighter coloured rock beneath*' (Morris, 1998: 16), namely: fine lined (cutting with a sharp stone), scraped and pecked techniques (Dowson, 1992: 1). The three types sometimes overlap in a single site but may be assigned by archaeologists to different cultures and time periods. There is not yet unity amongst archaeologists and anthropologists regarding the culture(s) to which the rock engravers belonged. Some engravings in the Northern Cape have been dated broadly by their association with different stone tool assemblages (Morris, 1998):

The rock engravings, which are most frequently met with in the central districts of the Orange Free State and the adjoining northern parts of the Cape lying immediately to the west, also belong to this art group [Bushmen]. Its distribution coincides with that of the Upper Smithfield Industry of the Later South African Stone Culture, and the paintings and engravings are always found associated with implements of this Industry. (Schapera, 1930: 211)

Broadly, the fine line/ hairline engravings may date back up to some 8 000 years and appear to be generally older than the pecked and scraped techniques engravings, of which the oldest may extend back to approximately 3 000 years

ago, with the most recent being dated 150-200 years from the present (Beaumont & Vogel, 1989; Morris, 1988; 1998; Dowson, 1992). Direct carbon ratio dating of rock engravings has been attempted (Whitley & Annegarn, 1994) but the plausibility of the results has been questioned (Morris, 2002). Different engraving '*traditions*' have been attributed to San hunter-gatherers, Khoekhoe pastoralists or Bantu-speaking farmers (Smith & Ouzman, 2004).

3.3 A Multilinear evolution, cultural ecology and rock art

Unilineal evolutionist thinking theorizing that all cultures could be graded on one path to Civilization was replaced in the 20th century with multilinear evolutionist thinking, which emphasized rather that cultures developed '*along different paths and at different rates*' (Webley et al, 2000). This approach falls within American cultural anthropologist Frans Boas's (1858-1942) theory of '*historical relativism*', which called for a break away from broad unilinear evolutionary research and greater detailed focus on individual sites (Renfrew & Bahn, 1991). The '*classification and consolidation*' of artefacts in order to record a culture was extended by the work of Marxist-influenced Gordon Childe in Europe with publications such as *The Dawn of European Civilization* (1925), in which he posed questions of archaeology that applied not only to the '*what*', '*where*' and '*when*' of a culture's prehistory, but included an attempt at '*why?*'. The impact of this type of research on the theory and practice of rock art research is that focus is not solely on chronology and cultural sequences but includes the historical, cultural or ecological context of their creation. The cultural historians '*described*' rather than '*explained*' prehistory (Webley et al, 2000: 7).

In the 1940s North American anthropologist Julian Steward and British archaeologist Graham Clark promoted the inclusion of the ecological impact as an additional factor alongside intercultural impact (Renfrew & Bahn, 1991). Towards a more ecologically inclusive approach, Clarke incorporated the investigative skills of specialists in animal bones and plant remains to develop the archaeological record. This type of approach is reflected in South African rock art through an emphasis on the inclusion of rock art as part of the archaeological record: '*after all, the art is a part of the culture of the peoples who created it, and must be studied along with bones and stones, pottery, houses and graves*' (Foreword SA Arch Soc, date and author unknown [approx late 50s]). Northern Cape rock art research "*in the 1980's was very much concerned with seeing rock art as part of the broader archaeological record (cf. Inskeep, Parkington), and I*

still believe this to be a crucial perspective” (Personal correspondence, D. Morris 2009).



Fig.3.1 Mc Gregor Museum archaeologist, David Morris, shares the historical context of Wildebeestkuil rock engraving site with visiting students. Photograph: K-S Lange (with permission)

In 1948 WW Taylor published *A Study of Archaeology* wherein he opposed the culture-historical approach with his call for a cultural anthropological methodology, which echoed contemporary ethnography (Webley et al, 2000). The dissatisfaction with older forms of archaeological research culminated in the 1960s with the formation of a much more positivist '*New Archaeology*'.

3.3B Quantitative studies: search for patterns and rock art

In South Africa during the 1950s the theory of interpretation of rock art included '*art for art's sake*'; that is, that the rock art was created with no specific meaning but purely for recreational purposes. Unlike in the colonial approach, the aesthetic merits of the art were recognised:

The aesthetic value of such paintings is widely appreciated and has already been greatly exploited by the makers of fabrics, ashtrays, and beer mugs[...] Carefully protected and properly published, it may provide a wealth of information for those interested in Africa's past, and a source of pleasure for generations to come. (Foreword SA Arch Soc, date and author unknown (approx late 50s)

But no symbolic meaning was attached to the images, as illustrated in *The Rock Paintings in Africa*, published by The South African Archaeological Society (date

unknown [approx. late 1950's]. The images of the rock art are grouped geographically but no interpretation is imposed in the caption, for example:

Human-headed seals or fishes at Ezeljachtspoort, George district, Cape Province. A painting 10 ¼ inches (26 cm) in horizontal diameter, generally known as the Mermaid Scene, and probably represents a local legend linked with the sea. (Plate XXXV Copied by Miss M. Wilman. Vol. ii, No. 7)

An explanation for this lack of interpretation is given as follows: *'partly because it is thought that this is an exercise in which readers may wish to indulge according to their own tastes and theories without interference from the editor!'* (Foreword SA Arch Soc, date and author unknown). Although meaning was not attributed, the significance of motivation and examples of possible inspirations for the art were proposed:

It is important to attempt to arrive at the motives underlying the art [...] there seem to be a variety of motives. Hunting magic may well be one, but it is less easy to be sure than in Europe. Some, such as the lone piper, may well be simply the expression of artistic feelings, but elsewhere there is good reason to believe that some paintings are true pictograms recording particular events in the life of a group of people. Others are almost certainly connected with initiation centres and ceremonies. (Foreword SA Arch Soc, date and author unknown)

An emphasis on quantitative studies was influenced by scientific discoveries in the mid 20th century and a dissatisfaction with the lack of scientific procedures as expressed by the South African Archaeological Society in the above-mentioned publication regarding the dating of rock art: *'There are two main schools of thought (how nice it would be to replace them with volumes of facts!)*' (Foreword SA Arch Soc, date and author unknown [approx late 50s]).

Quantitative studies in rock art meant further categorization according to details typical of a structuralist approach, whereby understanding is sought within the break-down into smaller segments. The styles of engraving were divided further than the categories mentioned earlier (such as technique) into the type of images depicted; that is, representational and non-representational or geometrics. Representational rock engravings were also categorized into either specific animals as opposed to humans, or into types of animals such as rodents, mammals etc; the frequency with which each of these appeared on a site was noted, for

example, in the records of rock engravings of South Africa by G J Fock in the 1960s and 1970s (Smith & Blundell, 2000).

The development of scientific dating, such as dendrochronology in 1929 by A E Douglas and radio carbon dating by W Libby in 1949, shifted the emphasis in archaeology from merely descriptive and inductive approaches (that is, looking for generalizations from specifics) to a more deductive approach (that is, explaining processes, which could now be dated more securely, rather than just describing them). This approach was led by Lewis Binford and other American archaeologists in the 1960s and named '*New Archaeology*'. This type of archaeology, also known as *processual archaeology*, called for a process in archaeology and therefore rock art research that required: '*the formulation of a hypothesis and then testing it through a carefully designed research project*'. Research, however, was still situated within '*culture historical reconstruction*' (Webley et al, 2000: 10).

