

GEZONDHEID IDENTITEIT EN CULTUUR

Stemmen van dokters en patiënten in de stedelijke periferie (Cochabamba, Bolivia)



Carolien Janssens

Universiteit Utrecht

Afbeelding voorkant: Dokter Santa Cruz uit het Centro Alto Pagador probeert vast te stellen wanneer de patiënte zal bevallen van haar kind. De foto's in deze thesis zijn gemaakt door de auteur. Ik was echter afhankelijk van fotocamera's van kennissen, omdat mijn eigen camera gestolen was.

GEZONDHEID IDENTITEIT EN CULTUUR

Stemmen van dokters en patiënten in de stedelijke periferie (Cochabamba, Bolivia)

Thesis voor de master 'Multiculturalisme in Vergelijkend Perspectief'
Culturele Antropologie, Universiteit Utrecht

Naam: Carolien Janssens
Studentnummer: 0479535
carolienjanssens@hotmail.com
Begeleider: Prof. Dr. Wil Pansters
17 april 2009

“Giving voice’ should be considered one of the basic goals of good social science” (Eckstein & Wickham-Crowley 2003: xiii)

Inhoudsopgave

Lijst met afkortingen en glossarium	6
Kaarten van het onderzoeksgebied	7-8
Voorwoord	9
Inleiding	11
Sociale en politieke achtergrond van Bolivia	14
Onderwerp en theoretische visie	18
Veldwerk doen	20
Hoofdstuk 1 Gezondheidssituatie in het hedendaagse Bolivia	24
§ 1.1 Inspanningen van de overheid betreffende de gezondheidszorg	24
§ 1.2 Tekortkomingen in het huidige beleid	29
§ 1.3 Politisering van traditionele geneeskunde	35
Hoofdstuk 2 De sociale achtergrond van de gezondheidssituatie in Villa Alto Pagador	40
§ 2.1 Migratie en urbane opdeling in Cochabamba	41
§ 2.2 De ongezonde woonsituatie in Villa Alto Pagador	43
§ 2.3 Gevolgen voor de werking van het medisch centrum	47
Hoofdstuk 3 De barrières in de dokter-patiënt relatie	54
§3.1 Voorbeelden van consulten	54
§3.2 De socio-economische dimensie	57
§3.3 De sociaal-culturele dimensie	63
Conclusie	70
Bibliografie	73
Bijlagen	
Respondenten	77
Afbeelding van het medisch personeel van het C.S.A.P.	78
Organigram en plattegrond van het C.S.A.P.	79
Reflectie op ethische kwesties	80

Lijst met afkortingen en glossarium

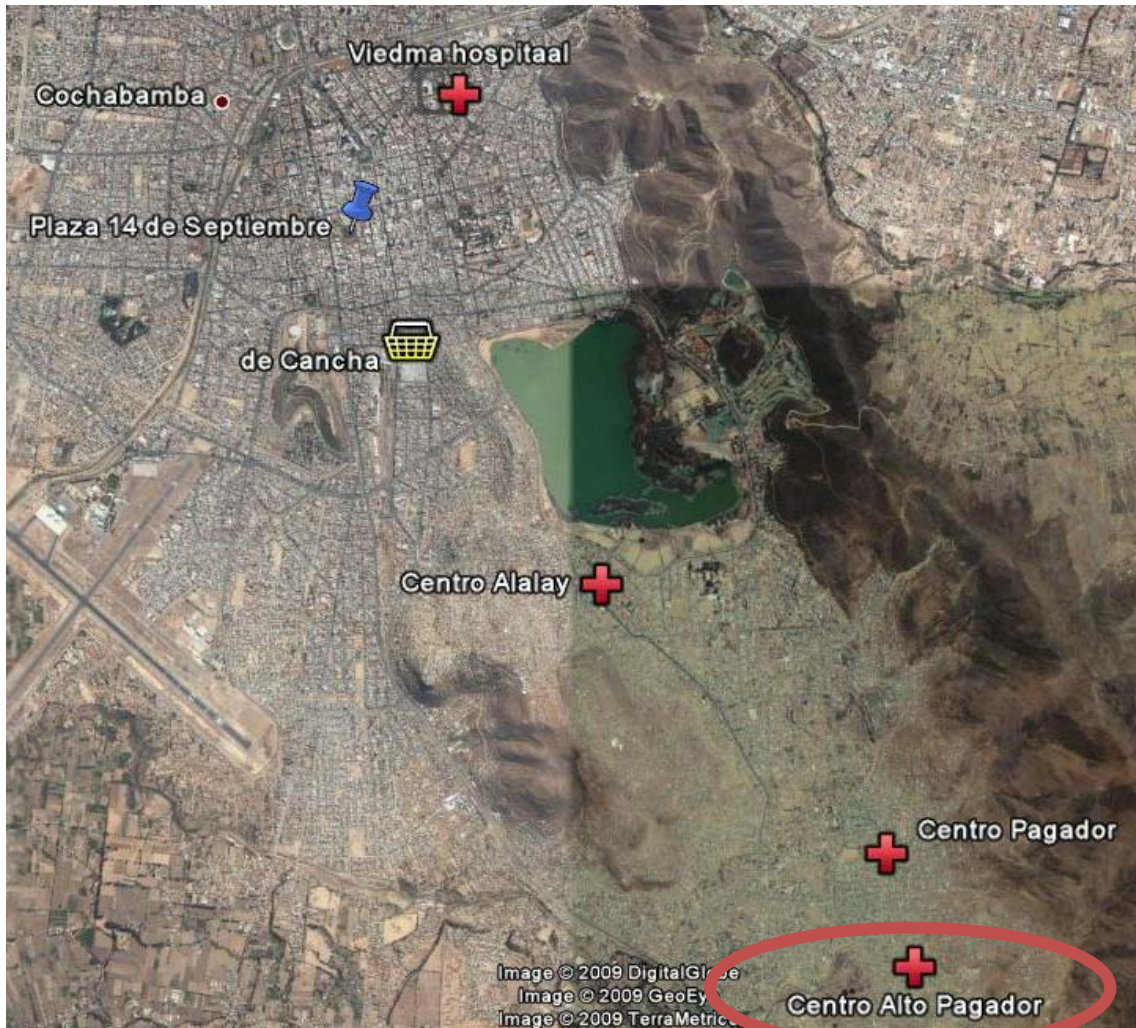
AZG	Artsen Zonder Grenzen
CIDOB	Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia, bondgenootschap van inheemse volkeren in Bolivia
C.S.A.P.	Centro de Salud Alto Pagador, naam van het medisch centrum in Villa Alto Pagador
DILOS	Directorio Local de Salud, lokale gezondheidsafdeling
IFFI	Instituto de Formación Femenina Integral, instituut voor de rechten van de vrouw
LPP	Ley Participación Popular, wet van volksparticipatie
MNR	Movimiento Nacionalista Revolucionario, politieke partij
MSI	Marie Stopes International, internationale liefdadigheidsorganisatie
NGO	Niet-gouvernementele Organisatie
OTB	Organización Territorial de Base, Wijkgestuurde organisatie
PRONACS	El Proyecto Nacional de Calidad en Salud
SEDES	Servicio Departamental de Salud, departementele afdeling van Gezondheidszaken
SEMAPA	Servicio Municipal de Agua Potable y Alcantarillado, gemeentelijk water- en rioleringsbedrijf
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil, algemene moeder-en kind verzekering.
SOBOMETRA	Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, vennootschap van traditionele geneeskunde
UMSS	Universidad Mayor de San Simon, Openbare Universiteit in Cochabamba.
UNDP	United Nations Development Programme, ontwikkelingsprogramma van de VN
VN	Verenigde Naties
<i>Boliviano</i>	Boliviaanse munteenheid
<i>Chagas</i>	De ziekte van Chagas, infectieziekte
<i>Cochabambino</i>	Bewoner van Cochabamba
<i>Curandero</i>	Inheemse traditionele geneesheer
<i>Indígena</i>	Persoon met inheemse achtergrond
<i>Kallawayá</i>	Inheemse traditionele geneesheer
<i>Mestizo</i>	Persoon met een gemengde Europese afkomst.
<i>Norteño</i>	Een bewoner van <i>Zona Norte</i>
<i>Sureño</i>	Een bewoner van <i>Zona Sur</i>
<i>Taxi-trufi</i>	Openbare taxi met een vaste route
<i>Guagüita</i>	Inheemse term voor 'kindje'
<i>Yampiri</i>	Inheemse traditionele geneesheer
<i>Zona Norte</i>	Het noordelijke, rijkere stadsgebied van Cochabamba
<i>Zona Sur</i>	Het zuidelijke, armere stadsgebied van Cochabamba

Figuur 1: Bolivia



Figuur 1: Kaart van Bolivia (Geocities 2008)

Figuur 2: Cochabamba



Figuur 2: Luchtfoto Cochabamba, Centro Alto Pagador onderaan rechts op de foto (Google Earth 2008)

Figuur 3: De onderzoekslocatie



Figuur 3: Onderzoekslocatie Villa Alto Pagador en het medisch centrum 'Centro Alto Pagador'. De rode lijn betreft de wijken die officieel onder de hulp van het centrum vallen. (SEDES 2004)

Voorwoord

Op 10 december 2008 werd 60 jaar mensenrechten gevierd. Het recht op gezondheidszorg is één van de belangrijkste rechten in de Universele Verklaring van de Mensenrechten. Met ook de millenniumdoelstellingen in het vooruitzicht van 2015 zou elk land naar een goede gezondheidszorg moeten toewerken die voor iedereen toereikend is.

Als dochter van een middenklasse gezin uit België en woonachtig in Nederland, lijkt een goede gezondheid en goede medische zorg vanzelfsprekend. Je kan in Europa te maken krijgen met ernstige ziektes, maar over het algemeen vormen kleine ongemakken als buikloop of koorts geen levensbedreigende situaties voor de meesten van ons.

Een goede gezondheid is echter niet voor iedereen weggelegd. Een onderzoek in een land als Bolivia kan een heel andere kant van het gezondheidswezen tonen. Door mijn veldwerk heb ik de relatie tussen ‘sociaal burgerschap’, armoede en ongelijkheid kunnen ondervinden. Het is een *cliché* om te zeggen dat zo iets ons doet beseffen dat we het hier goed getroffen hebben. De vaststellingen kunnen echter ook een uitdaging vormen om actie te ondernemen of oplossingen te bedenken voor complexe problemen.

Voordat ik aan het veldwerk begon wist ik niet zoveel af van de medische wereld. Dankzij de bereidwillige medewerking van de respondenten aan mijn onderzoek heb ik heel veel geleerd. Soms voelde ik me als een vis in het water in het ‘dokterswereldje’ omdat ik door te participeren het gevoel had dat ik er zelf ook deel van uitmaakte. Elke ochtend stapte ik in de *taxi-trufi* naar het ziekenhuisje in een witte doktersjas, blocnote in de hand, recorder in mijn borstvakje en een naamkaartje opgespeld: *antropóloga Carolina Janssens*. En zo belande ik weer terug bij mijn eigen vakgebied, want je kunt wel helemaal opgaan in een nieuwe wereld, je blijft toch een antropoloog. En dat is juist het bijzondere van het veldwerkvak. ¡*Vamos!*

Ik wil een paar mensen in bedanken, te beginnen met alle dokters en werknemers van het Centro Alto Pagador, in het bijzonder dokter Luis Rojas en dokter Santa Cruz, bij wie ik de consulten mocht volgen gedurende het veldwerk. Ik was blij verast dat iedereen van het medisch personeel afscheid kwam nemen de laatste dag voor mijn vertrek. Naast de dokters wil ik ook de patiënten bedanken. De communicatie verliep niet altijd even gemakkelijk en hun verhalen waren vaak somber, maar ik wil deze mensen het allerbeste wensen en ik hoop op een betere toekomst voor hen.

