

From The Web - Global Voices



Global Voices is a community of more than 700 authors and 600 translators around the world who work together to bring you reports from blogs and citizen media everywhere, with emphasis on voices that are not ordinarily heard in international mainstream media.

Millions of people are blogging, podcasting, and uploading photos, videos, and information across the globe, but unless you know where to look, it can be difficult to find respected and credible voices. Our international team of authors, volunteer authors and part-time editors are active participants in the blogospheres they write about on *Global Voices*.

Global Voices is incorporated in the Netherlands as *Stichting Global Voices*, a nonprofit foundation. We do not have an office, but work as a virtual community across multiple time zones.

Our History

Global Voices was founded in 2005 by former CNN Beijing and Tokyo Bureau Chief, Rebecca MacKinnon and technologist and Africa expert, Ethan Zuckerman while they were both fellows at the Berkman Center for Internet and Society at Harvard University. The idea for the project grew out of an international bloggers' meeting held at Harvard in December 2004 and it began as a simple blog.

Global Voices quickly expanded thanks to patronage of the Berkman Center, support from Reuters, the MacArthur Foundation, and the energy and creativity of our contributors.

Read more: <http://globalvoicesonline.org>

From The Web - 2013 World Press Freedom Index: Dashed Hopes After Spring



After the “Arab springs” and other protest movements that prompted many rises and falls in last year’s index, the 2013 Reporters Without Borders World Press Freedom Index marks a return to a more usual configuration.

The ranking of most countries is no longer attributable to dramatic political developments. This year’s index is a better reflection of the attitudes and intentions of governments towards media freedom in the medium or long term. The same three European countries that headed the index last year hold the top three positions again this year. For the third year running, **Finland** has distinguished itself as the country that most respects media freedom. It is followed by the **Netherlands** and **Norway**.

Although many criteria are considered, ranging from legislation to violence against journalists, democratic countries occupy the top of the index while dictatorial countries occupy the last three positions. Again it is the same three as last year - **Turkmenistan**, **North Korea** and **Eritrea**.

“The Press Freedom Index published by Reporters Without Borders does not take direct account of the kind of political system but it is clear that democracies provide better protection for the freedom to produce and circulate accurate news and information than countries where human rights are flouted,” Reporters Without Borders secretary-general Christophe Deloire said.

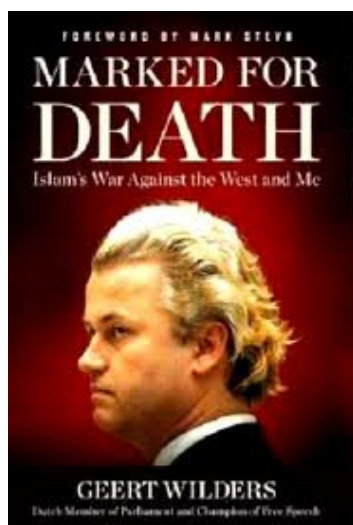
“In dictatorships, news providers and their families are exposed to ruthless reprisals, while in democracies news providers have to cope with the media’s economic crises and conflicts of interest. While their situation is not always comparable, we should pay tribute to all those who resist pressure whether it is aggressively focused or diffuse.”

Read more: [reporters without borders](http://reporterswithoutborders.org)

See also: <http://www.freedomhouse.org>

The Dutch Party for Freedom. An Analysis of Geert Wilders' Thinking on Islam

In *The Dutch Party for Freedom. An Analysis of Geert Wilders' Thinking on Islam* (Previously published as *The Speck In Your Brother's Eye*), Jan Jaap de Ruiter analyses *Marked for Death. Islam's War Against The West and Me* written by Geert Wilders, leader of the Dutch Freedom Party.



Cover Wilders -
Marked for Death

‘The solution Wilders presents involves a high risk of invoking violence, even if he states repeatedly that his program should be realized by the word and the pen. Who will give me the assurance that this would indeed be the case? Who can guarantee us that there will not be people who, like so many Christians, Muslims and French revolutionaries, will take up the sword and ‘help’ to realize their goals that way? Wilders’ book brings us nothing new. Not only that, it is also completely

counter-productive. Wilders' message is not like that of religions and ideologies, which not only have a negative but also a positive side. It is exclusively negative. He focuses on the shortcomings of the other, accuses the other of being violent by nature, and uses words that can easily be interpreted as allowing violence to fight the enemy. He acts in exactly the same way as he perceives his opponent does. He sees the speck in his brother's eye but fails to see the log in his own.

It may very well be the case that Geert Wilders will in due time give up his position as leader of the Freedom Party and leave the Dutch political arena. He might indeed, as was suggested, join an American think tank or travel the world spreading the message of the danger of Islam. Irrespective of where his career leads him, this will not mean that the anti Islam discourse will die out. On the contrary, it is supported by numerous others and in particular on the Internet it is very strong. Therefore countering this ideology by arguments, by pamphlets like this, remains necessary.