3.4 Multiple voices and rock art

The influence of post-structural semiotics and the unstable sign or multiple meanings impacted rock art research theory with the appearance of several new theoretical approaches. The functional and evolutionary approaches discussed previously were rejected in favour of a more human based approach. Post-processual archaeology emphasized people as:

knowledgeable actors who construct, change and manipulate their social worlds. Meaning is more important than materialism and is always actively created, mediated in relation to interests and social strategies. (Binneman, 2000: 45)

In South African rock art though '*the history of rock art research does not simply follow that of archeaology*' (Ouzman, Sven 2007), as in other parts of the world, research approaches that emphasized quantitative processes were not discontinued but were found to be inadequate: '*counting and listing require enormous amounts of time and labour, and at the end of the day do not reveal anything much about meaning - they merely provide the raw material on which hypotheses can be based*' (Bahn, 1998: 68). New approaches in archaeology are reflected in some South African rock art research, where bridging the gap between the sign and relative interpretation is attempted by means of emphasis on universal physiological traits, as in the psychoneurological theory of Lewis-Williams and Dowson (1989) or emphasis on landscape context, for example,

Deacon (1994). Solomon (2006) developed a research process intended to reveal the ideology behind the sign, with an emphasis on post-colonial theory including feminism and the rights of indigenous people. There is new focus on intertextuality and pluralism either by emphasizing the multiplicity or '*multivocality*' behind the text or through inclusion of multiple voices, especially the voice of indigenous people and the marginalized, as in the work of Morris (2010 in press).



Fig. 3.2 - The 'power of the place' Wildebeestkuil rock engraving site. Photograph: K-S Lange (with permission)

3.5 Psychoneurological/ Shamanistic model of rock art

Archaeology differs from historical studies in that it is not only a discipline of the humanities but also a science, and as such requires scientific investigation of material traces from the past (a past which extends right up to the present) - investigation that emphasizes the importance of the archaeologist's analysis as much as it does the '*instruments of a laboratory*' (Renfrew & Bahn, 1991: 10).

Lewis-Williams and Dowson made use of 'controlled experiments, observations of contemporary hunter-gatherers [...] and formulations' that '*translated the contemporary observations of static material things, and quite literally, translated them into statements about the dynamics of past ways of life*' (Fagan, 1994:26).

Lewis-Williams's breakthrough in rock art interpretation was ten years before Dowson collaborated with him (Ouzman, Sven 2007). His work '*came in via structural Marxism, an offshoot of especially Childe's culture history*' (Ouzman, Sven 2007). The formulation used by Lewis-Williams and Dowson, initially for the interpretation of South African rock art but later attributed international relevance, is known as the neuropsychological or shamanistic model of rock art interpretation (Lewis-Williams, 1980, 1982, 1983, 1988; Lewis-Williams & Loubser, 1986; Lewis-Williams & Dowson, 1989).

The focus of this research requires exploring the neuropsychological model in some detail, given its marked influence on contemporary rock art interpretation, whether in terms of inclusion or opposition:

The ground breaking work of David Lewis-Williams not only introduced a new paradigm in our understanding of San rock art, but an increasing number of researchers utilised aspects of this shamanistic model into their own work. However, the absence of any substantial body of southern-San ethnography cast doubt for some workers on aspects of the shamanistic model, which was essentially based on Kalahari San ethnography, intertwined with historical records of the southern San. (Prins, 1999: 47)

Contemporary interpretative archaeology, according to Prins, often exists within a positivist view of reality (one true, knowable, reality) and '*is still practiced largely along the empirical and scientific frameworks of the 1960s and 70s*' (Prins, 1999: 43). Lewis-Williams & Dowson made use of two '*interlocking approaches*' of processual archaeology, namely '*ethno-archaeology*' and '*experimental*' archaeology (Fagan, 1994: 328). Rock art research focused on the meaning the art held for the artists (Lewis-Williams & Dowson, 1989).

Ethnography became 'the key to the art' when archaeologists turned to indigenous people's beliefs for understanding of rock art (Smith & Blundell, 2000: 11). The early diaries of travellers, missionaries and explorers provided the first written records of the customs of the Khoisan speaking people of Southern Africa. These recordings were limited by the majority of these first writers not speaking the indigenous languages, as well as by their context and their colonial prejudices, specifically regarding the religious and spiritual beliefs of the indigenous people of South Africa.

The necessity of understanding the religious and spiritual beliefs of a people in order to understand their art is communicated by Lewis-Williams and Dowson through the analogy of Leonardo da Vinci's artwork in *The Last Supper*. Quantification of images present in the artwork does not bring the viewer closer to understanding the significance of the artwork within a Western Christian context, neither does an aesthetic (discussion of the use of colour and composition) or narrative (the art as a record of the customs, dress and so on of the time) description of the artwork. Knowledge of the role of Christ, the Eucharist (the Last Supper) and Christian or Western symbolism transforms the artwork from being merely a record of a group of men eating to the representation of an important Christian ritual (Lewis-Williams & Dowson, 1989; Lewis-Williams, 1990).

The neuropsychological model accommodates the religious and spiritual beliefs of the rock artists, acknowledging the integral role of spiritual life in everyday activities and the lack of compartmentalization between the sacred and the secular (Lewis-Williams & Dowson, 1989). Lewis-Williams and Dowson used the following sources to research these beliefs: recordings made in 1873 by Natal Government magistrate Joseph Millard Orpen of Bushman guide Quing's stories and explanations of rock paintings in Lesotho; the 1870s records of German philologist Dr Wilhelm Heinrich Immanuel Bleek and his sister-in-law, Lucy Lloyd, based on the testimony of Southern /Xam Bushmen prisoners in Cape Town; information on the ingredients used in rock painting from Mapote, a Basuto man whose father Moorosi had painted in the caves as recorded by Marion Walsham How in the 1930s (How, 1970); the American Marshall family's written and filmed ethnographic records of the Kalahari !Kung in the 1950s (Smith & Blundell, 2000: 12); as well as:

...research done on the Kalahari Bushmen during the last three decades. Writers such as [...] Mathias Guenther, Philip Tobias, Alan Barnard, Marjorie Shostak, Richard Katz, Nancy Howell, Patricia Draper, George Silbauer and Polly Wiessner. (Lewis-Williams & Dowson, 1989: 28)

Criticism mentioned earlier by Prins of the use of Kalahari !Kung ethnography for interpretation of art by a completely different San/Bushmen language group in South Africa, namely the /Xam, was addressed through emphasis on the similar 'ritual practices' of the two peoples (Smith & Blundell, 2000: 12):

San beliefs and rituals still form an important aspect of their lives. The basic structure and metaphors in this belief system have strong similarities with those used by the /Xam and Quing and it is these that have shed welcome light on the rock art. And because these similarities can be identified from information gathered a century ago and several thousand kilometres apart, we feel confident about using the general principles of the beliefs and rituals to interpret the rock art. (Deacon & Deacon, 1999:169)

Further ethnography on the southern San was introduced into the archaeological research arena by Prins and Jolly in 1986:

With the publication of two articles relating to the discovery of a first generation southern San descendant, known as M, with authentic knowledge of rock art production and symbology (Jolly, 1986; Lewis-Williams, 1986). M's father Lindiso was probably the last known San painter, and he passed on some of his knowledge to M (Prins, 1994). Given developments in rock art research at the time it is not surprising that M's testimonies were largely utilised to validify and to complement aspects of the shamanistic model or the trance-hypothesis, as it was then known. (Prins. 1999: 47)

Lewis-Williams's current work includes reference also to the ethnographic research of Megan Bieseke in the Kalahari, specifically regarding maidens and 'metaphors of transition' (Lewis-Williams & Pearce, 2004: 160).