Ik heb veel geleerd over de gezondheidstoestand in Bolivia tijdens de gesprekken met Kathya Córdova Pozo van het *South Group* instituut. Haar interesse in mijn onderzoek was erg stimulerend. Ook wil ik de directeur en de artsen van het Viedma ziekenhuis bedanken om mij kennis te laten maken met de werking van het ziekenhuis. Dank voor de goede zorgen die ik van hen kreeg toen ik zelf een paar keer ziek was. Niet van tevoren hiervan bewust, was dit een vorm van ‘participerend observeren’. De mensen van overheidsinstanties waren eveneens bereid mij te woord te staan, ondanks hun drukke werkzaamheden. Veldwerk doen is een prachtige onderzoeksmethode. Ik heb erg veel genoten van het veldwerk doen; je leert bij over het leven en jezelf.

Naar het thuisfront toe gaat mijn bijzondere dank uit naar Prof. Dr. Wil Pansters voor zijn geduld en kritische blik om mijn scriptie naar behoren af te ronden. Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken voor hun vertrouwen in mij en hun onvoorwaardelijke steun.

Inleiding

Onderstaand verhaal is een situatie die ik tijdens mijn veldwerk ben tegengekomen. Het verhaal is schrijnend, maar een terugkerend fenomeen dat aan de orde van de dag is. Aan de hand van het de situatie is het mogelijk een aantal maatschappelijke processen van de Boliviaanse gezondheidszorg te analyseren die ik in deze scriptie aan de kaak wil stellen.



Foto 1: De betreffende vrouw in de wachtzaal van het medisch centrum

Het is 07.15 uur. De kleine wachtzaal van Centro Alto Pagador zit afgeladen vol. Buiten zitten enkele moeders met een dekentje op de grond. Bij het kantoortje van Remberto schuiven de moeders een voor een aan om zich te melden voor een consult. De meesten spreken alleen Quechua.¹ De twee dokters, Luis Rojas en Santa Cruz krijgen weer drukke werkuren vandaag. Een vrouw in de wachtzaal valt me op. Ze zit heel stil op de witte wachtstoeltjes en praat niet met de andere vrouwen sinds haar binnenkomst. De andere vrouwen praten wat met elkaar, sussen hun zieke kind met wat melk of een snoepje, of lopen het gebouw in en uit. De vrouw op het stoeltje draagt een gekleurde doek

op haar rug met een kleine bobbel, die doet vermoeden dat ze een baby op haar rug draagt.

Het is intussen elf uur. De vrouw is nog niet aan de beurt geweest en loopt nu naar buiten. Ze staat met twee andere Quechua vrouwen voor de ingang in het zonnetje. Een verpleegster opent de deur van haar spreekkamer en roept een aantal keren een naam. Omdat niemand reageert, loopt ze naar buiten en roept ze in het Quechua de volgende patiënt. De vrouw met de groene sjaal is aan de beurt. De vrouw praat geen Spaans, maar doña Modesta, de hoofdverpleegster, stelt een paar vragen in het Quechua. De vrouw praat heel zachtjes en laat weten dat haar ‘wawita’ ziek is. “Leg je baby maar op de tafel dan zullen we eens kijken wat er aan de hand is,” zegt doña Modesta. De moeder maakt het doek los van haar rug en legt haar kindje op het bed. Een stagiaire opent de sjaal en roept Doña Modesta. “Kom snel eens kijken, dit ziet er slecht uit”. Doña Modesta opent snel wat doeken waarin de baby is

¹ Quecha is een inheemse taal die wordt gesproken in Bolivia en enkele andere landen in Latijns-Amerika.

ingebonden, neemt het gewicht van de baby op en rent daarna naar de spreekkamer van Luis Rojas. “Dokter, ik denk dat we een spoedgeval hebben,” meldt ze. Luis Rojas gaat de verpleegkamer in, bekijkt de baby en daarna de moeder: “Waarom heb je vanochtend niet laten weten aan Remberto dat je baby er erg aan toe is? Je zit hier een hele ochtend zonder iets te laten weten aan ons”. De vrouw zwijgt. “Ben je thuis bevallen?,” vraagt hij verder. De vrouw knikt. “Hoe lang is dit zo al?” De baby ligt roerloos in het hoopje doeken en lijkt te krijsen zonder geluid. “Wanneer ben je van je baby bevallen?” vraagt Luis Rojas. “Elf dagen geleden, meneer”, stamelt de moeder. “Hoe oud ben je?” “22 jaar”. “Je weet toch dat je altijd naar ons kan komen voor gratis hulp voor je kinderen. Nu is het misschien te laat voor je baby.” Hij richt zich tot doña Modesta: “we kunnen niets meer doen nu, we zitten zonder infusen, bel een ambulance en snel!”.

De ambulance komt uit ‘Centro Alalay’ een tweedelijns medisch centrum, vijf kilometer verderop. Ik zit vooraan in de ambulance naast een stagiaire en de ambulancebestuurder. De moeder van de baby zit met haar man op een bankje achter in de ambulance. We rijden van Villa Alto Pagador naar het centrum van de stad, een rit van veertig minuten. Aangekomen in het ziekenhuis, lopen we naar de balie. Een verpleegster vraagt waarvoor we komen en brengt ons naar de spoedkamer. Wanneer de vrouw haar doek losmaakt en haar baby’tje op de *emergency*-tafel legt, kan ik niet goed zien hoe het kindje er aan toe is. Het lijfje is ingebonden in verschillende doeken. Een gerimpeld mini- hoofdje steekt er met zijn donkere ogen boven uit.

De verpleegster begint onmiddellijk het levensloze lichaampje te ontdoen van de doeken. De baby kan niet meer huilen. Ik hoor wat zacht gekreun en staar naar de wazige donkere oogjes. De verpleegster zucht terwijl ze de baby snel onderzoekt. Ze heft de billetjes op en ik schrik van de dunne beentjes en de zwaar ontstoken billetjes. De verpleegster schrikt eveneens. De baby is elf dagen oud, weegt 1,3 kg en heeft sepsis.² Er komen nog twee andere verpleegsters bij staan. De verpleegsters beginnen met luide stem tegen de vrouw te praten en zeggen haar dat ze een slechte moeder is. De moeder lijkt verward, want ze spreekt geen Spaans, en de verpleegsters kijken erg boos naar haar: “Waar ben je van je baby bevallen? Je moet met een baby naar de dokter gaan! Wat heb je gedaan met je kind? Het gaat dood, *mamita!*” De moeder kijkt naar de grond. De verpleegster zucht en roept in het rond of er iemand van de verpleging wil komen vertalen.

² Sepsis is een algemene ontstekingsreactie van het hele lichaam op een infectie, waaraan een patiënt binnen korte tijd kan overlijden (RIVM 2008).

Het is intussen erg druk in het kamertje waar we staan. Verschillende verpleegsters lopen naar binnen en werpen een snelle blik op de baby. Een wat oudere verpleegster richt zich tot de moeder en legt haar in gebrekkig Quechua uit dat ze het kind moeten laten opnemen. Ze hebben hiervoor toestemming nodig van de moeder. De eerste verpleegster is nu erg ongeduldig en roept dat ze niet nog eens tien minuten op antwoord kan wachten en dat de moeder haar baby maar gewoon mee terug naar huis moet nemen. “Er zijn nog verschillende gevallen die aan het wachten zijn op verzorging en op zo’n moeder kunnen we niet wachten.” De vrouw stamelt dat ze toestemming aan haar man moet vragen. De moeder loopt de spoedkamer uit.

Ondertussen is er ook een discussie aan de gang tussen een andere verpleegster en de ‘stagiaire’ verpleegster uit *Centro Alalay* die met mij in de ambulance zat. “We wisten niet dat jullie met de ambulance kwamen en er zijn geen bedden vrij. Je moet gewoon weten dat je altijd naar ons moet bellen”. De ambulance medewerkster wordt naar buiten gestuurd en ik volg haar om te kijken waar de moeder van de baby is gebleven. De moeder staat bij haar man en huilt. Haar man staart wat voor zich uit. Hij vertelt dat ze uit Arque komen en twee dagen hebben gereisd. Ondertussen loopt zijn vrouw weer naar binnen. Haar man vertelt me dat hij niet naar binnen hoeft. Ik vraag de man om toch achter zijn echtgenote aan te lopen, omdat zij de dokters niet begrijpt.

Aangekomen bij het kamertje, richt de eerste verpleegster zich tot de vader, al wijzend naar het kind: “*Eso es descuido de tu esposa!*”³

Ze gaan met hun betoog verder tegen de moeder: “hoe kun je dit laten gebeuren? Op het platteland zijn er ook dokters en alles is kosteloos.”⁴ Je moet nu beslissen of je de baby wil laten opnemen of niet. Kom op, *mamita*, zeg ‘ja’ of zeg ‘nee’, want ik kan er niet mee lachen, buiten staan er duizenden patiënten te wachten die hun kind willen laten helpen, we kunnen niet zomaar blijven



Foto 2: De ernstig zieke baby

wachten.” De oudere verpleegster doet iets vriendelijker en zegt in het Quechua dat de twee ouders even een moment alleen krijgen om te overleggen. Plots komt er een zeer jong meisje

³ Vrij vertaald: Dit is verwaarlozing door je echtgenote (‘s schuld).

⁴ De dokters gebruikten het woord ‘*campo*’ wat letterlijk ‘platteland’ of veld betekent, maar in dit geval een negatieve bijklank met zich meedraagt.

de spoedkamer binnen. Ze heeft haar kindje op dezelfde manier ingewikkeld. De verpleegsters leggen het op het bed, vouwen de doeken open en zien dat het kind een ernstige luchtwegeninfectie heeft en moet worden gereanimeerd. Ik vang een glimp op van paarskleurige beentjes en een bleek hoofdje...

Deze veldwerkervaring illustreert een aantal veel voorkomende problemen. Allereerst is de moeder thuis bevallen, zonder de hulp van een dokter. Toen het kindje ziek werd vertrouwden de ouders op de hulp van iemand die zich uitgaf als traditionele dokter. Hij raadde aan om het kind niet meer te voeden en de huid in te smeren met enkele plantenextracten. De baby ging snel achteruit en de ouders besloten in een uiterste wanhoopspoging af te reizen naar het vergelegen Centro Alto Pagador. Ze hadden te lang gewacht met een doktersbezoek, waardoor het kind in dit geval bloedvergiftiging had opgelopen en zwaar ondervoed was geraakt. Het Centro Alto Pagador kan in zo'n geval niets doen voor het kind omdat het niet het gespecialiseerde medische materiaal en de juiste medicatie in huis heeft. De dokters moesten een ambulance laten komen om de baby over te brengen.

De ouders wilden eerst niet met de ambulance mee, omdat ze de kosten van de rit niet konden betalen.⁵ Na aandringen van de verpleegster besloten ze toch mee te gaan. De baby was echter niet meer te redden. De vader gaf nadien aan dat ze niet eerder hulp hadden gezocht omdat hij bang was dat de kosten voor de reis te hoog zouden oplopen, ondanks dat de zorg in eerste instantie kosteloos zou zijn geweest. In dit trieste voorbeeld bemerkte men ook een moeizame communicatie tussen de moeder en de verpleegsters. De moeder spreekt Quechua, de vader kan een beetje Spaans. Toch krijgt de moeder de verantwoordelijkheid om het kind naar de dokter te brengen, zonder de hulp van haar man. Naast taalbarrières kan men dus ook een bepaalde gender rolverdeling tussen de ouders vaststellen.

De problemen die aan bod komen in deze scriptie, zijn deels te herleiden op cultureel historische achtergronden. Daarom zet ik de context van Bolivia uiteen in een historisch perspectief.