'Am I showing myself to be a reprehensible cultural relativist here?', asks De Ruiter in one of the chapters. 'Undoubtedly', is his answer.'

The Dutch Party for Freedom. An Analysis of Geert Wilders' Thinking on Islam now online:

[Chapter One - Wartime](#)

[Chapter Two - Truth](#)

[Chapter Three - Culture](#)

[Chapter Four - Ideology](#)

[Chapter Five - Solution](#)

[Chapter Six - The Speck In Your Brother's Eye](#)

Norman White - But I would prefer

that it sneaks in through some back door



Norman White at work

The Normill is an old watermill in Durham (Ontario, Canada), a village 80 miles Northwest of Toronto. The big stone building next to a stunningly beautiful pond, was bought years ago by artist Norman T White (San Antonio, Texas, 1938)

The mill smells like old flour, animal carcasses and bat shit and harbours the soul of Norman White. His personal history is visible in the old photos of the Dutch fisherman relatives of his mother. The building is littered with the material his work is made of: machine parts and a bunch of old computers. The raw architecture of the construction seems hardly altered in the years White lived in it. He sleeps over the gas stove in the kitchen in a small attic. The reason why he lodges here lies in the cold winters, when snow piles up and the temperature drops below zero. The building is spacious: it has a clean working spot; a big storage space, a cellar, actually a steel workshop; a room full of closets and drawers stacked with electronics; enough room for a large bat colony that lives in the cracks in the impressive walls.

You can walk around for hours, investigate the archives, the boxes with machine parts and printed circuit boards, wired art pieces in themselves. In the corner of the cellar leans a big raft made of plastic bottles against the wall.

Norman White, in his seventies, looks young: more a boy than a man. His friends

say that his looks never changed, he is the same as thirty years ago. White is a myth in and outside of Canada. He is one of the godfathers of electronic-, machine- and robotic art and taught for more than twenty five years at the Ontario College of Art and Design in Toronto. His offspring is well known in the electronic art world, Doug Back, Peter Flemming, Jeff Man, Graham Smith and David Rokeby are his former students. And they all visit his annual parties at the Normill, to celebrate their friendship with fires, swimming, music and art. Regularly artists from all over the world join and camp at the mill. White and his friends organised robot fights, machine wrestling: 'Rawbotics & Sumo robots' long before it became fashionable. White won several international awards and his art is shown all over the world. On his website you can find descriptions of his works. It starts with the motto: "We fix toasters!" The explanation: 'I don't really fix toasters, although I'd be proud if I could. Almost nobody fixes toasters. This is because a modern toaster is nearly impossible to fix, held together with little bendy tabs that break off if you bend them more than twice. The toaster manufacturer naturally expects that you do the Right Thing — toss that dysfunctional item in the dump and buy a new one! All in all, the working toaster is a perfect symbol for modern utility in general... glamorous and efficient! Nevertheless, staring at this glamorous efficient high-resolution computer screen for hours at a time, you and I are both wrecking our eyes, not to mention our social lives. But, hey, I don't mind... do you?'

In the Normill White designs and constructs appliances which, unlike toasters, are clearly pointless and useless, according to his own motto. A few years ago, White gave a lecture in Amsterdam (still visible online, see below). Supported with visual evidence White talked about the clumsiness of machines: we try to imitate life with raw materials; artists make flesh out of clay, fruit out of canvas. Why should I make an artificial creature? Not to improve nature."

A work still in development - typical for White, who works for years on projects trying out different versions of an idea - is *The Helpless Robot*. The work is never finished; White says he presents phases of his research. *The helpless robot* looks a bit like a ship. An earlier machine *Facing out Low* (1977) that reacts on the audience looked a bit like the R2D2 robot in *Starwars* and White seemed to have to try out another robot idea. The helpless robot is made of steel, wood and has handles to move him. There is no motor in the construction, but it has sensors and a synthetic voice that asks you to touch and move it about. Based on the

movements that it remembers, it tries to predict human behaviour. White sees this as an exercise in modelling an artificial personality. The robot says things like: 'I appreciate your help but you are turning me too far, I said: go to the right! Go back I said, uh... you can turn me now to the left.' The personality does not instruct the audience at random, that would be useless, but goes through different phases, from friendliness to grumpiness. If you leave the robot alone long enough, it mumbles that nobody visits a gallery anymore nowadays. It becomes depressed when it is left alone, not touched anymore and if you work enthusiastically with it he takes you for granted, and loses interest.



Norman White

White explains: 'I fall asleep of video. I need smell, taste, something tactile: typical elements for a 3 dimensional system that can break. That interests me: things that can break.' For Whites work breaking is not typical, he is proud that one of his first art pieces he made for the Canadian Broadcast Company in Vancouver (1975), existing off hundred of lamps, still works after more then twenty years. The bulbs in a large (8 ft.x 40 ft.) logic/light mural simulate raindrops falling randomly on the surface of a quiet pond. Of course machine parts brake down, for instance during transport. When we were visiting, White was repairing the brain of the helpless robot for an exhibition in Europe.