3.6 Aspects of the neuropsychological model

The neuropsychological model proposes that rock art was painted by medicine men or shamans and that the content of the rock art largely comprises a record of the shamans' trance hallucinations. The neuropsychological model bases its hypothesis on three aspects of research, namely: Western neuropsychological laboratory experimentation on the effects of mind altering drugs on patients and the stages of 'trance'; ethnography of the trance or curing dance from the Kalahari !Kung, and the prominent role in trance dance of the eland in /Xam and !Kung spiritual beliefs and rituals.



Fig.3.3 Eland rock engraving at Wildebeestkuil rock engraving site. Photograph: K-S Lange (with permission)

The work of Patricia Vinnicombe in 1976 is cited by Lewis-Williams as a turning point in rock art research, as she (along with Tim Maggs in the same year) revealed the significant contribution of breaking away from the narrative approach to rock art research. Quantification indicated the eland as the most frequently depicted animal in most parts of South Africa (Lewis-Williams, 1990). Ethnographic collections in South Africa revealed the eland as an integral part of San/Bushman rituals and thought (Smith & Blundell, 2000). As mentioned previously, multiple meanings (polysemy) influenced the interpretation of rock art in the 1970s, particularly with regard to the frequent depiction of the eland in rock paintings and engravings in southern Africa (Lewis-Williams, 1990). Narrative interpretations had previously read the depictions of animals in specific places as indication of the prevalence of that type of animal within that area, but in the 1970s the influence of research into the beliefs of the artists led to the eland gaining multiple meanings, including religious symbolic status.

Not only were words indicating respect attributed to the eland by the San/Bushman, but sometimes the strength of naming it was considered too strong and therefore a taboo. Lorna Marshall mentioned the !Kung word *n/om* for the power or energy that certain animals and people contain at certain stages of their

lives. Like electricity, the potency could be useful or dangerous. Shamans and the eland (and parts of the eland such as its fat and blood) were considered to be full of potency, which the shaman was required to control '*for the good of all people*' (Lewis-Williams & Dowson, 1989:32). The eland was part of the most important rituals of the San/Bushmen's lives, namely: the boys' hunting rituals, the girls' puberty rituals or Eland Bull dance, the curing and rainmaking dances. All these rituals were important for the unity of the people and therefore the eland brought with it connotations of 'fatness, well-being and rain' (Lewis-Williams & Dowson, 1989: 82). In the initiation rituals the fat of the eland was used on the initiates (Lewis-Williams, 1990) and in the paintings the eland blood was used in the ingredients (How, 1970).

3.6B The trance dance

A ritual central to the neuropsychological model of rock art interpretation is the trance or curing dance (Deacon & Deacon, 1999). This dance is led by medicine persons in the San/Bushmen groups. Lewis-Williams and other archaeologists and anthropologists name these spiritual leaders of the San/Bushman, '*shamans*':

'Shaman' is a Tungus word from central Asia. It has been accepted in the anthropological literature to mean someone in a hunter-gatherer society who enters a trance in order to heal people, foretell the future, control the weather, ensure good hunting, and so forth. (Lewis-Williams & Dowson, 1989: 30-31)

In the 1830s, the French Protestant missionary Thomas Arbousset described a dance called '*the dance of blood*' because of the number of nose bleeds during the dance (MacLennan, 2003; Smith & Blundell, 2000). The trance dance is performed in order to '*obtain supernatural power from God*', which is mainly used to heal people, as well as for rain making, game control and group cohesion (Deacon & Deacon, 1999: 168). Unlike shamans in other parts of the world who do not participate in everyday life, the Bushman shamans are non-privileged '*ordinary people*' with approximately half the men and a third of women in a particular group claiming to be shamans (Lewis-Williams & Dowson, 1989:31; Deacon & Deacon, 1999). Ethnography recorded from Quing by Orpen refers to an apprenticeship training whereby experienced trancers taught new pupils, over a few years, the techniques needed for trancing, and imparted potency (Deacon & Deacon, 1999).

The trance dance of the Kalahari !Kung and !Xo, like other traditional San/Bushman dances, usually takes place around a central fire with the women sitting and clapping the rhythm and men and women dancing around the women, or with the dancers inside with the clapping group standing or sitting around them (Marshall Thomas, 1959; Lewis-Williams & Dowson, 1989; Lange et al, 2003b).

Shamans traditionally wear a kaross around their shoulders for a trance dance and have a stick in one hand and often a fly whisk, which is made from the tail of a buck and used to '*remove the arrow of sickness*', in the other hand (Deacon & Deacon, 1999:173). The Kalahari !Kung and !Xo dancers tie rattles made from dried cocoons and small pebbles, pieces of ostrich egg shell or camel thorn tree seeds around their legs (Lewis-Williams & Dowson, 1989; Lange et al, 2003b). The /Xam are recorded as also making rattles out of '*dried springbok ears*' (Lewis-Williams & Dowson, 1989: 44). On their heads, the dancers often wear headdresses made of animal skin and designed with animal qualities such as horns or ears and a tail (Lewis-Williams, 1990).

The intense dancing, singing, clapping, rattles and stamping continue for hours until the shamans, aided by '*intense concentration and hyperventilation*', enter a mind-altered state of trance. Physical indicators of the shaman having entered this state recorded by Orpen include bending over, falling down and blood running from the nose (Deacon & Deacon, 1999: 170-171). During this state, *n/om* potency builds up painfully in the body as the dancer gasps for breath, sweats and trembles, feeling hairs standing up on the body (Lee & Woodhouse, 1970). Metaphors used for this experience include dying, drowning and flying (Lewis-Williams & Dowson, 1989).

Depending on the dance, the shaman can harness the potency in different ways; for example, during a trance dance the shaman would, trembling, place hands on a sick person to draw out the illness. In rainmaking ceremonies, when the shaman collapses, his spirit leaves his body to harness a rain animal and bring it across the mountains and veld where, on its killing, the blood or milk would provide rain. These scenes were depicted in rock paintings in which Lewis-Williams and Dowson read the eland, the favourite animal of the San/Bushman trickster-God /Kaggen (Deacon & Deacon 1999), as mirroring the shaman in trance with buckled crossed knees, blood from the nose and potency indicated by continuous or dotted lines emitted from behind the neck (Lewis-Williams, 1990). Shamans

drawn in association with eland, in postures such as touching their tails, are read as drawing strength from the potent animal. Lewis-Williams and Dowson regard the eland as a metaphor for the trancing shaman; that is, a symbol of entering an altered state of consciousness, entering the spirit world with the rock face as the veil between the real and the spiritual world (Lewis-Williams & Dowson, 1990).

The depiction in rock art of therianthropes – creatures with animal and human features – is also read in the trance hypothesis as an indication of an altered state of consciousness and therefore supportive of the shamanistic model. The reason for this attribution is discussed below.



Fig.3.4 Therianthropes and trance dance from artwork painted by Kalahari artist, the late Vetkat Regopstaan Kruiper (with permission)

3.6C Neuropsychological research

Lewis-Williams insists that neuropsychological research was not used to ‘show that the art is the product of altered states of consciousness’, as he believed the ethnography had already proved this. Neuropsychological research was used for further understanding of rock art as depictions of ‘*visions and experiences of shamans who entered trance*’ (Lewis-Williams, 1990: 55-56). This was particularly relevant for Lewis-Williams and Dowson’s (1988) interpretation of geometrics.

The neuropsychological research approach used by Lewis-Williams and Dowson was applied by Siegel to ‘*the experiences of people from a variety of ethnic backgrounds in different countries around the world who have taken hallucinatory drugs*’ (Deacon & Deacon, 1999: 172). The laboratory experiments made use of ‘*hallucinogenic drugs such as LSD*’ (Lewis-Williams, 1990: 55). The

experiments noted that all subjects went through three stages: a first stage of seeing '*entoptics*' (geometric shapes); a second stage of trying to make sense of these entoptics according to the cultural context of the subject, for example: a u-shape interpreted as a boat; a third stage where the subject loses a grip on his sense of reality and entoptics are no longer important. Images seen are no longer *like* but rather *are*, as the subject hallucinates '*animals, monsters and other things with a powerful emotional content*' (Lewis-Williams, 1990: 56-57).