Sociale en politieke achtergrond van Bolivia

In Bolivia is doorheen de geschiedenis sprake geweest van sociale uitsluiting en discriminatie van de inheemse bevolking. De laatste decennia deed de overheid pogingen om de inheemse bevolking te betrekken bij de natie-staat. Ook begon men na te denken over het toekennen van

⁵ Normaalgezien kost een transfer met de ambulance ongeveer 100 *bolivianos* (dit is ongeveer 10 euro). De ambulancier vraagt niet altijd de volledige vergoeding, wanneer hij merkt dat de patiënten straatarm zijn.

meer sociale voorzieningen aan de inheemse burgers. President Evo Morales beloofde met zijn verkiezingen in 2005 een sociaal beleid te ontwikkelen dat deze sociale uitsluiting van de inheemse bevolking moet tegengaan en hen meer recht op sociale voorzieningen moet geven. Het sociale welzijn staat in vele landen in Latijns Amerika onder druk, door grootschalige armoede, extreme inkomensverschillen, vormen van discriminatie en sociale uitsluiting (Égido 2008). Vele conflicten in Bolivia hebben hun oorsprong in de sociale uitsluiting van de inheemse bevolking. Gedurende enkele eeuwen kon men spreken van institutionele sociale ongelijkheid door de Spaanse overheersers. De inheemse meerderheid had erg te lijden onder het geïnstitutionaliseerde racisme, niet alleen op economisch gebied, maar ook in de gebrekkige voorziening van sociale diensten, zoals onderwijs en gezondheidszorg (Égido 2008).

Vanaf de jaren negentig is er in heel Latijns Amerika een golf van inheems activisme ontstaan, om de onrechtvaardigheden aan de kaak te stellen. In Bolivia ijveren de inheemse boeren voornamelijk voor de grondwettelijke erkenning van Bolivia als een multiculturele natie-staat (Postero 2007: 1; Égido 2008; Sieder 2002: 1-3). Hun eisen werden geplaatst in het internationale mensenrechten discours.⁶ In 1994 werd aan hun claims tegemoetgekomen met een grondwettelijke hervorming, waarin het multi-etnische en pluriculturele karakter van de natie-staat Bolivia werd erkend (Ibid.). Dit komt doordat het dictatoriale regime in de jaren 90 mede door druk van inheemse bewegingen constitutionele hervormingen doorvoerde. Toch was de inheemse bevolking niet tevreden gesteld met de formele erkenning van de multiculturele samenleving, want de feitelijke uitsluiting van de *indígenas* bleef voortbestaan (Égido 2008). De *indígena* bevolking wil als volwaardig onderdeel van de samenleving beschouwd worden, waarbij ze onder andere kan genieten van een goede gezondheidsvoorziening.

Een theorie die een raakvlak heeft met formele erkenning en het in de praktijk brengen van die erkenning, is de burgerschapstheorie van T.H. Marshall en de daaropvolgende inzichten van theoretici en onderzoekers. De socioloog Marshall schreef in 1949 een essay, waarin hij drie rechten noemde die hij nodig achtte voor het verkrijgen van volwaardig burgerschap: civiele rechten, politieke rechten en sociale rechten. Hij beredeneerde dat sociale rechten nodig waren, naast politieke en civiele rechten, om de sociale ongelijkheden in de maatschappij op te lossen (Marshall & Bottomore 1992: 27 – 28). Verschillende theoretici die zich bezighouden met democratie en '*civil society*' hebben op basis van dit model een ideale vorm van liberaal burgerschap vooropgesteld, waarin 'rechthebbende' burgers als gelijken

⁶ De ILO Conventie 169 is de enige bestaande internationale wetgeving over inheemse rechten en wordt door verschillende inheemse activisten in Bolivia als instrument ingezet in hun strijd van erkenning.

kunnen participeren in politieke beslissingen (O'Donnell & Schmitter 1986; Habermas 1989; Avritzer 2002 in Postero 2007: 222). Volgens Nancy Grey Postero werd dit model de basis voor de meeste democratieën in het huidige Latijns-Amerika.

Critici, echter, spreken van een substantiële kloof tussen het ideale model en de uiteindelijke uitwerking ervan (Postero 2007: 222). Zoals Tom Bottomore opmerkt, moet Marshall's theorie tegen de achtergrond geplaatst worden van een "homogene Engelse samenleving in de naoorlogse periode" (Marshall & Bottomore 1992: 65). Brubaker maakt daarom een onderscheid tussen de begrippen 'formeel' en 'substantieel' burgerschap. De eerste term betekent 'lid zijn van de natie-staat'; de tweede term betreft de feitelijke inhoud van de civiele, politieke en sociale rechten in een natie-staat (Brubaker 1989, 1992 in Marshall & Bottomore 1992: 66).

In de Boliviaanse context betekent het formeel toekennen van burgerschapsrechten aan de inheemse bevolking nog niet een volwaardige insluiting en participatie in de natie-staat. Het begrip burgerschap moet worden geanalyseerd in een maatschappij, die wordt gekenmerkt door structurele ongelijkheden tussen inheemse burgers en *mestizos* (Postero 2007: 223-224).⁷ Zo geven een onderzoek van de Nederlandse Ambassade in Bolivia en een rapport van de Verenigde Naties aan dat er sprake is van een paradox, omdat de politieke erkenning van de *indígenas* samengaat met een groeiende armoede van de inheemse bevolkingsgroep (Rojas & Jetté 1999 en Mark M. Brown in UNDP 2004: 13).

Nochtans werd tijdens de jaren negentig een wet opgesteld om de inheemse bevolking ook werkelijk te betrekken bij de politiek van Bolivia. De '*Ley de Participación Popular*' (LPP), de 'wet voor meer burgerparticipatie', werd voorgesteld als hét paradepaardje van de democratische regering van Sánchez de Lozada (1993-1997) (Postero 2007: 224-225; Albro 2006: 392). De inheemse bevolking en Boliviaanse boerenleiders werden uitgenodigd om een actieve rol te spelen in gemeentelijke ontwikkelingen door deel te nemen in gemeentelijke overlegorganen, genaamd de 'Organizaciones Territorial de Base' (OTB's). De bevolking zou hiermee de mogelijkheid krijgen om economische en sociale rechten te claimen, zoals betere behuizing, schoner water, onderwijs en een goede gezondheidszorg (Jelin 1998; Dagnino 2003 in Postero 2007).

Postero laat in een studie naar actieve burgerparticipatie van de Guarini indianen in Bolivia zien, dat de eerdere vormen van racisme door de LPP-wet in een "multicultureel jasje"

⁷ *Mestizo* is een Spaanse term die is overgebleven na de kolonisatie en die verwijst naar de 'afstammelingen van Europese voorouders'. De *mestizos* in Bolivia hebben vaak een blankere huidskleur en behoren veelal tot de rijkere klasse.

werden gegoten en de elite nog steeds bevoordeeld werd. Critici beweren dus dat de wet bijdraagt aan de verdere uitsluiting van de indígena bevolking (Ibid. 224-225). Over de inheemse immigranten in Cochabamba schrijven Rojas en Jetté (1999: 25) dat het merendeel nog meer in de armoede terecht is gekomen. Omdat de sociale uitsluiting zo zichtbaar werd door het neoliberale beleid van de overheid en de LPP, begonnen de indígenas massaal te protesteren op nationaal niveau en groeide de steun voor de MAS partij (*Movimiento al Socialismo*) van Evo Morales.

Evo Morales maakte handig gebruik van de onderbuikgevoelens van de inheemse boerenbevolking in zijn verkiezingscampagne door zijn inheemse 'roots' te benadrukken en grote sociale veranderingen te beloven. Hij wil Bolivia's culturele diversiteit gereflecteerd zien in het grondwettelijke raamwerk en de institutionele totstandkoming van de staat Bolivia. Dit houdt de erkenning van collectieve inheemse rechten in (Égido 2008). Daarnaast sprak Morales openlijk over zijn bewondering en vriendschap met Hugo Chávez in Venezuela en Fidel Castro in Cuba. Hij beloofde plechtig hun sociaal beleid na te streven (Postero 2007: 230). Hij pleitte dus voor diep gravende institutionele veranderingen en beloofde een einde te maken aan de sociale ongelijkheden tussen de inheemse en niet-inheemse bevolkingsgroepen. Met deze verkiezingsbeloftes hebben veel inheemse burgers hun hoop op een beter leven gevestigd. Eind 2005 werd hij de eerste president van inheemse afkomst sinds de komst van de Spanjaarden vijfhonderd jaar geleden. Men had een aantal verwachtingen van Morales, in het bijzonder dat hij grote sociale veranderingen zou brengen voor de inheemse boerenbevolking.

De emancipering van de indígenas en de erkenning van de culturele diversiteit in Bolivia brengt ook nieuwe dilemma's met zich mee. Bijvoorbeeld in de organisatie van de gezondheidszorg. Is het al dan niet mogelijk om de traditionele geneeskunde tot de reguliere gezondheidszorg te laten behoren? Tijdens zijn verkiezingscampagne gaf Evo Morales al aan hoe belangrijk hij deze traditionele geneeskunde vond en beloofde hij trouw te blijven aan de gewoontes van de Andes. Hij vertelde onder andere hoe hij zijn jeugd in armoede had doorgebracht, dat vier van zijn broers en zussen stierven aan ondervoeding en dat ze vervolgens op een *curandera* (traditionele heler) moesten vertrouwen om zijn moeder te redden van ernstig bloedverlies bij zijn geboorte (Postero 2007: 227).

Daarom werd in 2006 een eerste serieuze poging gedaan om de traditionele geneeskunde meer ruimte te geven in Bolivia. Een onderministerie voor traditionele en interculturele gezondheidszorg werd opgericht, het '*el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*'. Dit ministerie past in een groots opgezet plan, *el Plan Nacional de Salud*,

om de gezondheidszorg in Bolivia aan te pakken (Choque et.al. 2008: 94). Maar hoe staat de reguliere geneeskunde tegenover de plannen van de president om de traditionele geneeskunde te integreren in de gezondheidszorg? En in hoeverre kan de traditionele geneeskunde nog geassocieerd worden met de inheemse etniciteit?

Morales wil met zijn plannen vooral de sociale uitsluiting in de gezondheidszorg tegengaan en hij wil het recht op gezondheidszorg voor iedereen garanderen.⁸ Enkele vragen wil ik doorheen de hoofdstukken beantwoorden. Hoe is het gesteld met het huidige gezondheidsbeleid? Worden er pogingen ondernomen om de huidige stand van zaken aan te pakken? De invloedrijke rechtse elite die het land in zijn greep houdt, lijkt soms sterker dan de idealen van president Evo Morales.⁹ Geniet de inheemse bevolking nu werkelijk van meer en betere sociale voorzieningen? Welke maatschappelijke processen zijn aan de gang op lokaal niveau? Hoe is de sociale inbedding van de gezondheidszorg op lokaal niveau? In de komende hoofdstukken zal ik hier een antwoord op geven.

Onderwerp en theoretische visie

Mijn onderzoek behelsde de vraag hoe ik de relatie tussen inheemse patiënten en dokters kon beschrijven en verklaren in een gezondheidscentrum in een arme buitenwijk van Cochabamba, Bolivia.¹⁰ In Bolivia zou het erg slecht gesteld zijn met de gezondheidszorg, vooral bij de inheemse bevolking. Volgens sommige onderzoeken is dit te wijten aan een slechte patient-dokter relatie. De dokters zouden zich zeer autoritair opstellen ten opzichte van de inheemse patiënt en geen respect tonen voor hun culturele achtergrond.¹¹ Dit was voor mij een aanleiding om deze concrete relatie van intermenselijke verhoudingen beter te willen begrijpen. Ik ging op zoek naar de mogelijke barrières tussen dokters en patiënten. Vooral het tweede deel van de vraagstelling, de verklaring voor de patiënt-dokter relatie, werd in de loop van het onderzoek steeds belangrijker.