White has a modest personality, speaks slowly and laughs a lot. 'Of great influence was the Commedia dell' arte show I saw years ago in San Francisco. If a plane flew by or a baby carriage came along, it was used in the performance: it became part of the show. That is fantastic because you never know what will

happen. You see this sort of sensibility also with some Dutch artists like Willem de Ridder and Theo Janssen, the sensibility to integrate. I use electronics not to maintain control but to loose control. An example: a former student of mine worked without deep knowledge with motors and found a chaotic system turning two different ways, but he didn't realize he forgot some essential switches. By trying he created something he could impossibly have designed otherwise and that surprised engineers.'

White taught himself electronics in the 60-ies: 'In the 25 years that I taught I made clear to my students that didn't want artists to hire engineers to do the electronic work for them but to get involved themselves. It sounds maybe threatening or too complicated. My Dutch mother had an expression: 'Eat through a mountain of rice that was electronics for me, it became candy: I got interested, involved and started to study magazines and built all sorts of stuff. Over the years I found that electronics is more about patterns than about mathematics.'

White traveled a lot in his life. He got is BA in biology at Harvard University in 1959, left for New York and San Francisco where he enrolled in art classes. Too young for the beatnik-generation and later too old to be a hippie, White grew up in a period when art and technology went through a golden era: exhibitions about *Cybernetic Serendipity* (ICA, London 1968), *The Machine* (MOMA, New York 1968), *Software* (Jewish Museum NYC, 1970), worldwide kinetic art pieces and to top it off the first moon landing on 20 July 1969. Influential was the Canadian professor Marshall McLuhan who wrote *Understanding Media* (1964), a bestseller, translated in more then 20 languages. White refers to Mc Luhan a few times during our talks. Like more artists of his generation White traveled through North Africa. He became fascinated by Islamic patterns; the same pattern he used in his printed circuit boards.



Laura Kikauka

The time we are at the mill, we enjoy White's stories about the taming of a skunk; a project in the village with girls from secondary school building a 'dancing fountain'; how he found the mill and how he shared it with other artists; about *Them F*cking Robots* a project with artist Laura Kikauka with whom he agreed to make a breathing and moving sex machine. They both made a male and a female robot, without consultation each other, only about the format of the genitals. The robots performed publicly making a lot of noise, but first White had to file its penis because it was too big. And then I haven't even mentioned the stories about the first online communication projects before the Internet as we know it even existed, in which White with other artists experimented with interactive storytelling, ascii-drawings; or the telecommunication project together with artist Doug Back, *Telephonic Arm Wrestling* (1986), where contestants in two different cities were allowed to arm-wrestle, using motorized force-transmitting systems interconnected by a telephone data link.

You can find all this and more on his website, and comments like: 'Art as pure self-expression doesn't interest me very much. Self-expression inevitably creeps into art, but I would prefer that it sneaks in through some back door. For me, Art comes alive only when it provides a framework for asking questions. Science provides that framework too, but 'good science' is too constrained for me. I would rather ask questions that simultaneously address a multitude of worlds... from living organisms to culture to confusion and rust. Only art can give me that generality.' After being a while in the Normill I found out this is no humbug. To use one of Whites favorite quotes: 'If I'm going to work for an idiot, it might as well be me.'

Norman White website: www.normill.ca

Directors Biography

Ine Poppe

Ine Poppe (1960, Amsterdam) is a documentary maker and writer. She publishes about digital culture, technology, art and science, mainly for the national newspaper NRC-Handelsblad. She lectures at the Audio Visual department of the Willem de Kooning Academy, Rotterdam. Her art projects 'Mother milk cheese' and 'women with beards' were shown worldwide. Poppe made several documentaries for Dutch National television. 'Hippies from Hell', about Dutch Hackers, was shown in Europe and America at festivals, musea and universities. It was the first online Dutch documentary, licensed together with Lawrence Lessig under Creative Commons.

Poppe wrote scripts for several computer games. In 2002 she was winner of the *Geneva-Europe Grand Prize* for TV-scripts, with *Necrocam*, a film about a webcam inside a coffin.

Sam Nemeth

Sam Nemeth (1962, Rotterdam) lives in Amsterdam. He studied Film and Television at University of Amsterdam. He worked as a video maker for video collective Staats-TV Rabotnik, for the educational department of the Stedelijk Museum in Amsterdam and Dutch national tv. He was editor of the Dutch AV magazine Skrien. Sam held several functions at medialab Waag Society in Amsterdam and specializes in arts and technology and game development. Aside from this he works as a free-lance documentary maker and writing journalist.

Sam Nemeth is currently lecturer/coach at The University of Eindhoven.