The third stage was used to explain the depiction of therianthropes within a trance hypothesis. The shamans depicted animals that they experienced themselves *becoming* (Lewis-Williams, 1990). (This aspect and others mentioned previously relating to states of altered consciousness and the production of rock art will be explored further in the discussion of rock engravings in the research area.) Other sensations related by the subjects such as lengthening and extra digits were also used to interpret rock art that had fallen outside of the narrative approach (Lewis-Williams & Dowson, 1989). Lewis-Williams noted the greater concentration of entoptics in rock engravings as opposed to rock paintings but, in the 1990s, could only speculate as to the significance of this phenomenon (Lewis-Williams, 1990).

—

About the author

Mary Lange (MA), is chairperson of ARROW SA: Art, Culture & Heritage for Peace (Reg 088 058 NPO) affiliated to the international arts for peace organisation INDRA CONGRESS (previously ARROW: Art a Resource for Reconciliation Over the World). Her research interests include oral narratives, visual anthropology, and theatre in development. Lange is a postgraduate supervisor and undergraduate lecturer with The Centre for Communication, Media and Society (CCMS), University of KwaZulu-Natal (UKZN). ARROWSA is a CCMS, UKZN research affiliate. Lange is multi-talented, a Culture and Heritage programme facilitator who does drama, a visual anthropologist who educates students in the field. She is currently directing a rock art project in the Northern Cape.

From: [Mary Lange – Water Stories and Rock Engravings- Eiland Women at the Kalahari Edge](#)

Lévi-Strauss - A Propos Tristes Tropiques

P.S. This is intended for non-profit commentary and educational purposes. No copyright infringement intended. Copyright Disclaimer Under Section 107 of the Copyright Act 1976, allowance is made for "fair use" for purposes such as criticism, comment, news reporting, teaching, scholarship, and research. Fair use is a use permitted by copyright statute that might otherwise be infringing. Non-profit, educational or personal use tips the balance in favor of fair use.

An Introduction To Three Nambikwara Ethnohistories



January, 2019: *Edwin B. Reesink - Allegories of Wildness - Three Nambikwara ethnohistories of sociocultural and linguistic change and continuity* - Rozenberg

Publishers – ISBN 978 90 3610 173 8 – 2010 – will be online soon.

International fame for the Nambikwara came from the central role they play in the work of the late Claude Lévi-Strauss. In his most popular book, *Tristes Tropiques*, over fifty years ago, he already had painted a particular picture of the Nambikwara way of life. Until the end of his long life this great scholar reminisced about his formative years in anthropology and the influence of the several Indian peoples he encountered during his travels in the interior of Brazil. In effect, the Nambikwara, as seen in the quote, occupy a special place, one not just of scientific interest but particularly one of a sympathy and feeling sometimes not readily associated with this anthropologist. At the time of the travels by Lévi-Strauss and the other people of his expedition, the dry season of 1938, the Nambikwara happened to be in an intermediate phase of their history: enjoying their political autonomy yet already shaped and devastated by the encroachment of Brazilian society.

The sparse, intermediate but regular contacts with Brazilians made them susceptible to being devastated yet further by epidemics. Previously, from 1907 onward, the Brazilians by means of the so-called Rondon Mission penetrated into the vast territories in which lived a large number of different local groups who each considered themselves to be different from their neighbours. Rondon, the State and later researchers recognized this diversity but ultimately still tended to maintain the idea of “*one Nambikwara people*”. Rondon’s purpose was to build a telegraph line to the Madeira River and hence to connect Amazonia with the rest of the country while, concomitantly, preparing to take possession of an enormous territory inhabited by a number of independent peoples. Rondon and some of his people succeeded in establishing a pacific relation with a number of local peoples of the Nambikwara ensemble: mainly those of the Parecis Plateau and north of Vilhena (in what is now Rondônia).

*

All I can say to you is that the few months I spent among the Nambikwara may have been those I retain the best memories of, among all of the contacts I had with other populations in Brazil. (...) there has been no Indian population I have known that has attracted so much and with whom I felt so close.

(Lévi-Strauss; from interviews with Marcelo Fiorini, end of 2004 and beginning of 2005, published in *Ethnies* nr. 33-34, pp. 108-9; my translation).

*

The building of the Telegraph Line and the establishment of stations and agricultural activities to support the annual expeditions and the posterior sustenance of the people manning the telegraph posts, already meant a significant penetration into their lands. The best known Nambikwarist, the late David Price, estimated the overall territory of all local peoples at this time to have been some 500.000 square kilometers, something like the size of France. One might say that the actual land taken in the beginning represented a very small amount of this total. However, the peaceful relations established with a few villages already implied that contagion of unknown diseases would necessarily follow. The very fact that Rondon represented the Republic – that is so-called “*national sovereignty*” – when he penetrated these lands and simply took possession of what he needed is also highly significant. The Line was a line of colonialist penetration initiating the expropriation of natural resources and potential genocide which such a venture always engendered. Rondon knew he was entering the homelands of another people and, being uninvited, felt violent reactions against him and his subordinates were justified. Hence he was determined not to retaliate and to find ways of establishing and maintaining friendly relations. Yet there was never any doubt that the Republic came first and was entitled to take factual possession of what “already belonged” to it. On the other hand, Indians were people, and precisely because of that human condition could be elevated to higher levels of “*civilization*”, even to be “*citizens*”: if the Republic subtracted territory from “*its Indians*” then it should take care of them by “*civilizing*” these people and, for example, by “*educating*” such “*semi-nomads*” so they could henceforth live comfortably in the very much smaller area that was to be magnanimously granted to them by the State. At the end of his life Rondon is said to have regretted his actions as they did not produce the beneficial effects he expected. If so, he was right in the end. The official State policy of civilizing did neither work in the expected way nor offer real benevolent protection against the greed of colonialist expansion and expropriation of territory, tremendous riches and wealth by Brazilian society. Nor against genocidal practices, sometimes even promoted – camouflaged but real – by the State itself. Only very recently in history the legal protection became more efficient, recognized ampler territorial rights and expanded to include cultural and linguistic rights. Needless to say that Brazilian society in general still holds on to evolutionary and ethnocentric views that demote Indian peoples to either innocent or brutal

savages. And, even today, for what seems to be the great majority, these abstract “Indians” are granted far too many rights when they are held to be standing in the way of “progress”.