Deze relatie onderzoeken, gaf een aantal verdere onderzoeksmogelijkheden. Een logische verklaring voor de barrières tussen de inheemse patiënten en de dokters, zou eerst en vooral te vinden zijn in de inheemse culturele achtergrond van de patiënten, die mogelijk conflicteert met de westerse geneeskunde van de dokters. Steeds meer onderzoekers die zich met

⁸ “Es un derecho fundamental que el estado garantiza” (Choque et.al. 2008: 94).

⁹ In Cochabamba ontsproten deze spanningen in januari 2007 tot een hevige opstand, waarbij extreemrechtse activisten de inheemse betogers met geweld in de kiem smoorden. De Spaanstalige documentaire ‘*democracia a palos*’ over deze geweldsuitbarsting en het groeiend rechts-extremisme doet hier verslag over.

¹⁰ Oorspronkelijke onderzoeksvraag: Hoe kan de relatie tussen inheemse patiënten en een gezondheidscentrum in Zona Sur beschreven en verklaard worden? (onderzoeksopzet februari 2008)

¹¹ Dit werd overigens nogmaals bevestigd tijdens het veldwerk, wanneer ik interviews afnam met overheidsfunctionarissen.

gezondheidszorg bezig houden, lijken een breder perspectief aan te nemen, waarbij de sociale en politieke context wordt meegenomen. Ze wijken bewust af van een visie die zich beperkt tot 'het zieke lichaam'. Volgens Scheper-Hughes en Lock moeten ziektes, psychisch leed en effectieve behandelingen niet alleen begrepen worden vanuit de 'cultuur' of de 'biologie' van de patiënt, maar vanuit de sociale en politieke relaties. Het inzicht dat sociale ongelijkheden 'belichaamd' kunnen worden, creëert een theoretische invalshoek waarmee de complexe relaties tussen individuele, maatschappelijke en politieke 'lichamen' kunnen worden begrepen (Scheper-Hughes & Lock 1987 in Miles & Leatherman 2003: 37).

Het was het thema van de 'sociale autopsie' uit een onderzoek van Erik Klinenberg dat me aansprak tijdens mijn eigen onderzoek. Klinenberg kwam achter de bredere maatschappelijke processen van in- en -uitsluiting, door het onderzoeken van dode lichamen na een hittegolf in Chicago. Door het kijken naar het (dis)functioneren van het lichaam, kon hij de bredere maatschappelijke processen afleiden. Hij formuleerde het als volgt: "*Fundamental social truths are written on the body*" (Klinenberg 2001: 122). Ziek zijn heeft niet alleen te maken met een slechte lichamelijke conditie, maar kan ook het resultaat zijn van politieke of economische uitbuiting.¹² Het (zieke) lichaam is dan de "*site and surface of essential but otherwise obscured social truths*" (Ibid.: 121). Ook Kathya Córdova, onderzoekster en projectleider van *South Group* - een onderzoeksinstituut dat zich bezighoudt met de ontwikkeling van de gezondheidssector in Bolivia - benadrukt het belang van een breder perspectief, wil men de gezondheidszorg verbeteren (Córdova 2008: 2).

Door in het veldwerk verklaringen te zoeken voor de dokter-patiënt relatie op lokaal niveau, kon ik het sociale karakter van de gezondheidszorg begrijpen en daarmee ook de bredere maatschappelijke processen zien. Het was in de loop van het onderzoek dan ook niet meer mogelijk om de barrières tussen dokters en inheemse patiënten los te zien van de relatie van de overheid met de wijkbewoners en het centrum. Waar ik in het onderzoek vertrokken ben bij (de lichamen van) de patiënten van het medisch centrum, ben ik uiteindelijk verder afgedreven van deze "*bodies*".

De Franse filosoof Michel Foucault sprak al eerder over hoe een bepaald gezaghebbend discours zijn invloed kan hebben op de mens (Baldwin et.al. 2004: 278-284). Foucault noemde dit: '*the disciplining of the body through power*'. In de scriptie volg ik deze '*downward reasoning*' van Foucault. Ik vertrek vanaf het bredere politieke perspectief en ik eindig uiteindelijk bij de barrières tussen de dokters en patiënten van het medisch centrum.

¹² Zie ook Lauris Mc Kee in: Koss-Chioino, Joan D. (2003), *Medical Pluralism in the Andes*

In deze scriptie ga ik dus de patiënt-dokter relatie in een gelaagde analyse weergeven. Vanuit wetenschappelijk oogpunt toont mijn scriptie de complexiteit en gelaagdheid van een interpersoonlijk contact ten opzichte van de historie, sociale context en beleidsvorming bij het vraagstuk. Ook kan deze scriptie bijdrage aan het inzichtelijk maken van het maatschappelijke probleem. In deze scriptie kunnen de actoren in het veld wellicht nieuwe handvaten vinden om het beleid doeltreffend te maken.

Veldwerk doen

“Un día cómo turista, ayer cómo doctor y ahora un paciente... ¿Qué estás haciendo?”

(Grappende dokter Diego in het Viedma ziekenhuis, terwijl ik met buikproblemen op het ziekenbed lig).¹³

Het onderzoek heb ik gerealiseerd van februari 2008 tot en met mei 2008 in het eerstelijns medisch centrum Centro Alto Pagador van Villa Alto Pagador, een wijk in het zuidelijk perifere gebied van de stad Cochabamba. Het gebied wordt voornamelijk bewoond door bewoners met een inheemse culturele achtergrond. Cochabamba is de hoofdstad van het departement Cochabamba, dat een centrale ligging heeft in Bolivia. Het centrum waar mijn onderzoek plaats vond is een klein medisch centrum, waar de patiënten terecht kunnen voor basisgezondheidszorg. Het is het eerste aansprekingspunt voor gezondheidszorg voor de bewoners uit de omliggende wijken.

De zorg die verleend wordt betreft algemene medische en ambulante hulp. Het takenpakket heeft betrekking op: algemene geneeskunde, familieplanning, zwangerschapscontroles, kraambedcontrole, controle van het gezonde kind, controle van het zieke kind, tandheelkunde, verpleegkunde en apotheek. Voor bijvoorbeeld bloedonderzoeken, echografieën en bevallingen moeten de bewoners naar een ander centrum of worden ze naar een ziekenhuis doorverwezen. In het centrum werken slechts drie vaste doktoren: de directeur van het centrum Dr. Luis F. Rojas Terrazas, Dr. Jorge Santa Cruz Bermudez (*Médico Cirujano General de Planta*) en Dra. Jaqueline Fernandez (tandarts). Ze worden bijgestaan door een verpleegster en verschillende stagiaires.

Het veldwerk stond me toe om de leefsituatie van de wijkbewoners en de werksituatie van de dokters in Bolivia te begrijpen. De hoofdmethodes voor het onderzoek waren participerende observatie en interviews (DeWalt & DeWalt 2002). Participerende observatie betekent

¹³ Vrije vertaling: ‘Op een dag kom je hier als toerist, gisteren was je hier als dokter en vandaag als patiënt, wat ben je toch aan het doen?’

letterlijk dat je door middel van te participeren observeert. Ik heb aan deze methode voldaan door de consulten van de doktoren te volgen, en ook deel te nemen aan de activiteiten van de doktoren en soms in het dagelijkse leven van de patiënten. Met dit gesprek begon mijn participerende observatie:

‘En zou ik ook zo’n doktersschort mogen dragen?’ , vraag ik enthousiast aan de directeur. Hij blijft roerloos achter zijn bureau zitten terwijl hij zich buigt over een patiëntendossier. ‘Ja doe maar,’ antwoordt hij bijna onverschillig, terwijl hij naar de patiëntendossiers staart. Ik ga verder: ‘En is het mogelijk om foto’s te maken tijdens consulten’? Hij kijkt me kort aan en zegt: ‘Ja, dat mag altijd... ik zal je trouwens dadelijk aan het personeel voorstellen’.¹⁴

Ik heb in de eerste fase van het onderzoek veel tijd in het centrum doorgebracht om vertrouwd te raken met de omgeving en de medewerkers. De werking van het gezondheidscentrum werd me al snel duidelijk, omdat het een klein centrum was, met slechts twee spreekkamers en weinig personeel. Hierdoor kon ik me vanaf de eerste onderzoeksdagen al focussen op de consulten. Ik heb daarbij gekeken naar verklaringen voor de belangrijkste barrières die een goede patiënt-dokter relatie in de weg stonden. Ik kon namelijk bij het eerste consult al zien dat sommige patiënten zich onwennig voelden bij de doktoren.

Zo zag een onderzoeksdag in het ziekenhuisje er uit. Ik kwam ’s ochtends vroeg aan in het centrum en begroette de medewerkers en de patiënten die reeds in de wachtzaal zaten. Daarna klopte ik bij één van de spreekkamers aan en vroeg of ik erbij kon komen zitten. Ik luisterde dan de hele ochtend naar verschillende consulten en ik stelde tussendoor vragen aan de dokters over wat ik zonet geobserveerd had. Alle observaties en gesprekken hield ik bij in een notitieboekje. Soms zette ik mijn recorder aan om het verloop van de consulten achteraf nog eens te kunnen beluisteren.

De tweede week van mijn onderzoek nam ik deel aan de nationale campagne tegen rabiës. Ik trok er enkele keren met de verplegers en de stagiaires mee op uit om van deur tot deur honden en katten te vaccineren. Ik ging ook mee naar de wijkschool om enkele lessen seksuele opvoeding bij te wonen. Door deel te nemen aan deze activiteiten in de wijk kon ik mij een beeld vormen van de woonsituatie van de mensen, de infrastructuur in de wijk en bovenal kennismaken met de wijkbewoners zelf.

¹⁴ Dit is een veldwerknootie van 18 februari 2008, Villa Alto Pagador.



Foto 3: Deelname aan het vaccinatieprogramma voor honden en katten tegen rabiës

Ik ben begonnen met informele gesprekken en ben pas in de laatste fase van het onderzoek interviews gaan doen met patiënten en dokters. Het zoveel mogelijk tijd doorbrengen met de ‘informanten’, maakte het mogelijk om een vertrouwensband op te bouwen. Om aan de ‘*informed consent-regel*’ te voldoen heb ik de respondenten op de hoogte gebracht dat ik onderzoek deed en dat zij ‘onderwerp’ van mijn onderzoek waren. Verder droeg ik in het ziekenhuisje altijd een naamkaartje, waarop stond: ‘*Carolina Janssens, Antropóloga*’. Wanneer ik een persoonlijk verhaal te horen kreeg, vroeg ik toestemming om datgene wat men mij verteld had te gebruiken in mijn scriptie.

Onderzoek doen in het centrum was één kant van de zaak. Om de situatie beter te begrijpen, heb ik ook met mensen gesproken die niet in het centrum werkten, maar wel actief zijn op het gebied van gezondheidszorg (onderzoekers, vertegenwoordigers van overheidsinstanties, studenten geneeskunde en wijkbestuurders). Hierdoor kreeg ik een beter idee van de structuren en programma’s die voor de bevolking werden opgesteld en die centraal stonden in mijn onderzoek.