Document Credits

Screenplay : Ine Poppe

Director: Ine Poppe

Cinematography : Sam Nemeth

Sound : Floor van Spaendonck

Editing : Sam Nemeth

Narration : Elizabeth Turner

Music : Jan Kees van Kampen

Participants / Performers : Norman White, Laura Kikauka, Jeff Man, Graham Smith, Michelle Kasparzak, Sandor Ajzenstad, Edward Shanken

Funding (research): Fonds BKVB, Amsterdam

Producer: IP-Productions

licensed under creative commons

DIRECTOR'S FILMOGRAPHY (IES)

2011 *Them Fuckin' Robots*, documentary about Canadian artist Norman White (52 minutes)

2001 *Hippies from Hell*, (direction) documentary about Dutch hacker culture, (53 minutes) the first online Dutch documentary, licensed under Creative Commons.

2007 *The Future* (advisor) de toekomst tv series VPRO

2002 *Necrocam*, (script/ideation) drama about a group of young people that give a death of their friend meaning by placing a webcam in a coffin (50 min. VARA, Dutch national tv)

1997 *Gantenbein*, (direction) documentary about brain damage (50 min. KRO, Dutch national tv)

1996 *Liefdesbewegingen*, 7 small documentaries, directed together with Agnes de Ruyter (30 min. each, RTL 4, Dutch national tv)

Poppe wrote scenarios for several computer games

Demi Dubbel about art history, nominated for the Twinning Prize

Teylers Adventure for Teylers Museum, Haarlem

In 2002 she was winner of the Geneva-Europe Grand Prize for TV-scenarios, for *Necrocam*, a film about a webcam inside a coffin.

SYNOPSIS Documentary - THEM F*CKIN' ROBOTS

Norman White is one of the most influential media artists in his field. He produced humorous and beautiful work, but also trained hundreds of artists at the Ontario College of Art and Design to make their own, hands-on media art from 1976 onwards. This is one of the reasons a vast number of acclaimed media artists come from Canada. However, media-art does not cover the realm of White's work: he produced a large oeuvre, from paintings to light murals to interactive robotics. Ine Poppe and Sam Nemeth filmed White and his students: they visited him in his huge watermill in Ontario and followed him and his students at work.

It took Poppe and Nemeth 5 years to finish *Them F*ckin' Robots*. This had several reasons: it was hard to obtain material of the early works of White (video was still a 'new' medium) but moreover was it hard to fund a film about media art. In the contemporary cultural climate in the Netherlands no art- or film fund dared to take the risk of financing a documentary about media art, also because the film is about a 'foreign' artist. This reflects thematically in the film. The question whether or not media art has a place in the mainstream art world is addressed as well as why it took Norman White such a long time -he started in the 1960-ies with electronic art- to get recognition. The film contains material from the 70-ies, 80-ies, 90-ies, 00-ies and original footage of the of the White family shot in the 40-ies, 50-ies and 60-ies.

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



Foto: Chakana

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

Dit soort problemen speelt ook in andere landen met een cultureel diverse bevolking. Voor de inheemse inwoners van ontwikkelingslanden kan het Westerse zorgsysteem vreemd, onbegrijpelijk en angstaanjagend overkomen. In veel gevallen vertrouwen zij liever op hun eigen inheemse geneeskunde, vaak uitgevoerd door medicijnmannen en -vrouwen. Of mensen wel of niet gebruik maken van het zorgaanbod is daarmee niet alleen een kwestie van bijvoorbeeld kwaliteit, kosten of afstand, maar ook van culturele acceptatie. Dit is een

interessant onderwerp in een land als Bolivia, waar twee derde van de bevolking zichzelf tot een inheemse bevolkingsgroep rekent. Echter, het grootste deel van hen woont in de stad, waar ze dagelijks in aanraking komen met de westerse levensstijl en een groot aanbod van westerse gezondheidszorg bij de hand hebben.

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

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

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

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

1. Behoud van traditie of acculturatie?

Een migrant in de stad

Al tijdens de kolonisatie werden de oorspronkelijke bewoners van de koloniën, vaak de huidige ontwikkelingslanden, westerse normen en waarden opgelegd. Het christendom werd geïntroduceerd, de taal van de koloniale macht werd de

officiële taal, nieuwe technieken werden overgebracht en ook werd een andere vorm van gezondheidszorg en geneeskunde geïntroduceerd.

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

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

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

Migratie en acculturatie

De groeiende ongelijkheid tussen stad en platteland bracht enorme migratiestromen op gang van arme plattelandsbewoners die in de stad een beter leven verwachtten. Dit was in de meeste gevallen ijdele hoop, want deze mensen ontbrak het aan de essentiële kennis en vaardigheden om de kansen die de stad biedt, te benutten. Behalve de sociale en economische verschillen tussen stad en platteland, ontstonden er ook grote culturele verschillen. Waar op het platteland de traditionele religies, gewoontes en tradities bleven voortbestaan, nauwelijks beïnvloed door globalisering, kwam de bevolking in de stad steeds meer in

aanraking met de westerse cultuur, eerst geïmporteerd door de koloniale overheersers en later door de opkomst van de massamedia (Knox & Marston 2003; Cypher & Dietz 2004).