Name



Photo: Misia Lins Reesink

Naming, as is well known, is not just simply a way of referring to objects or people. One does not only “name” a people, one actually specifies something of what these named objects are supposed to be. As far as known, Rondon never explained why he named the Nambikwara as *Nhambiquara*. Maybe he listened to his Paresi guides (who may have called them such), but perhaps he wanted to disassociate the people he wanted to pacify from the so-called Cabixi Indians. It is quite certain that segments of the current “Nambikwara” had already been named in previous encounters in earlier centuries, but the name that emerged from the 19th century was “Cabixi”. These Indians had reconquered the lands of the Guaporé Valley from the settlers that remained after the gold in the local streams had been exhausted. They even threatened Vila Bela, the first capital of the province of Mato Grosso, a town that came into existence with the gold rush in the first part of the 17th century. These Indians were held to be ferocious and atrocious by the regional population who generally appear to have had an enormous dislike of these “savages”. It is true that Rondon traversed the region north of the Guaporé Valley and no one succeeded in establishing friendly relations with any of the villages in the Valley in his time (even though his agency to deal with Indians, the SPI - Indian Protection Service - later tried to do so for several years). Which local groups and peoples actually were included in these

Cabixi remains uncertain, but Rondon must have thought the groups whose territories he crossed did belong to the “*same nation*”: he apparently found a family resemblance of “*nakedness*” and sleeping in the sand beside a fire that extended from the Cabixi to all places the Line crossed in Nambikwara lands. The Paresi name for their neighbours did the same for it indexed their foremost and unique trait of not sleeping in hammocks (“*Those who sleep on the ground*”; in Paresi eyes a very primitive practice). And so, while Rondon recognized the differences among the different peoples, even to the point of sometimes calling them “*peoples*”, he renamed them all as the “*Nambikwara Nation*” because they all seemed to share in this supposedly most “*primitive*” poverty. Nambikwara is usually explained to be Tupi for “*pierced ears*” and the name had been in use for a different people to the northwest of the Cabixi. Maybe he thought they deserved a new chance under a new name. He did search the refuse of an abandoned village in order to establish, to his evident relief, these people were not that low on the evolutionary scale as to be “*cannibals*”.

Names sometimes rather produce peoples than merely recognize a state of being. If Rondon recognized significant differences between local groups of different regions, he still classified all as Nambikwara, as in the sense of ultimately being one. In this sense there has been and still is a tendency to call all of the diverse segments that consider themselves in some way as different – a local village or, in historical times, a regional cluster of contiguous villages – with the all encompassing term “*Nambikwara*” (here indicated as the Nambikwara ensemble). In *Tristes Tropiques*, for example, the author noticed how partialities like the Sabanê and Tarundê spoke mutually unintelligible languages. Despite this enormous difference he concluded from Brazilian practice and from what he learned in the field that they shared the same culture and hence included all villages and the named units he himself encountered in an entity named Nambikwara. However, these named units did not really agree, even after the ravages of history. Lévi-Strauss described the tremendous demographic losses already suffered at the time of his expedition. Afterwards further epidemics and outside interference caused tremendous loss of lives and, as far as known, all the regional clusters of a number of villages had to coalesce into one village in order to maintain a viable social organization. That means, of course, that a number of village clusters who considered themselves as being different from similar clusters were extinct and all of these clusters in some way merged into new social units. One might say that the currently present and named peoples who actually

compose the Nambikwara ensemble resulted from the encirclement initiated by Rondon. There are clear boundaries that separate peoples like the Sabanê, Mamaindê, Sararé and others, and none of these considers itself to be *Nambikwara* except one of them. That is, in regional usage, certain coalesced local groups or regional clusters on the Parecis Plateau have been termed as “*Nambikwara*”, and they consider themselves as *the* Nambikwara. There may be some justice or historical reason for this as Rondon first penetrated their lands and finished and consolidated the Line in one or two years before moving on to northern peoples of the Nambikwara ensemble. That implies that the second major language area invaded by Rondon was the cluster of languages now called Northern Nambikwara.

Today linguists classify the Nambikwara language family as having two linguistic clusters of languages and one separate language: the Northern branch, the Southern branch with two major sub-clusters and the, more divergent, Sabanê. The “*Nambikwara do Campo*” or “*do Cerrado*” (something like ‘*Savanna Nambikwara*’; the cerrado is a major ecological habitat in Brazil) hence retained the name originally bestowed on all of these different partialities. Although it must be noted that even here other segments of this area now are known under different names – Kithaulu, Manduca – and that these are considering themselves to be different peoples. The peoples on the Plateau are linguistically a sub-cluster of the Southern Nambikwara cluster, the other sub-cluster consist of those segments located in the Guaporé Valley. Rondon stayed north of the Valley and the changes suffered by invasions in different historical moments generated divergent historical trajectories. The northern cluster actually begins in the northern part of the Valley, also located to the south of the westernmost peoples of the Plateau. That part of the North being located principally in the Valley hence suffered a somewhat different encroachment then the main part of the Northern Nambikwara cluster (outside the Valley and to the north of Vilhena), which was the area penetrated by Rondon. It must be noted that the total territory around 1910 commenced in the south near the upper Guaporé River, included the Valley to the north until the other side of the Cabixi River, extended itself north parallel to the Valley on an huge part of the Parecis Plateau and included its extension to the north of Vilhena where it entered the forested transition zone to the properly Amazonian habitat. According to Price this consisted of 500.000 or even 550.000 square kilometers of territory, every part of it inhabited by local groups constituting, in all likelihood, at least several villages (and then, usually along a

river and its basin, constituting regional clusters). These territories, as said totalling something like the size of France, had been penetrated in times before Rondon, especially the southern Valley near Vila Bela do Mato Grosso where there had been a gold rush in the early 17th century, and a number of geographical features already were named. However, the crossing of the other sub-cluster and the Northern branch by Rondon caused him to name everything himself; sometimes naming a river with a positivist inspiration that was his life's creed, sometimes even renaming rivers with regional names already in use. Rondon hence took symbolically possession of the land in the name of the Republic. No local Nambikwara names were, as far as I know ever used even though, evidently, the whole territory was mapped and named by the Nambikwara peoples in their diverse languages. Possibly the high point of the naming process occurred when the Roosevelt-Rondon expedition explored the so-called "*River of Doubt*" (the geographical doubt being one of Rondon and his team), solemnly renamed Roosevelt River during the expedition by order of the central government: descending the river the lower parts were inhabited by rubber tappers and the river, of course, already did have a name. These people did not in any way doubt their geographical position and the name of their river, but in the end the official name prevailed.

In a sense the process of naming relies upon a view of reality. The view of the Republican and positivist Rondon implied that naming all features and human groups was a kind of indispensable condition for their existence within the framework of the State. One of the interesting things about the Nambikwara ensemble, on the other hand, is that the constituent partialities do not name themselves the way they like to name the other distinct segments. This represents a view of marking the distinctiveness of others that may be interpreted as transforming what initially might be thought of partialities of a kind of unit into something that may be called peoples. That is, you do not name your own people, they are simply, in the words of Price, "*a Nambikwara Person*" (and marking others by naming appears to entail the association of being a somewhat less than complete "*Person*"). There may be an exception to this in the name of the Sabanê for themselves, *Kulimansi*. This still needs confirmation although it is certainly a possibility as the Sabanê language is the most divergent of the Nambikwara family, different from the Northern and Southern clusters, and other relevant sociocultural differences existed in previous times. Price verified, in a visit to a recently contacted village, in 1977, that, according to his northern Nambikwara

translators who spoke a very closely related language, the people of the village did not possess a name for themselves. Of course, such a state could not endure, as the previous designation of “*Forest Indians*” used by Funai before “*contact*” was not considered to be a “*real name*”. Furthermore, there is a definite trend in later times to ‘*indigenize*’ the names of Indian peoples – i.e. an ethnonym to look “*Indian*” –, and in this case the small group became known as Latundê. Only in this instance Rondon himself tended to follow the Nambikwara names themselves. At least that was what his people seem to have tried to do. However, many names from the time of Rondon simply meant an answer to the question put to a nearby Indian: what is the name of the people who are arriving? With an answer like ‘*My younger sister is coming*’. This kind of situation was very much prone to miscommunication because neither party spoke the other’s language. The kin term *sapané* (younger sister in the Sabanê language) may have been used in response to a question to identify a group of Sabanê and then was extended to include the whole people. Other names derive from geography, as the Sararé, the river of the southernmost people of the Valley. In some cases Funai wanted to change such an ‘un-Indian’ name, in the this particular case to Katitaulu. However, such a name originally was given to one the local groups that were forced to coalesce into the “*Sararé*”. And it is speculated by Price that the name derives from the Portuguese word for captain. Names may contain their own ironies.