Tijdens mijn onderzoek had ik te maken met enkele moeilijkheden. Een buitenlandse medische student maakte een keer de opmerking dat ‘Bolivia het land van stilzwijgen’ en ‘het land van roddels’ wordt genoemd. Het was ten eerste niet gemakkelijk om informatie van de patiënten te krijgen. Een groot deel van de patiënten sprak niet zo goed Spaans en was het niet gewend om geïnterviewd te worden. De kwestie van de taalbarrière had ik enigszins voorzien, door mijn vragen eenvoudiger te formuleren. Ik wilde vooral hun kant van het verhaal begrijpen, maar sommige patiënten leken zich bij mij onwennig te voelen, net zoals bij het contact met de dokters. Omdat ik zoveel in het medisch centrum was, gaven de observaties en de informele gesprekken tussen de consulten voldoende informatie. Een andere moeilijkheid was dat er af en toe werd geroddeld onder de werknemers, wat het moeilijker maakte om alle informatie naar waarheid in te schatten. Als laatste was het niet altijd gemakkelijk om de

gebeurtenissen van me af te zetten. De situatie van sommige patiënten was heel triest en sommige kinderen waren erg ziek. Het opschrijven van alle gebeurtenissen hielp

Opbouw

In hoofdstuk één geef ik een beeld van de gezondheidssituatie in Bolivia. Ik geef de inspanningen van de overheid op het gebied van de gezondheidszorg weer en ga daarna over op kritieken op het gevoerde beleid. In hoofdstuk twee zet ik de sociale context van de gezondheidssituatie van Villa Alto Pagador uiteen. Ik ga het hebben over een ruimtelijke tweedeling in Cochabamba, die lijkt te corresponderen met de sociaal etnische achtergrond van de bevolking. Daarnaast geef gaat dit tweede hoofdstuk over de problemen met de infrastructuur in de wijk en de structurele tekorten in het medisch centrum. In het laatste hoofdstuk worden de meest voorkomende barrières tussen dokters en patiënten belicht. Veel van de problemen, hebben hun oorzaak in datgene wat in de eerste twee hoofdstukken werd besproken. Tot slot volgt de conclusie.

Hoofdstuk 1 Gezondheidssituatie in Bolivia

Een stem schalt door de radio van de taxi-trufi.¹⁵ Ik hoor dat het overheidsproject PRONACS een aantal boeken zal publiceren met daarin richtlijnen hoe de dokters met hun patiënten moeten omgaan.¹⁶ De regels zouden wanpraktijken in een medisch consult moeten voorkomen (veldwerknootitie 25 maart 2008, Cochabamba).¹⁷

De overheid doet veel inspanningen om de patiënt-dokter relatie te verbeteren en de toegang tot de gezondheidszorg voor arme patiënten te vergroten. In onderzoeken van voorgaande jaren is gebleken dat de patiënt-dokter relatie erg te wensen overliet in Bolivia en dat er nood was aan overheidsprogramma's die de toegang tot medische zorg verbeterden (Djadda 2005). Voornamelijk inheemse patiënten voelden zich gediscrimineerd en slecht behandeld (Montes 1992). Daarnaast zouden de kosten voor de medische behandelingen niet in het bereik zijn van deze bevolkingsgroep. Ook stelde men vast dat er weinig medische centra op het platteland aanwezig waren, waardoor de medische zorg niet toegankelijk was voor de inheemse bevolking die voornamelijk op het platteland woonde (Cuéllar 2000). Het merendeel van de inheemse bevolking is de laatste jaren gemigreerd naar meer stedelijk gebied, waar meer en betere gezondheidszorg aanwezig zou zijn. Echter, door de migratie is de armoede van het platteland naar de stedelijke gebieden verschoven (Waquant 1999). In Cochabamba vestigden de inheemse migranten zich in de stadsrandgebieden, waar de gezondheidsvoorzieningen nog niet toereikend zijn.

In dit hoofdstuk zal ingegaan worden over de gezondheidssituatie in Bolivia en de worden de belangrijkste inspanningen belicht van de overheid om de gezondheidscijfers op te krikken. Daarna zet ik enkele veelgehoorde kritieken neer op de genoemde punten.

§1.1 Inspanningen van de overheid betreffende de gezondheidszorg

De gezondheidssituatie

Het gezondheidssysteem is onderverdeeld in vier subsectoren: publieke gezondheidszorg, sociale zekerheidszorg voor werknemers, private zorg en traditionele geneeskunde. De private zorg bevat zowel de nationale privésector als initiatieven van internationale hulporganisaties. In dit gevarieerde aanbod van gezondheidsvoorzieningen zijn ongelijkheden in de kwaliteit en

¹⁵ Taxi met een vaste route. Kosten voor een rit zijn dezelfde als een busrit, namelijk 1,5 *boliviano* (of 0,15 euro).

¹⁶ El Proyecto Nacional de Calidad en Salud. Pronacs is een overheidsproject dat in april 2008 twaalf handboeken publiceerde met werkwijzen voor gezondheidspersoneel om de kwaliteit van de zorg te controleren.

¹⁷ Dit werd bekendgemaakt op 25 maart 2008, Cochabamba.

de prijs van de aangeboden zorg. Uit cijfers blijkt dat zevenentwintig procent van de bevolking gebruik maakt van de sociale zekerheidsziekenhuizen en dertig procent afhankelijk is van de publieke gezondheidszorg. Tien procent van de bevolking wil medische zorg uit de privésector. Dit betekent dat dertig procent van de bevolking geen toegang vindt tot de gezondheidsdiensten. Men doet dan bijvoorbeeld beroep op de traditionele geneeskunde.

De publieke gezondheidsdiensten zijn georganiseerd in ‘*Redes de Salud*’¹⁸. Er zijn vier bestuursniveaus die zich buigen over drie zorgniveaus.¹⁹ In Bolivia bestaan bij benadering 100 (private en publieke) ziekenhuizen met gespecialiseerde zorg, 240 tweedelijns centra met basis specialisaties en ongeveer 3000 eerstelijns zorgcentra, waar patiënten basiszorg kunnen genieten (Opini3n, 30 maart 2008). Afhankelijk van de zorgbehoefte van de bevolking bepaalt de overheid waar een ziekenhuis komt en waar een medisch centrum komt (OPS 2004: 7). Zo heeft de gemeente beslist dat in Villa Alto Pagador plaats was voor een eerstelijns gezondheidscentrum. Uit de volgende hoofdstukken zal blijken dat met de bevolkingsbehoefte niet altijd rekening wordt gehouden. Zo moeten de dokters in het centrum veel meer pati3nten bedienen dan de capaciteit van de dienst mogelijk maakt.²⁰

De traditionele geneeskunde kom je bijna overal tegen in het dagelijks leven. Op marktjes of langs drukke wegen ziet men wel eens een vrouwtje een kar voortduwen met medicinale drankjes. Op markten worden dan weer allerlei verschillende kruiden verkocht. In de *flotas* naar de grote steden komen soms mannen in sober uitzierende maatpakken medicinale drankjes verkopen.²¹ Deze mannen zouden bevoegd zijn door ‘*la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional*’ (SOBOMETRA) om hun medicinale poedertjes te verkopen. Een keer zat ik zelf in een dergelijke bus op weg naar La Paz.²² Onderweg stapte een man op die zakjes met medicinale poeders verkocht. Het poeder was op te lossen in water en zou helpen tegen allerlei kwaaltjes, zelfs maag- of darmontsteking. Ik kreeg van hem een boekje met daarin enkele recepten voor natuurlijke medicijnen. Naast de rondtrekkende verkopers, zijn er ook heel wat medicinale helers die een eigen praktijk hebben in Bolivia.

Ten aanzien van de verschillende problemen die de gezondheidssituatie in Bolivia aantoont, bestaat de noodzaak om de principiële problemen en de meest kwetsbare groepen te identificeren. De groep die het meeste risico loopt is die van moeders met kinderen jonger dan vijf jaar (Iriarte 2008: 13). De toegankelijkheid van ziekenhuizen en medische centra is een

¹⁸ Vrij vertaald: Gezondheidsnetwerken of gezondheidsafdelingen

¹⁹ In de bijlage is een organigram toegevoegd van het Centro Alto Pagador, waarin deze bestuursniveaus vermeld staan.

²⁰ Hiermee wordt verwezen naar: o.a. personeel, medische instrumenten, medicijnen en aantal spreekkamers

²¹ Flota’s zijn langeafstandsbussen die tussen de verschillende departementen rijden.

²² SOBOMETRA is gelieerd aan het Ministerie van Gezondheid.

algemeen probleem in Latijns Amerika. Een rapport van de Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie uit 2002 stelt vast dat 20 tot 25 procent van de Latijns-Amerikaanse bevolking geen permanente toegang heeft tot medische diensten. Volgens Iriarte zouden vele vrouwen met zwangerschapscomplicaties wegens geldgebrek niet naar de medische centra afreizen om te bevallen. Vrouwen die wel naar een medisch centrum gaan, kunnen soms niet geholpen worden door een tekort aan personeel of medische instrumenten (Iriarte 2008: 29).

Een probleem is ook het aantal bevallingen bij adolescenten en het grote aantal kinderen per gezin. Bij elke 1000 bevallingen in Bolivia, zijn er 81 afkomstig van jongeren. Het regelen van de vruchtbaarheid is volgens Antonio Hinojosa (Escóbar 2003) belangrijk, omdat daarmee ook de moedersterfte wordt teruggedrongen. Echter, het thema van familieplanning lijkt nog steeds een taboe in Bolivia (Iriarte 2008: 14 – 15). De consulten voor familieplanning, zwangerschapscontrole en nazorg zouden in de medische centra continu moeten zijn, maar de dokters bemerken dat nog maar weinig vrouwen de centra opzoeken.

Het kindersterftecijfer is een indicator van de gezondheidssituatie van een land. Kindersterfte vormt een groot probleem in Bolivia. Het gemiddelde cijfer van kindersterfte in Cochabamba ligt op 74 voor elke 1000 geboren (INE 2004). In enkele zones ligt dit cijfer tussen 94 en 109 gevallen per 1000 geboortes (PCI 2008).²³ Sommige moeders bezitten geen ‘*carnet de salud infantil*’, omdat men nooit met hun kind naar de dokter gaan.²⁴

De hoge kindersterfte in Bolivia wordt voornamelijk veroorzaakt door ziektes die te voorkomen zijn en die dokters in een vroeg stadium relatief eenvoudig kunnen behandelen. Dit probleem werd me meermaals duidelijk tijdens het veldwerk. Verschillende malen was ik bij een consult aanwezig waarbij de dokter moest vaststellen dat een kind erg ziek was en een ziekenhuisopname noodzakelijk was, terwijl de ziekte bij vroegtijdige raadpleging gemakkelijk te genezen of te voorkomen was geweest. Een ambulance moest het kind vervolgens naar het ziekenhuis brengen, omdat de dokters in het medisch centrum niet over de nodige middelen beschikten om het kind verder te helpen.

De berichtgeving van lokale kranten laat ook verontrustende cijfers zien. In de krant ‘*Los Tiempos*’ stond dat 80 van de 100.000 bewoners in het departement Cochabamba een besmettelijke vorm van tbc heeft. Elk jaar komen er 1.300 tot 1.500 nieuwe patiënten bij. Cochabamba heeft daarmee de derde plek in rang, na La Paz en Santa Cruz, waar de meeste

²³ Cochabamba heeft een hoger kindersterftecijfer dan het nationale gemiddelde. De laatste veertien jaar is de kindersterfte nochtans met de helft gehalveerd in het land. In 1989 lag de peutersterfte nog op 120 per 1000 levend geboren, terwijl dit in 2003 daalde naar 54 peutersterfgevallen per 1000 levend geboren. (Een onderscheid is gemaakt tussen kindsterfte van pasgeborenen, peuters, kleuters en kinderen tot 5 jaar in de statistieken.) Voor een overzicht van de kindsterfte zie INE 2004.

²⁴ Dit is een ‘boekje’ met de medische gegevens van een kind.

tbc patiënten zijn (Los Tiempos, 25 maart 2008). Een dag later las ik in diezelfde krant dat in Cochabamba dagelijks 20 patiënten de medische centra opzoeken voor verzorging van een honden- of kattenbeet om het risico op rabiës uit te sluiten. In Cochabamba alleen al, zijn er ongeveer 200.000 honden en ongeveer 20.000 katten, die vatbaar zijn voor de ziekte en de gezondheid van de stedelingen in gevaar brengen (Los Tiempos, 26 maart 2008).