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

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

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



In de meeste gevallen zal een migrant zich wel tot op bepaalde hoogte aan de nieuwe cultuur aanpassen. Zowel om een biculturele of om een geaccultureerde migrant te worden, moet kennis worden gemaakt met de nieuwe cultuur. Er zijn twee factoren die hierbij een rol spelen: tijd en educatie. Hoe langer een migrant in de stad woont, des te meer zal hij sociaal, economisch én cultureel integreren (Timmer 2005). Een hoger opleidingsniveau helpt een migrant ook om sneller een nieuwe omgeving te leren begrijpen. In de stad is het bijvoorbeeld belangrijker om goed te kunnen lezen en schrijven. Hiermee krijgt een migrant makkelijker

toegang tot informatie over de stad. Daarnaast wordt in de meeste landen in de dominante (westerse) taal onderwezen. Een migrant met een opleiding zal daarom de gangbare taal in de stad al kennen (Terborgh et al 1995).

Gezondheidszorg en migratie

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

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

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

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

In het volgende hoofdstuk wordt toegelicht wat het verschil is tussen de moderne en de traditionele geneeskunde, vooral toegespitst op de Boliviaanse hoogvlakte. Ook wordt gekeken naar welke factoren van invloed zijn op het zorggebruik van

migranten. Het lijkt vanzelfsprekend dat culturele verschillen een grote rol spelen. Maar zijn er ook andere factoren te vinden die de keuzes van patiënten bepalen?

2. Heksen of dokters: de traditionele geneeskunde

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

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

Het magische wereldbeeld van de Aymara

In het wereldbeeld (de kosmologie) van de Aymara bestaan er drie werelden: de bovenwereld, de onderwereld en deze wereld waar de mens leeft. Zon, maan, sterren en bergtoppen vormen de bovenwereld, waar bijvoorbeeld de voorvaderen en de heilige vogel de condor woont. De onderwereld bestaat uit duistere plaatsen zoals grotten, moerassen en stilstaande waterpoelen. Hier wonen kwade geesten die proberen om zoveel mogelijk chaos en destructie te veroorzaken. In

de wereld waar de mens leeft komen ook de onder- en bovenwereld samen: alle plaatsen die deze werelden huisvesten zijn tenslotte bereikbaar of ten minste zichtbaar voor de mens (anders dan in het Christendom, waar hemel en hel veel meer een mystiek karakter hebben; Timmer 2005).

Verbonden met de kosmos

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

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



Foto: Chakana

Bergen en dalen

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

Ziekte als noodzakelijk kwaad

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

Maar ook het principe van relationaliteit speelt een rol bij de omgang met ziekte. Door de verbinding van de mens met alles om hem heen, kunnen al deze dingen ook invloed hebben op zijn gezondheid. Daarom worden ziektes bij de Aymara's niet persé veroorzaakt door fysieke oorzaken (zoals een ongeluk, of een virus), maar kan het ook een sociale oorzaak hebben, zoals ruzie in de familie of met de burens. Zo'n ruzie verstoort tenslotte de harmonie en geeft daarmee de kwade geesten de kans om chaos en ellende (cq ziekte) te veroorzaken.

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

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

Wat is traditionele geneeskunde?

Elke bevolkingsgroep heeft een eigen visie op de wereld en een daarbij behorende geneeskunde. Hoewel elke van deze vormen van geneeskunde specifieke, unieke eigenschappen heeft, zijn er veel overeenkomsten. Het belangrijkste aspect dat deze vormen van geneeskunde verbindt, is hun focus op zowel de fysieke gezondheid als het sociale, mentale en spirituele welzijn van de patiënt. Dit is een holistische benadering van de gezondheid die in scherp contrast staat met de moderne geneeskunde, waar alleen aan de fysieke aspecten van gezondheid aandacht wordt besteed, terwijl andere factoren die van invloed kunnen zijn op het welbevinden van de patiënt grotendeels worden genegeerd (Xueqin Ma 1999). De harmonie tussen lichaam, geest en de omgeving speelt een grote rol in de holistische benadering. Daarbij worden zowel medicinale als non-medicinale middelen gebruikt. Medicinale therapieën bestaan daarbij meestal uit geneesmiddelen gebaseerd op kruiden, mineralen en dierlijke stoffen. Non-medicinale therapieën zijn bijvoorbeeld acupunctuur, manuele therapie of spirituele therapie zoals meditatie of het lezen van de toekomst (WHO 2002). De behandeling op traditionele wijze is dus niet alleen gebaseerd op de kennis over de werking van medicijnen, maar ook op religieuze en spirituele denkbeelden. Daardoor spelen ceremonieën een grote rol bij de behandeling (Barrett 1995). Er zijn in Bolivia evenveel soorten traditionele geneeskunde als dat er culturen zijn. Elke inheemse bevolkingsgroep heeft haar eigen soort genezers en medische kennis en gebruiken. Hier zijn vooral de kallawaya's en de yatiri's interessant om te vermelden.