Fame



At least some, but probably most or all, of the peoples to be called Nambikwara came into some kind of contact before Rondon. Documents attest to the fact that from the early 17th century onward the colonial society ventured to engage in conquests and expeditions in their territories. It remains unclear if the larger Nambikwara territories included the area of the gold rush, the southern part of the Valley but it seems

certain they occupied the middle ranges where they maintained strenuous, apparently inimical, relations with communities of runaway slaves (who stole most of their women from neighbouring Indians). It is also speculated that the

Paresi suffered so much from slave raiding in the same century by bandeirantes – the famous expeditions from São Paulo ranging enormous distances in search of gold, diamonds or slaves – that Nambikwara segments may have occupied the new vacant space on the southeastern part of the Plateau. What is certain is that the 19th century saw the conquest or re-conquest of the southern Valley by Nambikwara segments that currently are known by the name of Sararé. The region had been occupied with small villages where agriculture had substituted the gold mining. The Indians, known as Cabixí, slowly expelled the invaders and even threatened Vila Bela, former capital of the state. At this time it is unclear who exactly are the Cabixí, as the term may have referred to any group of hostile Indians and simultaneously was used for a division of the Paresi (the hierarchically inferior of its three segments, partialities that are keenly felt to be different by those Indians). According to a description by Max Schmidt one might deduce that at least a part of this confusion may have resulted from a mechanism of incorporating Nambikwara of the Plateau into the Paresi-Cabixí (while the Nambikwara territories may even have expanded farther south than the limits given above). Be that as it may, it is probably correct to surmise that the total of Nambikwara territories was at its largest, or at a point of one of its largest expansions, when Rondon endeavoured to construct the Line.

The Nambikwara as Cabixí, or by whatever name they were known, were definitely viewed as some of the most intractable and worthless savages. And accused of being cannibals, the lowest sort of human beings possible (if considered human; many Brazilian catholics viewed an un-baptized person as not really human). In this sense, if Rondon or his men succeeded in contacting them peacefully, then any “*wild tribe*” could be led to accept contact with “*civilization*”. The glory and fame of incorporating large tracts of land within the actual reach of the Republic, revealing its geography and peoples, was well publicized and contributed both to the prestige of Rondon and to support the founding of a special agency to deal with Indian affairs (the “*Serviço de Proteção aos Índios*” – SPI, Agency for the Protection of Indians). By the way, the original tasks of the agency included colonization to the benefit of “*agricultural labourers*”: “*civilizing*” the Indians meant “*settling*” them, “*teaching*” new agricultural techniques and thus also a much “*lesser need of lands*”. The ‘*liberated*’ lands could then be used to settle national labourers. But then, to many “*civilized*” people the Indian’s own future was to become another “*useful hand*”, an agricultural labourer, explaining the conjunction of tasks in an evolutionary light. The SPI certainly did not live up

to these expectations. They did not succeed in "*pacifying*" the peoples later to mesh into the Sararé, as these maintained a fierce independence after the conquest of the southern Valley. The SPI also did very little to further the interests of those peoples contacted. In fact, all contact was left to the Telegraph Stations and these became obsolete with radio and entered into a thorough decline. On the Plateau, the Cabixí River and to the north of Vilhena the situation called "*contact*" produced deleterious demographic effects. Lévi-Strauss and Castro Faria (who turned into a well-known anthropologist in his own right in Brazil) hence followed a very decadent Line and encountered an independent but thoroughly devastated Nambikwara ensemble. And the later fame of Lévi-Strauss shaped an ethnographic image for the whole ensemble that actually occurred on the savannas of the Plateau (although in actual fact a large part of his information was obtained among a northern group but these resided at the time around Vilhena and that area also consisted of a kind of "*campo*"). The Valley, with its large forested areas besides the open areas, was unknown and the expedition spent little time in the more forested areas of the north. It may be said that the ethnographic image certainly derived from observations and his fieldwork, but later fieldwork under better conditions corrected the famous picture drawn by Lévi-Strauss. Evidently, these corrections appear to be unknown among the general public as they circulated in professional journals and are in no position to compete with the famous book.

After the expedition the beginning of World War II rekindled an interest in the region: a search of sources of rubber needed for the War effort. From the middle Valley onward, Nambikwara territories suffered invasions. In the Valley certain local groups gave up their normal planting practices because tappers attacked them and simply stole the Indian's crops. Normally no Nambikwara people lived without horticulture and in their own minds all of the peoples of the ensemble consider themselves to be of a sedentary disposition and living in villages, not being nomads at all. In 1942 the SPI founded a Post in the only small area officiously reserved for the "*Nambikwara*", called Pireneus de Souza, close to Vilhena. The representative installed tappers in the area to "*produce*" rubber and imposed a strict work regime upon the Indians he succeeded in attracting and who came to live at the Post. Significant parts of peoples like the Sabanê and Tawandê lived here under a regime of forced labour, producing food crops that fed the tappers dedicated to collecting the rubber. A kind of petty domination that, however, in the last instance, was founded upon the use of violence: when,

at one time, the Sabanê fled to the forest, an expedition went after them and returned them to the Post by force after murdering some of the leaders. Some autonomous Sabanê remained in the north and the telegraph stations in the north still functioned to attract inhabitants and as a precarious channel for exchange of industrial goods. At the same time the Sararé maintained a state of war and independence. In the 60's these situations ended and major changes happened. On the one hand, a new impulse to "*integrate the interior*" led to a new, unpaved, road on the Plateau, going through Vilhena to Porto Velho. This augmented the pressures upon all peoples. At the end of the decade the stations of the Line in the north were abandoned due to mounting attacks of the Tupi Mondé peoples from the north. The people officially employed were removed to the other side of the state, all autonomous villages ceased to exist and the survivors went to live close to the new road (in an area known as Marco Rondon), dispersed into the regional society or went to live in other Indian villages. In a word, the whole area north of Vilhena was taken over by the Cinta Larga. Only those peoples of the Northern cluster in the Valley remained in their home ranges.

The SPI Post also was practically abandoned at the time this agency floundered, submerged in all sort of scandals mistreating Indians (at the end of the 60's). It was then refounded and renamed as Funai. Around this time the official went to live on a private property, taking with him a number of people, especially Tawandê, to work for him and his daughter. A few remained in the old village, others dispersed. In the south the local groups of the Sararé region could not wage a permanent war against ever increasing forces and some villages decided to enter in peaceful relations with the regional society. One of these first contacts, a protestant missionary, did attempt to provide assistance when diseases hit the region but in general the Funai was not involved and in the end his efforts did not avoid another demographic catastrophe. Some three local groups in the Sararé region did not survive until the mid 70's, one was reduced to one or two people when they, and all the others of all of the different groups, had to coalesce into one village in order to maintain a socially viable village. The decade of the 70's became known as the time of the "*economic miracle*" and the dictatorship wanted to "*accelerate*" the "*integration of the Indian*" into as little time as possible. The actions of Funai normally were totally subordinated to "*national interests*", meaning Brazilian, capitalist and higher class interests and the Indians were - in the name of "progress", evolution and "*to their own benefit*" - invited to donate most of their lands and all of their labour. The "*peaceful encirclement*" proposed

by Rondon turned into an encroachment that almost expropriated all but a small part of the Nambikwara territories. Around 1969 the federal government demarcated an apparently large section on the Plateau for the exclusive use the Nambikwara. In effect, this "*Nambikwara reservation*" contained something like one-fifth of the original homelands of the ensemble, all of it, however, on the Plateau consisting almost all of the land of what was generally thought to be "*useless cerrado*" (savanna). Ironically, today the adjacent region of cerrado is one of most productive areas of soya beans (also note, however, that part of this large region still was expropriated from Nambikwara peoples). All of the other peoples still maintaining their own territories, especially in the ecologically still rich Valley, were supposed to be "*one people*" and hence could be relocated to this entirely different ecological zone without qualms. Not surprisingly, those peoples who were, somehow, forced or induced to relocate could not adapt to living in a quite different ecological zone and were very much aware of the fact that the land did not belong to them but already was "*owned*" by a distinct people. All relocated peoples eventually found their way back to their own homelands. Local peoples actually not only deny being nomads, they also profess a deep attachment to their homelands.