Verschillende inspanningen

Deze situatie is ernstig en de overheid wil de problemen het hoofd bieden. Eén van de oplossingen die zich heeft voorgedaan heeft geleid tot de aanwezigheid van buitenlandse medici in Bolivia. Tijdens de vier maanden van mijn onderzoek werd het *chagas*-programma van Artsen Zonder Grenzen (AZG) in ‘*La Zona Sur*’ uitgevoerd.²⁵ Het AZG artsen team in Centro Alto Pagador kwam uit Argentinië. Patiënten Dagelijks boden zich aan in het centrum, die zich door geldgebrek of onwetendheid normaal gezien niet hadden laten behandelen, maar zich nu dankzij een gratis gezondheidsprogramma konden laten helpen. Het *chagas* programma werd gefinancierd door Artsen Zonder Grenzen. De medicijnen voor het bestrijden van *chagas* zijn normaal kostbaar, maar het programma van AZG financierde de behandeling van de patiënten. Tweemaal per week kon het team gebruik maken van de medische faciliteiten. De Argentijnse arts José-Luis zag dat er veel medisch materieel ontbrak, waardoor de dokters de patiënt niet goed konden helpen. Hij zag een link tussen de relatie patiënt-dokter en de hoeveelheid medisch materiaal in een medisch centrum. José-Luis, had een goede relatie met de patiënten van Alto Pagador sinds hij gratis medicijnen naar de wijk bracht om de met *chagas* besmette patiënten te genezen.

Een thema waar ik tijdens mijn veldwerk op stuitte, was het samenwerkingsakkoord tussen Bolivia en Cuba. Het akkoord is een oplossing van de overheid om de slechte gezondheidstoestand van de Boliviaanse bevolking aan te pakken. Het akkoord laat Cubaanse dokters toe om eigen ziekenhuizen op te richten in Bolivia en om medische instrumenten en geneesmiddelen te doneren. Deze hulp biedt Cuba niet alleen in Bolivia aan, maar ook aan andere landen met een serieuze onderontwikkelde medische infrastructuur. De hulp van Cuba aan Bolivia begon in 1982, na de democratisering van Bolivia. In de jaren daarop (1985, 1987

²⁵ De ziekte van Chagas is een acute (meestal kinder-)ziekte die voorkomt in Centraal- en Zuid-Amerika. De ziekte van Chagas wordt meestal overgedragen op de mens door (bloedetende) insecten, via bloedcontact of langs de congenitale weg (moederfoetus contact). Koorts, zwellingen van huid en lymfeklieren hart- en hersenafwijkingen zijn kenmerkend. In 10 procent van de gevallen leidt de ziekte tot de dood. Belangrijk is de bestrijding van de ziekteverspreiders met insecticiden, een goede hygiëne en zuiver drinkwater zo nodig aangevuld met een passend middel tegen de Trypanosoma parasieten (www.gezondheidsplein.nl).

en 1989) schonk Cuba drie complete kinderziekenhuizen aan Bolivia. Sindsdien blijft Cuba medici sturen naar de Cubaans-Boliviaanse klinieken.

Een tweede grote stap om de gezondheidszorg aan te pakken was de decentralisering van de gezondheidszorg. In 1994 werden onder de MNR regering van Goni Sanchez de Lozada de ‘*Ley Decentralización Administrativa*’ en de ‘*Ley Participación Popular*’ (LPP) ingevoerd (Klein 2003: 261). De eerste wet betreft de gedeeltelijke overdracht van de centrale macht naar de lokale gemeenschappen, zodat deze meer zeggenschap krijgen. In theorie creëert de LPP meer zeggenschap voor alle burgers, dus ook voor de inheemse bevolking. Volgens Ledo García zijn deze wetten een manier om de armen in een neoliberale staat te betrekken om zo hun problemen van armoede en marginaliteit op te lossen (2002: 181). Omdat de LPP de financiële middelen en de taken overdraagt aan de gemeentes, spelen de wijkcomités (OTB’s)²⁶ een belangrijke rol (Goldstein 2004, Kieboom 2007). Zij moeten zorgen dat de middelen worden uitgegeven aan prioriteiten binnen de wijk (Ledo García 2002: 181). Om te coördineren tussen de gemeentes, de OTB’s en de lokale gezondheidsmedewerkers, werd een lokale afdeling van gezondheidszorg opgericht (DILOS).²⁷ Hier komen OTB vertegenwoordigers en gemeentefunctionarissen regelmatig samen om te beraadslagen over problemen die zich voordoen in de gezondheidszorg op lokaal niveau en nemen zij nieuwe beslissingen.

Een derde en meest belangrijke inspanning om de toegang van de gezondheidszorg voor de arme bevolking mogelijk te maken is de SUMI-wetgeving uit 2002 (Durain 2007, Iriarte 2008: 14-15). Deze wet garandeert gratis basisgezondheidszorg voor kinderen tot vijf jaar. Zwangerschapscontroles, bevallingen en nazorg voor de moeders tot 6 maanden na de bevalling worden eveneens gefinancierd door de overheid. De SUMI-wetgeving werpt zijn vruchten af. De laatste jaren is het aantal consulten voor vrouwen met kinderen in de gezondheidscentra enorm gestegen (Iriarte 2008: 14-15).

Naast het verkleinen van de financiële barrière voor moeders en jonge kinderen, organiseert de overheid ook verschillende gezondheidsprogramma’s om in het hele land bepaalde ziektes aan te pakken, of de gezondheidssituatie te verbeteren. De gezondheidsprogramma’s zijn ook bedoeld om de bevolking grootschalig voor te lichten. Tijdens mijn veldwerkperiode



Foto 4: Poster ter ere van de ‘mondiale dag tegen TBC’

²⁶ OTB: Organización Territorial de Base

²⁷ DILOS: Directorio Local de Salud

werden drie gezondheidsprogramma's uitgevoerd: het tuberculoseprogramma, het rabiësprogramma en het vaccinatieprogramma. Bij elk programma voorziet de overheid informatiecampagnes, waarbij ook posters in de verschillende medische centra worden opgehangen met uitleg over de oorzaak en de behandelingen van de ziektes. De posters bevatten duidelijke tekeningen, foto's en begrijpbare informatie.

Om ook die bevolkingsgroepen van medische zorg te voorzien die niet naar de reguliere gezondheidsdiensten gingen, werd in 2006 een onderministerie van Inheemse Gezondheidszorg in het leven geroepen, het '*Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad*'. Het heeft de als doel de traditionele geneeskunde te herwaarderen en de interculturele geneeskunde in de praktijk mogelijk te maken (Website Viceministerio). Daarom stimuleert het ministerie het gebruik van medicinale planten bij de bevolking en stelt ze handelwijzen voor de dokters op, om met de culturele verschillen van hun patiënt om te gaan.²⁸ Ze wijt de lage opkomst van de inheemse patiënten aan de dokters in de centra, die volgens het ministerie, te weinig rekening houden met de wensen van de inheemse patiënt en hiermee een discriminerende houding aannemen. Vele vrouwen in La Paz, bijvoorbeeld, willen liever thuis bevallen omdat ze niet in een gynaecologische stoel willen liggen voor een bevalling. Ze willen het liefst zo discreet mogelijk onderzocht worden, in een donkere kamer, waar ze rechtop kunnen staan. Omdat de dokters niet aan deze wensen willen voldoen, komen deze vrouwen niet meer naar de medische centra.²⁹ Het feit dat de inheemse geneeskunde op een plek kan rekenen binnen de nationale gezondheidszorg, betekent dat de inheemse geneeskunde een punt is geworden op de politieke agenda.

§1.2 Wat gaat er mis in het huidige beleid

Ondanks de inspanningen van de overheid om de gezondheidstoestand van de bevolking te verbeteren en de toegang tot de centra te vergemakkelijken, heb ik tijdens mijn veldwerk ook kritiek te horen gekregen over de aanpak van de overheid. Sommige mensen spraken van echte misstanden. In deze paragraaf wil ik de kritieken op bovengenoemde inspanningen uiteenzetten.

²⁸ Interview met een vertegenwoordigster van het 'viceministerie van Traditionele en Interculturele Gezondheidszorg', La Paz, 7 april 2008.

²⁹ Ibid.

Ineffectieve decentralisatie

Bolivia zette in 1994 een ambitieus decentralisatieprogramma op touw dat het mogelijk maakte om de gemeentes zelf te laten bepalen waar het gezondheidsbudget aan werd uitgegeven. In eerste instantie lijkt het decentraliseringmodel van Bolivia wat Seyla Benhabib noemt: een ‘deliberatief democratisch model’ (Benhabib 2002). Dit wil zeggen dat de burgers mee kunnen beslissen over een besluitvorming die op hen van toepassing is. Maar is de gezondheidszorg wel verbeterd onder de decentralisering? Wordt er nu ook echt geluisterd naar de burgers?

Lesley Gill, antropologe en Bolivia kenner, stelt dat de oorzaak van de slecht functionerende ziekenhuizen juist ligt bij de neoliberale hervormingen uit 1985 en de daaropvolgende decentralisering van de gezondheidszorg (2000: 26). Door deze hervormingen voelde de staat zich steeds minder verantwoordelijk voor de toekenning van sociale diensten aan zijn burgers. Ook Kathya Córdova vindt dat het decentraliseringprogramma van de overheid haar vruchten niet heeft afgeworpen (2008: 5).³⁰

In een onderzoek naar de resultaten van decentralisatie stellen de auteurs vast dat in sommige gebieden in Bolivia de bestuursorganen niet bekwaam genoeg zijn om met de vrijgekomen beslissingsruimte om te gaan (Bossert, e.a. 2000a). De participatie van de wijkbesturen in Bolivia laat zich vooral zien in projecten die het minst noodzakelijk, maar wel meteen zichtbaar zijn voor de bevolking, zoals het aanleggen van voetbalveldjes en parkjes (Córdova 2008: 5).

Daniel Illanes Velarde erkent het probleem: “We zouden vrije toegang moeten hebben tot de gemeenteraad, we zouden in de wijkraad moeten zitten, maar dat doen de mensen niet. Je hebt hiervoor mensen nodig met voldoende educatie, die van aanpakken weten. Een goede werking van een OTB hangt af van leiders met veel motivatie om verandering te brengen”.³¹ Het onderzoek laat zien dat geen enkele Boliviaanse gemeente in 1996 de extra geldmiddelen aan gezondheidszorg besteedde (Bossert, e.a. 2000b: 41). Hoogstnoodzakelijke projecten in de gezondheidszorg zijn over het algemeen niet meteen zichtbaar en worden daarom niet gemakkelijk goedgekeurd door de bevolking. De OTB’s zijn volgens Ledo García (2002: 182) veranderd in politieke organisaties die eigen belangen nastreven bij een bepaalde interventie. Wanneer een OTB niet goed functioneert, zoals in Alto Pagador, en vervolgens geen goede communicatie bestaat tussen de OTB en DILOS, dan voelen de bewoners en de dokters zich

³⁰ Politiek econome en onderzoekster bij ‘South Group’. Tevens editor van het boek ‘Salud Comunitaria en Bolivia, Desafíos hacia la Equidad’ (2008).

³¹ Interview met Daniel Illanes Velarde, bestuurshoofd van SEDES, Cochabamba, 25 april 2008.

aan hun lot overgelaten. Volgens dr. Luis Rojas, verloopt de communicatie tussen het centrum en de OTB's in Alto Pagador heel slecht omdat de leiders hun eigen positie belangrijker lijken te vinden, dan de vooruitgang van de wijk. De directeur kon bijvoorbeeld geen vergaderingen organiseren met de OTB leiders over de toestand van het centrum, omdat de twee een onderling conflict hadden.³² Protesten en stakingen van de gezondheidsdiensten om de wijkproblemen bij de overheid kenbaar te maken, lijken de problemen in 'Zona Sur' niet op te lossen. De burgemeester van Cochabamba maakte de directeur van 'Centro Alto Pagador' meermaals duidelijk hij geen geld ter beschikking had om de wantoestanden in het zuiden van de stad aan te pakken.