De kallawaya's van Curva

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

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

De yatiri's

De medicijnmannen van de Aymara's heten yatiri's, dat 'hij die veel weet' betekent. Ieder Aymara dorp op de hoogvlakte heeft een eigen yatiri. Men kan yatiri worden als het is voorbestemd, maar meestal wordt het beroep van generatie op generatie doorgegeven binnen de familie. Voordat een leerling zelf als yatiri kan gaan werken, zal hij wel moeten bewijzen tegenover de gemeenschap dat hij een goede medicijnman is om zo het vertrouwen van zijn potentiële klanten of patiënten te winnen.

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

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

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



Foto: Chakana

Traditioneel vs. modern: een tegenstelling tussen efficiëntie en aandacht

Wat zijn nou de grootste verschillen tussen de moderne en de traditionele gezondheidszorg op de Boliviaanse hoogvlakte? Dit begint al bij de omgangsvormen tussen patiënt en de behandelaar. De yatiri, die altijd onderdeel uitmaakt van een Aymara gemeenschap, bezoekt een zieke patiënt altijd thuis. Dit is het meest comfortabel voor de patiënt. De yatiri houdt zich bij dit bezoek aan de regels die altijd gelden als twee Aymara's elkaar bezoeken. De bezoeker roept al van ver dat hij eraan komt, en betreedt het huis pas als hiervoor door de bewoner toestemming is gegeven. Daarna begroeten zij elkaar met een omhelzing. Vervolgens onderzoekt de yatiri wat het probleem is door middel van het lezen van cocabladeren en het voeren van lange gesprekken met de patiënt en de familie. Na de diagnose wordt de yatiri uitgenodigd te blijven eten. Na het eten start hij de behandeling. Al die tijd praten de yatiri, de patiënt en de familie met elkaar. Waar mogelijk blijft de yatiri in het huis van de patiënt tot deze is

genezen. Dit alles wordt gedaan om de persoonlijke band tussen de yatiri en de patiënt te versterken, wat voor de Aymara heel belangrijk is in het genezingsproces.

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

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

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

Enorme verschillen tussen de moderne en traditionele gezondheidszorg zijn er bij

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

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



Wat bepaalt het zorggebruik van patiënten?

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

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

Het belang van vertrouwen

Op cultureel vlak zijn er verschillende factoren die het zorggebruik van een patiënt beïnvloeden. Ten eerste is er het taalaspect: in de meeste landen, waaronder ook Bolivia, wordt in de moderne medische voorzieningen de dominante (westerse) taal gesproken, in dit geval Spaans (del Casino 2004). Een

patiënt die alleen Aymará sprek t, 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 sprek t, 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 inentingen. In Bolivia is echter slechts een derde van de kinderen volledig gevaccineerd (UNDP 2005). Daarnaast lijdt een kwart van de kinderen aan chronische ondervoeding (MSD 2006). De baby- en kindersterfte in Bolivia is dan ook hoog: 50 van de 1000 kinderen sterft voor het eerste jaar, en nog eens 63 sterven voor hun 5e jaar (MSD 2009b). Ter vergelijking: In Nederland ligt de baby- en kindersterfte op respectievelijk 4 en 5 per 1000 kinderen (UNDP 2005). Vrouwen zijn kwetsbaar omdat zij vaker arm zijn en bovendien veel risico lopen tijdens de zwangerschap en bevalling. In Bolivia bevalt echter slechts twee derde van de vrouwen met gekwalificeerde

hulp. De moedersterfte is één van de hoogste in Zuid Amerika: 320 van de 100.000 moeders overlijden tijdens of kort na de bevalling (2003; MSD 2009c).



Foto: Chakana

Het zorgstelsel van Bolivia: voor ieder wat wils

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

Gezondheidszorgvoorzieningen van de verzekeringen vormen een tweede sector in Bolivia. Boliviaanse zorgverzekeringen zijn per beroepssector georganiseerd en bestaan voor slechts zeven beroepsgroepen: militairen, werknemers van oliebedrijven, banken, universiteiten en ontwikkelingsorganisaties, wegwerkers en ambtenaren in Santa Cruz. Daarnaast is er een nationale verzekering die voor

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

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

De traditionele geneeskunde

Volgens schattingen maakt een derde van de Bolivianen wel eens gebruik van de traditionele inheemse geneeskunde. Daaruit blijkt dat naast de moderne sector, zoals eerder beschreven, ook de traditionele sector van groot belang is. Dit is door de regering van Evo Morales ook al erkend. Daarom is in 2006 het Vice-ministerie voor Traditionele Geneeskunde en Interculturaliteit opgericht. Hiermee

wordt getracht de beide sectoren met elkaar te laten samenwerken (MSD 2006). Desondanks maakt de traditionele sector nog geen onderdeel uit van het nationale zorgstelsel. Wel zijn er verschillende organisaties die de traditionele sector op lokaal en nationaal niveau vertegenwoordigen. Ook deze sector is echter verdeeld; zo zijn er meer dan 30 nationale organisaties. De belangrijkste organisatie is de Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA).