This decade gained the Nambikwara their last fame: images of hungry Indians circulated to denounce the official policy. For example, returning to their homelands some people found their land occupied by ranchers, and in one case even cattle eating their houses. Even David Price at that time underestimated the attachment to the land. However, when many of the Nambikwara ensemble were "before the bulldozer" (as he titled his book about this period), especially in the rich Valley, a short spell of some room for anthropologists within Funai enabled Price to develop the "*Nambiquara Project*" (around 1974-1975). In retrospect, the Project and its innovative different approach to bring better healthcare meant a turning point in demography. For example, the Sararé, reduced to less than 40 persons, finally began their demographic recovery, making a comeback from the brink of complete extinction. The Sabané were living dispersed or, partially, in Marco Rondon outside of their home territory when the Project proposed to establish a new village in Pireneus de Souza. The idea was to unite the scattered fragments of the northern peoples who used to live north of Vilhena. The new village made for the abandonment of Marco Rondon, an area with superior soils rather better than the land at the new location, but the movement did have the advantage of uniting many previously scattered and dispossessed members of the

Sabanê and northern peoples like the Tawandê. It must be noted that, under the circumstances of very severe constraints, this policy was probably justified even though this still entailed abandoning all other sites and settling in an ecologically poorer area actually owned by a people of the savanna. It must also be observed that an uncertain but significant number of people remained in the regional society, to the detriment of sociocultural vitality and linguistic maintenance (like the people relocated by the Line, very few of whom returned to the Nambikwara areas). Overall the northern peoples and the Sabanê originally inhabiting the huge area to the north of Vilhena suffered the total loss of land and autonomy and only started to improve their material situation in the new area, locally called Aroeira.

Fate



Fate

From the above very rapid sketch of the relations between Indian peoples and the agencies of the state officially entrusted with their care it will be obvious that such duty effectively did not materialize on the local level. The Nambiquara Project stands out as the one instance in which a serious and efficacious assistance actually produced favourable results, even though the Project was plagued by financial and bureaucratic obstacles. The forced removal of Price did cause further problems and later he mentioned possible accusations of corruption by the person who took his place (but the permanence of his local agents proved vital). The same person took the responsibility for the “attraction” of the Latundê, but in actual fact seems to have left a totally unprepared regional labourer in charge of the real first contacts. This small people counted somewhat over twenty people at the time of first peaceful contact. Between one visit and another someone already died, apparently from contagion at the occasion of the first visit. The labourer in charge thought he should “civilize the primitive Latundê” at the site of a nearby already established Indian Post (inhabited by a completely

different people). Such totally inappropriate policies were commonplace in this period. Hardly any real measures of protection were taken and the people were not vaccinated against diseases known to kill uncontacted populations for almost 500 years. This absolute failure led, in the early 80's, to the death of the most important people of the elder generations, some of whom had refused to stay at the Post. One of the two most important older men had returned to his own territory, taken his two small sons, in order to live independently and in his own way of life. The social nucleus of the two foremost reproductive couples was wiped out in the end. It is easy to see that such negligence is criminal and is tantamount to a mode of genocide. The effects were devastating. Someone induced a man from the Tawandê - grown up at the private holding of the official mentioned before - to marry the young girls that had come to age about this time. A Funai report states that, for a while, the two newly formed families refused to have children (one consisting of the incoming husband with two wives). Later on they changed their minds and a number of children were born that gradually elevated the number of living Latundê: up from some 11 to around 20 people.

In sum, the smallness of the group led someone to intervene and introduce a stranger to marry the three eligible girls, sisters, there being only one compatible man available in the group itself and he ended up with one of them. Events of criminal negligence eliminated the foremost leading couples, including the shaman, and left the group disoriented. Hence the apparently strange consequences of this intervention: a man who was stolen from a group similar to the Latundê, who was then adopted and grew up among the Tawandê group working for the old SPI agent imposed the Brazilian Portuguese language upon the group and also heavily promoted Tawandê cultural practices (for example, a ritual with a kind of flute which the Latundê did not use). That is, he tried to impose a language he himself only commanded within considerable limits. His eldest wife resisted, but in the end relented, even though her command until today is very limited, and so their children came to speak a sort of Latundê Brazilian Portuguese. In effect, it became an unique variant only spoken by this people. The children did not learn to speak normal Latundê, acquiring a passive competence and a varyingly limited active command. It is only when the children reached an adolescent to adult age that the older generation insisted and taught the Latundê language in order to achieve some, hopefully, normal kind of active speaker level. It will be clear that the totally insufficient, initially criminal, negligence of Funai contributed to this rather odd linguistic situation. After their

elders died and having lived a dominated life in the village of the Aikaná, where they were “being taught to work” (that is, for others), the survivors went to live in an independent rather isolated village, in their own original area. Yet, for all its physical distance, the indirect domination created a linguistic shift producing a unique dialect while the linguistic reproduction of the Latundê language was and still is clearly very much endangered (the language was studied by Stella Telles in her thesis).



Photo: Misia Lins
Reesink

In their Indigenous area the Funai Post is located at the Aikaná village and both Funai and these Indians consider the Latundê to be a rather uncivilized and uncouth people. That is, not worthy of much assistance in their linguistic and sociocultural reproduction. It is unclear if the younger children will follow the pattern and learn to command such an unprestigious language. It may be added that their general reproduction of a distinct people is endangered. The older generation only produced close cousins who cannot marry and partners must be found outside. That in itself raises severe difficulties. For example, the most likely candidates would come from Aroeira village, descending from Tawandê, Sabanê or a few other peoples. All of the younger generations of these peoples speak Brazilian Portuguese and may reinforce the linguistic shift towards a language death. They are also accustomed to a much more intense interaction with the regional society and the consumer goods it offers and, therefore, any marriage candidate may be unwilling to live so isolated. In effect, the historical trajectory of the Sabanê has been quite different and the resulting linguistic and sociocultural situation also differs considerably. As seen, after the Cinta Larga invasions and the dissolution of the last autonomous villages, combined with the almost total abandoning of the village once functioning as forced work camp led by the SPI agent, the Sabanê and other peoples suffered from the loss of their territorialized home villages. The new village of Aroeira saved them from definite dispersal and from living without any official protection, on the other hand, the new village also

created some new problems. Linguistic shift seems to have set in the dispersal phase but in the new location the shift accelerated. Sufficient numbers, interethnic marriages and better health care secured a population growth and the Sabanê are not an endangered people like the Latundê. However, their language is on the verge of extinction. At the time of research only a few people were competent native speakers and, as they were mostly old people, the number has been going down. Currently there is possibly only one Sabanê speaker left who originally was born in an autonomous village. Two people who are not Sabanê speak the language, one of whom married to the former but who learned the language as an adolescent (and is registered as a Sabanê but really is a Sowaintê, a Northern Nambikwara people merged with the former). The other is a Lakondê woman who learned the language in her early childhood, and hence seems to speak the language as a native speaker. The children of the couple and, apparently, a few other adult Sabanê may command varying degrees of low-level competence, but not one of them is known to be a real native speaker. Today part of the younger generation tends to express the desire to learn the language, some efforts have been made (including by the linguist Gabriel Antunes who studied the language in his thesis), but to save the language a much more dedicated effort must be made.