Onvolledige programma's

Een aantal auteurs vindt dat de overheid niet genoeg kijkt naar factoren buiten de gezondheidszorg om de gezondheid van de bevolking te verbeteren. Kathya Córdova spreekt van een eenzijdige visie (Córdova 2008: 3-5). Om een gezondheidstoestand in een land aan te pakken, moet men niet alleen de medische diensten verbeteren, maar ook de levenssituatie van de arme bevolking (kwaliteit van het onderwijs, woningbouw, wegenaanleg, ...). Steeds meer mensen leiden een armoedig bestaan en dit heeft invloed op de gezondheidstoestand in Bolivia.

De overheid heeft op het gebied van gezondheidszorg steeds de medische verzorging of medische preventie centraal gesteld. Dit noemt zij de "*salud-salud*" benadering (Córdova 2008: 2). Een voorbeeld hiervan is dat kinderen op school tijdens de hygiënelessen leren om hun handen met water te wassen voor elke maaltijd en gekookt water moeten drinken. Deze lessen houden echter geen rekening met het feit dat een bevolkingsgroep geen drinkbaar water heeft en als enige waterbron de rivier gebruikt. Men zou de bevolking veel beter kunnen helpen als men ook kijkt naar de leefomstandigheden van de bevolking (Córdova 2008: 2-3).

Een ander voorbeeld gaat over het SUMI programma. De gender ongelijkheid is volgens Hinojos (Escóbar 2003) de oorzaak van de vele tienerzwangerschappen in Bolivia. Het SUMI programma zal niet werken, zolang vrouwen niet zelf kunnen beslissen over hun vruchtbaarheid. Desirée Montajo stelde een jaar na de SUMI-wetgeving vast dat niet de gehele bevolking adequate toegang heeft tot de gezondheidscentra. Een bewijs hiervan is het geringe aantal vrouwen tussen tien en vijftien jaar dat dagelijks op consult komt voor anticonceptie, terwijl dit consult geheel gratis is (Escóbar 2003). Ook onderzoekster Iriarte

³² Interview met Luis-Rojas, directeur en hoofddokter Centro Alto Pagador, Villa Alto Pagador, 27 maart 2008.

noemt het alarmerend dat niet alle vrouwen gebruik maken van de gratis diensten (2008: 14-15). In hoofdstuk drie ga ik verder in op de gender ongelijkheid tussen partners in Villa Alto Pagador. Om met de SUMI regeling de toegang tot de medische centra te verbeteren, zal de overheid ook oplossingen moeten aandragen om de discriminatie van vrouwen door sommige mannen tegen te gaan. Onderwijs kan voor Hagens de oplossing zijn om te breken met de gender ongelijkheid (2008: 11).

Jessica Toledo deed tijdens haar medische stageperiode onderzoek naar de effectiviteit van de tbc programma's in Bolivia. Tijdens haar onderzoek in Centro Alto Pagador, stelde Jessica vast dat de programma's vele fouten bevatten, waardoor ze uiteindelijk niet effectief zijn.³³ Volgens Arnold Hagens moeten we rekening houden met de gezondheidsproblemen die sinds lange tijd bestaan en hun oorzaak hebben in bepaalde levensomstandigheden en gewoontes (2008: 11). Verschillende aandoeningen, bijvoorbeeld diarree, kunnen veroorzaakt worden door een gebrek hygiëne. Voor vele armere mensen zijn deze aandoeningen iets waar ze regelmatig mee te maken krijgen of zelfs chronisch last van hebben.

Het is heel moeilijk om deze ziektes aan te pakken, zegt Hagens, zolang er in bepaalde wijken sprake is van een gebrek aan basisvoorzieningen, zoals water en een goede afvoer. In Villa Alto Pagador hebben de dokters dagelijks te maken met patiënten met chronische darmproblemen of luchtwegeninfecties. De dokters kunnen de patiënten wel aanraden om zich dagelijks te wassen, maar de meeste bewoners van Alto Pagador kunnen het water niet betalen omdat het aangeleverd wordt door privébedrijven. De ziekte van *chagas* kan wel bestreden worden door een Artsen Zonder Grenzen, maar veel belangrijker is de bestrijding met schoon drinkwater en een goede hygiëne. De slechte wijkvoorzieningen spelen immers een grote rol in de ontwikkeling van ziektes. De artsen zijn erg blij met de campagnes en extra medicijnen, maar langs de andere kant zijn ze gefrustreerd omdat de overheid niets doet om de wijkproblemen aan te pakken.

Aanhoudende werkloosheid, slechte voorzieningen in ziekenhuizen en niet-functionerende scholen zijn gevolgen van het neoliberale beleid. De oneerlijke en schaarse watervoorziening in Cochabamba maakt dat mensen in het zuidelijke perifere stadsgebied veel kwetsbaarder zijn voor ziektes, dan de mensen in het noorden van Cochabamba (Assies 2003).³⁴ In hoofdstuk twee ga ik in op de wijkproblemen van Villa Alto Pagador en de infrastructurele problemen van het medisch centrum 'Centro Alto Pagador'. Ondanks de inspanningen van de overheid is de moeder- en kindersterfte nog steeds alarmerend en duiken nieuwe ziektes, zoals

³³ Informeel gesprek met Jessica Toledo, Cochabamba, 16 mei 2008.

³⁴ In hoofdstuk twee zal ik ingaan op de watervoorziening en slechte infrastructuur van Alto Pagador.

AIDS en overgewicht op. Er moet voortdurend gewerkt worden aan nieuwe oplossingen (Hagens 2008 & Córdova 2008).³⁵

In Cochabamba lijkt de gezondheidszorg niet rechtvaardig verdeeld te zijn onder de bevolking. In verschillende onderzoeken kan je lezen over de verschillen tussen gezondheidszorg in stedelijke en plattelandsgebieden. In de steden is het aanbod van gezondheidszorg groter dan op het platteland. Echter, in de onderzoeken houdt men geen rekening met pre-urbane of perifere stadsgebieden. Villa Alto Pagador bevindt zich in dichtbevolkt woongebied met een arme bevolking, en toch is er niet voldoende gezondheidszorg. De kwaliteit van de zorg lijkt dus niet alleen af te hangen van de woonplaats, maar ook van de sociaaleconomische achtergrond van de bewoners (Córdova 2008: 2). Bij de toewijzing van zorgcentra in een wijk, zou worden gekeken naar bevolkingsaantal en de al aanwezige zorgcentra.

Uit mijn bevindingen blijkt dat de toezegging van centra per bevolkingsaantal niet rechtvaardig gebeurt. Het zuidelijke gebied van Cochabamba heeft een hoge bevolkingsdichtheid, maar de overheid lijkt het gebied niet te erkennen als zijnde stedelijk gebied. Als gevolg krijgt het zuiden van de stad minder gezondheidsvoorzieningen (medische centra, personeel, medische instrumenten, medicijnen).

Vier vijfdejaarsstudenten geneeskunde uit Brazilië en Chili vertelden me over de tekortkomingen in de medische diensten van 'La Zona Sur'.³⁶ Camilo zei me dat hij, tijdens zijn 'plattelandsstage', als enige dokter in het hospitaaltje moet werken en tevens de administratie moet bijhouden.³⁷ Hij heeft intussen al verschillende keren geklaagd bij SEDES over het tekort aan materiaal en personeel in het centrum. Daarnaast is hij als dokter in opleiding verantwoordelijk voor de verzorging van alle inwoners.³⁸ Een andere student haakte in over het tekort aan materiaal in zijn stagecentrum. Vaak is hij verplicht materiaal te hergebruiken om mensen te helpen. In het zuiden van de stad, waar de leefomstandigheden erbarmelijk zijn, is er veel meer nood aan medische zorg. In hoofdstuk twee ga ik verder in op de leefsituatie van de bewoners in 'La Zona Sur'.

³⁵ Dit werd ook gezegd in een interview met dokter Luis Rojas, 27 maart 2008, Villa Alto Pagador.

³⁶ Het Ministerie van Gezondheidszorg wou er niet op ingaan, maar in Bolivia studeren erg veel buitenlandse studenten geneeskunde. Op de Univalle universiteit in Cochabamba, komt 90 procent van de studenten geneeskunde uit het buitenland, voornamelijk uit Brazilië (gesprek portier Univalle Universteit).

³⁷ Tijdens hun geneeskunde opleiding moeten studenten drie maanden stage doorlopen op het platteland. Dit wordt de 'plattelandsstage' genoemd.

³⁸ El Servicio Departamental de Salud

De Cubaanse aanwezigheid

In het eerste deel van het hoofdstuk heb ik verteld over de oplossing van de Boliviaanse overheid om Cubaanse dokters medische hulp aan te bieden in Bolivia. Het akkoord lijkt ook een problematische kant te hebben. Julie M. Feinsilver doet al enkele jaren onderzoek naar de aanwezigheid van Cubaanse dokters in Bolivia. Zij noemt de hulp van Cuba aan Bolivia een vorm van ‘medische diplomatie’ (Feinsilver 1993: 174), terwijl sommige Boliviaanse dokters spreken van een ‘Cubaanse dreiging’. In deze paragraaf wil ik uitleggen waarom de dokters dit zo ervaren.

De kritiek op de aanwezigheid van Cubaanse dokters in Bolivia ging voornamelijk over het feit dat de Cubaanse dokters de relatie tussen de Boliviaanse dokters en hun patiënten lijken te verstoren. Van mijn respondenten kreeg ik wel eens te horen dat de Cubaanse dokters veel gemakkelijker beschikbaar zijn en dat ze liever daarheen gaan.³⁹ De Boliviaanse dokters hebben veel twijfel over het gemak waarmee de Cubanen geneesmiddelen uitdelen en hebben soms het vermoeden dat de Cubanen geen echte dokters zijn, omdat ze op medisch gebied soms niet correct handelen.⁴⁰ Bijvoorbeeld: Op een bepaald ogenblik kwam een inheemse vrouw het centrum binnen, haar schort gevuld met een tiental flesjes penicilline. Vrijwel meteen ontstond een discussie tussen de vrouw en dokter Luis Rojas omdat de vrouw absoluut ingespoten wou worden met penicilline, terwijl dokter Luis Rojas de noodzaak van het gebruik van penicilline voor een dergelijke verkoudheid niet inzag en overigens niet kon begrijpen dat de Cubaanse dokters een grote voorraad van het middel meegaven met de vrouw, zonder voorschrift.

Het conflict heeft veel te maken met de onmacht van de Boliviaanse dokters om hun patiënten te helpen door het gebrek aan medisch materieel en het feit dat de Cubaanse gezondheidswerkers blijkbaar wel over deze middelen beschikken.⁴¹ Maar het is niet alleen zo dat de Cubaanse dokters meer medische middelen ter beschikking hebben in de ‘Cubaanse’ ziekenhuisjes. Het lijkt erop dat de Cubaanse dokters meer en beter beschikbaar zijn voor de Boliviaanse patiënten. Ten eerste gaan de Cubaanse artsen op plekken werken waar veel arme mensen wonen en de Boliviaanse dokters nooit zouden werken, ten tweede maken de Cubaanse dokters van de huisbezoeken een dagelijkse routine en ten derde zijn ze altijd gratis beschikbaar.

³⁹ Interview met Luis-Rojas, directeur en hoofddokter Centro Alto Pagador, Villa Alto Pagador, 27 maart 2008 en Kathya Córdova, onderzoekster bij ‘South Group’, Cochabamba, 24 april 2008.

⁴⁰ Ibid. en informele gesprekken met dokters in het Viedma ziekenhuis, Cochabamba, 28 april 2008.

⁴¹ Hiermee wordt bedoeld: medicatie, medische apparatuur, een goede medische infrastructuur en medisch personeel.