De meeste inheemse genezers zijn lid van deze organisatie, zowel kallawayas en yatiris 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 Kallawayas. Dit instituut organiseert cursussen voor kallawayas en andere genezers en geeft hen daarvoor certificaten, waarmee zij hun professionaliteit kunnen bewijzen. Certificaten spelen een belangrijke rol in alle beroepssectoren van Bolivia en de genezers krijgen hiermee meer aanzien bij zowel de gewone bevolking als het medisch personeel in de moderne sector (interview Condori Husaca 2006).

Het nationale beleid: zorg voor iedereen(iv)

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

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

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

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



Zorg voor de kwetsbaren: kinderen, zwangere vrouwen en ouderen

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

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

Een ander middel om de gezondheid van moeders en kinderen te bevorderen is in 2009 opgestart: de Bono Juana Azurduy. Deze bonus wordt uitgekeerd aan zwangere vrouwen bij elk prenataal onderzoek, als zij bevallen met professionele begeleiding, en als zij na de bevalling iedere twee maanden met hun kind op controle komen. De totale bonus kan oplopen tot 1.820 Bs. (ongeveer 260 dollar), een groot bedrag in een land waar twee derde van de bevolking van minder dan twee dollar per dag moet zien rond te komen (MSD 2009a). Behalve moeders en

kinderen zijn ook ouderen in Bolivia extra kwetsbaar. Niet alleen door de ouderdom: onder hen zijn relatief veel armen, omdat zij geen inkomen meer hebben en er geen goede pensioenvoorziening is. Daarom bestaat er sinds 1998 de Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV). In dit programma zijn bijna alle medische behandelingen gratis voor ouderen vanaf 60 jaar die geen formeel pensioen hebben.

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

Ziektebestrijding

In veel ontwikkelingslanden komen ziektes voor die te voorkomen zijn of sterven mensen aan ziektes die te behandelen zijn. Bolivia heeft een aantal programma's die zich richten op het bestrijden van deze ziektes. Het nationale vaccinatieprogramma PAI (Programa Ampliado de Inmunización) heeft tot doel een zo groot mogelijk deel van de bevolking in te enten tegen voorkombare ziektes. Het PAI wordt uitgevoerd door de publieke sector en de verzekeringsinstellingen, en door enkele instellingen van de private sector (interview Coca 2006). Om de zesde millenniumdoelstelling te behalen zijn er in Bolivia verschillende programma's gericht op de bestrijding van veelvoorkomende ernstige ziekten, zoals tuberculose, malaria en chagas. Voor chagas lijkt dat goed te lukken; de overheid faciliteert bijvoorbeeld de vervanging van de traditionele rieten daken, waarin de parasiet huist die chagas veroorzaakt, door golfplaten. Het aantal gevallen van chagas is hiermee al substantieel verlaagd. Malaria en tuberculose zijn echter nog altijd niet onder controle. Wel worden de meeste gevallen van tuberculose snel gedetecteerd en behandeld, en inmiddels is meer dan 90% van de kinderen ingeënt tegen tuberculose (UNDP 2005). In de strijd tegen tuberculose is het informeren van de bevolking heel belangrijk; men moet de symptomen kunnen herkennen, weten hoe ze de besmetting van anderen kunnen voorkomen en naar een zorginstelling gaan voor behandeling. Het programma tegen tuberculose omvat daarom ook een gratis test en eventuele behandeling van tuberculose (interview Camacho 2006).

Interculturele Initiatieven

Uit alle bovenstaande programma's van de nationale overheid in Bolivia blijkt dat de moderne sector dominant is; nergens wordt samengewerkt met de traditionele

sector. Een uitzondering is het tuberculoseprogramma, waarbij ook traditionele genezers worden ingezet om de bevolking te informeren en gevallen van tuberculose snel te ontdekken (interview Condori Husaca 2006).