Only in the case of the Sararé people the language and, more generally, the population are, at the moment, without major threats. Their situation, as seen, became very much endangered in the seventies by a similar genocidal lack of any serious official assistance and only Price's Nambiquara Program succeeded in reversing the tendency. Population growth enabled the previous peoples to reassert themselves in some measure and, with some outside support organized mainly by the original agent of the Program, they reoccupied different portions of the Indian Territory that finally was set aside for them. It must be noted that at least two of these peoples sustained losses of territory and, in one case, an effort is being made to recover territory of the People of the Waterfall (as they are called by the others; an area adjacent to the current territory). Only the impositions of the World Bank (the provider of the "development" loan to build the road), even though in a way still rather reluctant and ineffectual, saved the Nambikwara peoples of the Valley of being confined in much too small territories. In effect, a few small adjacent territories have been added in order to correct some of the more gross errors committed in the process. Of course, the road was built and paved right through the Valley and hence right through the territories

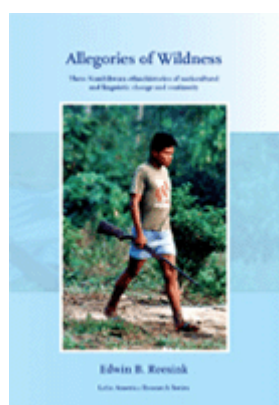
and the resources of some these peoples. If one considers the quantity of lands expropriated from the total ensemble, probably over seventy percent of the original 500.000 km², the total of wealth taken is staggering. Note that such immense transfer is normally completely ignored or disregarded and many times official policy desired and actually explored the few resources left in the reserved lands so the Indian peoples could pay for their own “protection” (that is, the costs incurred by the State!). Such transfer of resources to “savage capitalism” did not stop in the seventies to eighties: another gold rush severely affected the Sararé in the nineties. The forest still standing, exactly because they had been protected by the war that finally exhausted the Sararé, contained valuable timber. As the rest of the Valley became depleted of timber, the only sources left were on Indians lands and this created all sort of attempts to gain very cheap access to their forests (buying Indian help or just plain robbery of mahogany that very rarely got any punishment). Despite these continued outside pressures the peoples adapted and practically merged into the new Sararé. The younger generations now are speaking a new language instead of the previous slightly different languages of the almost blending peoples (according to linguist Cristina Borella). All children first learn the native language, which is spoken normally in everyday life, although Brazilian Portuguese is on the rise among the younger generations (and its use is very limited among people older than forty or even thirty). Having maintained their self-esteem, or at least most of it apart from a few degrading incidents, at present this people – or in the future reconstituted revived peoples – is not under any immediate threat to their survival or linguistic and sociocultural reproduction. Or, perhaps, one should say, in their continued recreation of their language and culture.

A Short Summation

From this very short summary of the ethnohistories of three Nambikwara peoples a few similarities and dissimilarities will have been made clear. The particular history of each one shows the internal colonialism practiced, the interethnic domination established, and the general effects caused by being in the way of “progress” and genocidal tendencies. The specific geographic location, the history before the official moment of “peace”, the population numbers at the historical time of encirclement and “contact” and the historical changes of the legal and actual exercise of State “protection” make up some of the most important factors of the diverging paths of peoples who were supposedly “one people”. The Pax Brasilica brought each different historical conditions and population trajectories

that influence the linguistic and sociocultural situation of today. The Latundê are endangered as a people, and hence their language and culture. The Sabanê do not suffer anymore from possible extinction but their unique language is on the brink of disappearance, and of course their culture shall be affected by this momentous change. Only the Sararé and its constituent virtual peoples do not suffer immediate threats. It is only very recently that the official Brazilian language policy recognizes the enormous value of the linguistic variety of languages within the country. Yet, this still fragile recognition and the timid efforts to support it are not enough for the peoples discussed here. Only a concerted effort of both peoples and outside special aid can guarantee a viable linguistic and sociocultural recreation. For the Latundê, at the minimum this means changing their marginal position into an independent official assistance. For the Sabanê this means only a very heavily immediate investment in their language can save it. The recent return to a new autonomous village within their old territorial bounds may be a necessary but certainly is not a sufficient condition. Even the Sararé may in the long run be endangered if the present policy does not afford means to persist in their own language and sociocultural world. Languages have long been considered as mostly without any intrinsic value and this point of view seems actually to be still predominant in the world. Language loss should be held to be a loss to humanity. Languages offer unique ways of conceiving and talking about the world. Having suffered so much from simple negligence to outright genocide attempts and having been expropriated of so many resources turned into regional and national wealth, the Nambikwara peoples should be supplied with the means to give autonomous directions to their own lives, languages and cultures. And hence preserve unique languages and enable a creative adaptation to the world and its inevitable changes.

Note



This article is a short introduction to the book “Allegories of Wildness, three Nambikwara ethnohistories of sociocultural and linguistic change and continuity”, published by Rozenberg Publishers. Here I summarize very concisely the historical trajectories that are dealt with in the book but here I also make some reference to later developments. The original research for this book occurred in the years 2000-2001. It took place within a Nambikwara Research Project led by Prof. Dr.

W.L.M. Wetzels (VU University). Three Nambikwara languages were studied by linguists: Stella Telles set out to study Latundê and later included Lakondê; Gabriel Antunes studied Sabanê; Cristina Borella did fieldwork among the Sararê. I researched the ethnohistories and tried to look somewhat closer into processes of language shift, death or maintenance. It was financed by NWO – WOTRO (project number WAG 52-897). I want to thank both the project leader and the financing organization for their support.

Edwin B. Reesink – Allegories of Wildness – Three Nambikwara ethnohistories of sociocultural and linguistic change and continuity – ISBN 978 90 3610 173 8 – 2010

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 tijden

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

Migratie en acculturatie

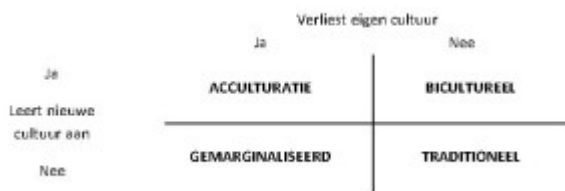
De groeiende ongelijkheid tussen stad en platteland bracht enorme migratiestromen op gang van arme plattelandsbewoners die in de stad een beter leven verwachtten. Dit was in de meeste gevallen ijdele hoop, want deze mensen ontbrak het aan de essentiële kennis en vaardigheden om de kansen die de stad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

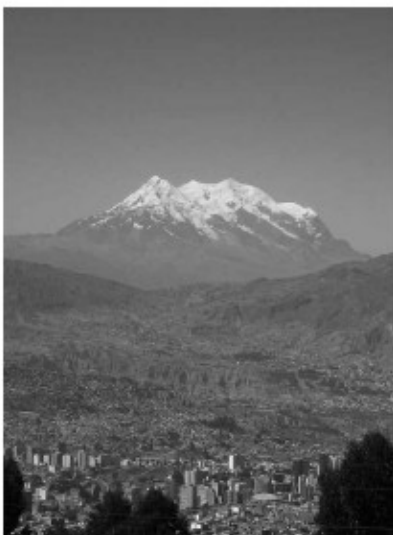


Foto: Chakana

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 winst oogmerk, 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.

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

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 Kallawaya. 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
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

Salazar, 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

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

kallawayá - 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