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

Op dit moment zijn er echter slechts enkele concrete programma's die er echt voor zorgen dat ook de inheemse bevolking toegang krijgt tot voor hen geschikte gezondheidszorg. Een goed voorbeeld is het programma EXTENSA, dat mobiele zorgposten langs de armste en meest afgelegen gemeenschappen stuurt. In 2002 werden in totaal 2500 gemeenschappen met een totale bevolking van 360.000 mensen op deze manier van basiszorg voorzien. Interculturaliteit is een basisprincipe van EXTENSA. Zo wordt in elke gemeenschap samengewerkt met lokale assistenten, veelal genezers of traditionele vroedvrouwen, om zo het vertrouwen van de bevolking te winnen. Ook wordt de traditionele geneeskunde erkend als belangrijke toevoeging aan de moderne geneeskunde, spreekt het personeel van de mobiele zorgpost de lokale taal, en worden inheemse gebruiken en gewoontes rond gezondheid in acht genomen (MSD 2003; Djadda 2005). Daarnaast is het ministerie in 2009 begonnen met de implementatie van een Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, oftewel één intercultureel en inheems zorgstelsel. Hierin staan participatie van de bevolking, interculturaliteit, een allesomvattende visie op gezondheid (fysiek, mentaal en sociaal; genezing en preventie) en samenwerking tussen de sectoren centraal. De verschillende culturen van Bolivia worden hierin erkend en staan in een gelijkwaardige relatie tot elkaar. Ook wordt het belang van inheemse geneeskunde hierin onderkend (MSD 2009d).

Zorg voor iedereen?

Het Boliviaanse beleid op het gebied van gezondheidszorg richt zich al lange tijd erop niemand van zorg uit te sluiten. Jarenlang ging het hierbij vooral om het voorkomen van economische, geografische en sociale uitsluiting. De economische uitsluiting werd bijvoorbeeld verminderd door de verzekeringen voor bepaalde doelgroepen, en door het in stand houden van een systeem waarin er voor

iedereen tenminste betaalbare basiszorg was in de publieke gezondheidszorgvoorzieningen, terwijl de meer welvarende bevolkingsgroepen zich bijvoorbeeld tot privéklinieken konden wenden. Geografische uitsluiting werd verminderd door het programma EXTENSA. En het voorkomen van sociale uitsluiting was gericht op sociaal zwakkere groepen zoals vrouwen, kinderen en ouderen. Door deze focus op vrouwen, kinderen en ouderen worden andere groepen echter weer uitgesloten. Een 40-jarige arme man moet zijn basiszorg nog altijd zelf bekostigen.

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

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

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

Noten

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

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

(ii) Traditionele genezer van de Aymara's.

(iii) Moeder Aarde.

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

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

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

Afkortingen

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

AIS - Acción Internacional por la Salud - Internationale Actie voor de Gezondheid
CNS - Caja Nacional de Salud - Nationaal Ziekenfonds
GMEA - Gobierno Municipal de El Alto - Gemeentelijke Overheid El Alto
INE - Instituto Nacional de Estadísticas - Nationaal Instituut voor de Statistiek
MSD - Ministerio de Salud y Deportes - Ministerie van Gezondheid en Sport
NGO - Non-gouvernementele organisatie - PAI Programa Ampliado de
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

kallawayaya - genezer van de Quechua's

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

pachamama - moeder Aarde

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

yatiri - genezer van de Aymara's

Literatuur

AECI (2004). Desarrollo en Apolobamba - CulturaKallawayaya. 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, 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 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 *kallawaya* (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 *altesños* 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 scheidt verwarring onder de bevolking, omdat zij niet weten waar ze wel en niet terechtkunnen (van Rijn 2006).



Foto: Chakana

El Alto: voorloper in het zorgbeleid

De gemeente El Alto neemt geen genoegen met de zorgprogramma's van de nationale 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, inentingen 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 manzanas zit kan ik het ook aan mijn burens en familie doorvertellen.” (interview Manzanas 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 *manzanas* 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 Carrizo 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 huilde 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 Inmunización* -

Uitgebreid Vaccinatieprogramma

PAR - *Programa de Apoyo a la Reforma Educativa* - Programma ter Ondersteuning van de Onderwijshervormingen
SESO - *Seguro Escolar de Salud Obligatorio* - Verplichte Scholieren Zorgverzekering
SMGV - *Seguro Médico Gratuito de Vejez* - Gratis Medische Ouderenverzekering
SOBOMETRA - *Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional* - Boliviaanse Gemeenschap van Traditionele Geneeskunde
SUMI - *Seguro Universal Materno Infantil* - Algemene Moeder-Kind Verzekering
UNDP - *United Nations Development Organisation* - Ontwikkelingsorganisatie van de Verenigde Naties
UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation* - Organisatie van de Verenigde Naties voor onderwijs, wetenschap en cultuur
WHO - *World Health Organisation* - Wereld Gezondheidsorganisatie

Begrippen

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

alteño - inwoner van El Alto

kallawayaya - genezer van de Quechua's

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

pachamama - moeder Aarde

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

yatiri - genezer van de Aymara's

Literatuur

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

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

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

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

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

- Cypher, J.M. & J.L. Dietz (2004). *The Process of Economic Development*. London/New York: Routledge.
- Fernández Juárez, G. (1999). *Médicos y Yatiris - Salud e Interculturalidad en el Altiplano 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. 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 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