Via de dokters uit Alto Pagador en andere interviews weet ik dat de Boliviaanse dokters hun werkgebied niet kunnen uitkiezen omdat de overheid die bepaalt. De dokters mogen (en kunnen door het weinige personeel en het grote patiëntenaantal in Centro Alto Pagador) geen huisbezoeken afleggen (uitzonderlijk bij een spoedgeval). Verder mogen de dokters volgens een norm van twintig jaar geleden niet meer dan zes uur per dag werken, met de regel dat twaalf uur door het personeel benut moet worden aan bijscholingsactiviteiten. Van deze zes uur blijft er in Centro Alto Pagador slechts 4.5 uur over om de patiënten effectief te helpen, omdat de dokters de rest van de tijd moeten spenderen aan het vele papierwerk (interviews met medewerkers uit Centro Alto Pagador, ministerie van Gezondheid en SEDES personeel).⁴² Het decreet bepaalt dat het personeel zes uur moet worden, dus van 08.00u tot 14.00u of van 14.00u tot 18.00u. Dit uurrooster produceert problemen met de bevolking omdat de uren vaak niet gunstig vallen. Mijn vaststellingen werden bevestigd door een recenter artikel van Feinsilver (2006). De schrijfster lijkt zich te aan te sluiten bij een aantal meningen over de Cubaanse aanwezigheid die ik tijdens het veldwerk te horen kreeg. Zij vindt dat de hulp van de Cubanen de bestaande relatie tussen patiënten en dokters doet veranderen. De Boliviaanse bevolking gaat de zorg van de Cubaanse dokters vergelijken met die van de Boliviaanse dokters en zal meer tevreden zijn over de zorg van de Cubaanse dokters.

§1.3 Politisering van traditionele geneeskunde

Soms wordt bewust etnische identiteit ingezet in het mobiliseren van bepaalde groepen om politieke doelen te kunnen realiseren. Hierbij wordt soms van een gefixeerde homogene etnische groep uitgegaan. Men houdt geen rekening met historische veranderingen of dynamieken (Baud e.a. 1994). Dit lijkt ook zo het geval bij het promoten en het in de praktijk brengen van de traditionele geneeskunde bij de bevolking met een inheemse etnische achtergrond.

Volgens het ministerie zijn vele gezondheidsgewoontes van de Boliviaanse bevolking gebaseerd op de traditionele geneeskunde. Dit maakt dat mensen hun ergste kwalen in eerste instantie willen genezen met planten of een ritueel. Zo zijn er magische rituelen om zwangerschapsproblemen te 'genezen', kanker te doen verdwijnen, hartproblemen te

⁴² In kadasters moeten de dokters het patiëntenaantal en ziektebeelden bijhouden, als ook de gebruikte medicijnen en de totale kosten die de staat heeft aan patiënten die gratis zorg krijgen (hetzij Sumi, hetzij een gezondheidsprogramma)

verhelpen etc. (Hagens 2008: 11). Deze ‘oplossingen’ maken dat de mensen de reguliere gezondheidsdiensten niet opzoeken en al hun hoop op deze geneeskunde zetten.

In Alto Pagador komen heel veel patiënten pas naar het centrum toe, wanneer hun ziekte zich in een gevorderd stadium bevindt. De problemen zijn bij aanvang gemakkelijk te verhelpen, maar wanneer een patiënt na geruime tijd naar het centrum komt, is de ziekte al veel gecompliceerder. Daarom kunnen de dokters de patiënt vaak niet meer helpen in het centrum en moet die noodgedwongen doorgestuurd worden naar een meer gespecialiseerd ziekenhuis. Patiënten voelen zich van hun kant verkeerd behandeld door de dokter omdat ze van hem verwachten dat hij meteen een oplossing vindt voor elke patiënt.

Verschillende gezondheidsmedewerkers geven dit probleem aan. Volgens hen zijn hier echter oplossingen voor. Als de bevolking meer vertrouwd gemaakt wordt met de reguliere geneeskunde door middel van onderwijs- en overheidscampagnes, dan zal de drempel om naar een dokter te gaan veel lager worden. Verder vinden de gezondheidsmedewerkers dat mensen nog meer op de hoogte gebracht moeten worden van medische zorg die in sommige gevallen kosteloos is.

De overheid echter, lijkt de laatste jaren een tegenovergestelde weg in te slaan met de oprichting van het onderministerie van Traditionele en Interculturele Geneeskunde. De aandacht gaat hierdoor minder naar de reguliere gezondheidszorg en dit komt niet ten goede van een goede patiënt-dokter relatie, vrezen de dokters. Het promoten van de traditionele geneeskunde lijkt meer op een ideologisch gestuurd project. Het is echter belangrijk om het vermeende vanzelfsprekende karakter van etniciteit te relativeren (Baud e.a. 1994). De aanname dat iedereen met een inheemse identiteit de traditionele geneeskunde verkiest boven de reguliere gezondheidszorg is niet vanzelfsprekend.

Twee verklaringen voor het promoten van de traditionele geneeskunde kwamen naar voor tijdens het onderzoek. Een eerste verklaring zou zijn dat onderhuidse vormen van racisme ten grondslag liggen aan de politisering van traditionele geneeskunde. De rechtse politieke partijen zou de leefsituatie van de arme inheemse bevolking niet willen verbeteren en hen arm houden. Op deze manier komt de sociaaleconomische positie van de midden- en rijkere klassen niet in gevaar.

Een tweede en meer aannemelijke verklaring is dat het oprichten van het onderministerie past in de plannen van Evo Morales om voor de inheemse bevolking meer rechten en sociale voorzieningen te realiseren.⁴³ Morales wil dat de inheemse traditionele geneeskunde promoot

⁴³ Uit meerdere interviews met dokters en beleidsmedewerkers en een e-mail interview met Ívan Égido.

wordt en de traditionele dokters subsidiëren. De oprichting van het onderministerie van Traditionele en Interculturele Gezondheidszorg is een eerste stap die werd genomen om dit mogelijk te maken. Het uiteindelijke plan is om in elk ziekenhuisje tenminste één traditionele dokter te laten samenwerken met een reguliere dokter. De bevolking met een inheemse culturele achtergrond zou dan sneller medische hulp zoeken. De traditionele dokter zou de inheemse patiënt ook beter aanvoelen.⁴⁴ Recentelijk zijn in Bolivia enkele *pilots* opgezet om te kijken hoe het plan uitgewerkt kan worden.⁴⁵

Fernando Montes (1992) laat zien dat de traditionele en de westerse geneeskunde twee totaal verschillende paradigma's of conceptuele modellen zijn die met verschillende criteria, diagnoses en behandelingen werken. De relatie tussen de twee paradigma's is een gespannen relatie. Elk systeem heeft een bepaalde visie op het lichaam. Volgens Dr. López, kan de traditionele geneeskunde onmogelijk samengaan met de westerse geneeskunde: "Een pancreas of een appendicitis kan je echt niet met medicinale kruiden genezen".⁴⁶

Montes is voorstander van de westerse geneeskunde maar hij zegt dat er elementen van de traditionele geneeskunde ingevoerd moeten worden als men de westerse geneeskunde tot bij deze bevolkingsgroepen wil brengen. De werking van de traditionele geneeskunde is weliswaar minder wetenschappelijk bewezen, maar haar medicijnen zijn goedkoper en daarom worden ze meer gebruikt door de inheemse bevolking (Montes 1992).

Andere bronnen spreken dit tegen en zijn van mening dat een behandeling bij een traditionele arts soms veel duurder uitvalt. Daniel Illanes Velarde: "De kosten van de complete behandelingen, de verzorging met kruiden en de rituelen die de dokters gebruiken, kunnen soms 1000 *bolivianos* kosten, terwijl een consult bij een publieke gezondheidsinstelling maximaal 100 *bolivianos* kost".⁴⁷ Kathya Córdova formuleerde het als volgt: Hoe kan je nu zoveel geld uitgeven aan een kruidenmengsel, waarvan we nog niet mogen weten waaruit het bestaat en wat de werking is. En dit onder het mom van de 'sjamaan geheimhouding'...".⁴⁸

Volgens Diego, chirurg in opleiding bij het Viedma, zijn de verkopers die de producten verhandelen wel geregistreerd, maar de medicijnen zijn niet wetenschappelijk getest. Maar eigenlijk is dit een algemeen probleem in Bolivia. Naar het schijnt worden er massaal traditionele en farmaceutische medicijnen nagemaakt in Bolivia.

⁴⁴ Interview met een vertegenwoordigster van het 'viceministerie van Traditionele en Interculturele Gezondheidszorg', La Paz, 7 april 2008.

⁴⁵ Email correspondentie met Ívan Égido, voormalig politiek adviseur bij CIDOB en medewerker op het ministerie voor Inheemse Zaken, auteur artikel 'Split Identity'.

⁴⁶ Interview met Limber López, chirurg in opleiding, 6 mei 2008, Cochabamba

⁴⁷ 1000 *bolivianos* is ongeveer 100 euro, 100 *bolivianos* is ongeveer 10 euro. Interview met Daniel Illanes Velarde, bestuurshoofd van SEDES, Cochabamba, 25 april 2008.

⁴⁸ Kathya Córdova, onderzoekster bij 'South Group', Cochabamba, 5 mei 2008.

Op de visie van de overheid om de traditionele geneeskunde te laten samen werken met de dokters, kreeg ik veel kritiek te horen vanuit de dokterswereld en de onderzoekswereld in Bolivia. Beide partijen kunnen onmogelijk samenwerken, en bovendien worden de traditionele dokters nog steeds niet gecontroleerd, zo luidt het. De reden waarom de inheemse mensen de traditionele geneeskunde wel blijven beoefenen is, volgens de dokters, omdat men de reguliere geneeskunde nog niet goed kent of omdat men te arm is om de medicijnen te betalen.

Ook Daniel Illanes Velarde vond dat het beleid van de overheid zijn extremen had bereikt. Volgens hem zouden de traditionele dokters niet willen samenwerken met de dokters in een medisch centrum. Beide partijen stellen hun diagnoses op een andere manier en zouden het niet eens worden over de medicijnen die ze moeten voorschrijven. Bovendien heeft het volgens hem geen zin om een *Yampiri* te laten werken in een medisch centrum, omdat hun behandelingen plaatsvinden op de plek waar de patiënt de ziekte heeft opgelopen.⁴⁹

Dit werd ook veel genoemd: Het ministerie stelt geen werkethiek op voor de traditionele dokters, noch voert zij controle uit op de verleende zorg.⁵⁰ Een organisatie als SOBOMETRA mag dan wel gelieerd zijn aan het ministerie van Gezondheid en de regering, toch stellen vele dokters hun vraagtekens bij de organisatie omdat zij geen controles uitvoert op behandelingen en de medicijnen van de traditionele dokters. De westerse instellingen zijn aan controle onderhevig en moeten regelmatig geëvalueerd worden. Het feit dat dit niet zou gebeuren bij de traditionele geneeskunde, maakt dat dokters soms weinig respect hebben voor de traditionele helers.⁵¹

Afsluiting

Sinds enkele jaren doet de overheid inspanningen om de slechte gezondheidssituatie in Bolivia aan te pakken. De grootste wetgeving die men heeft doorgevoerd is de SUMI-wetgeving, waardoor de meest zwakke groep, namelijk zwangere vrouwen, kinderen tot vijf jaar en moeders tot zes maanden na de bevalling, kunnen rekenen op gratis medische zorg in de publieke instellingen. Daarnaast organiseert men regelmatig grote nationale campagnes om bepaalde ziektes, zoals TBC, rabiës en chagas, aan te pakken. Verder nodigt de Boliviaanse overheid medici uit andere landen uit, zoals Cuba, om de gezondheidszorg te versterken. De

⁴⁹ Interview Daniel Illanes Velarde, 25 april 2008, Cochabamba.

⁵⁰ Informeel gesprek met dr. Luis-Rojas en dr. Santa-Cruz, Villa Alto Pagador, 9 april 2008, interview met Daniel Illanes Velarde, bestuurshoofd van SEDES, Cochabamba, 25 april 2008, interview met Kathy Córdoba, onderzoekster bij 'South Group', Cochabamba, 24 april 2008.

⁵¹ Interview met dr. Luis Rojas, directeur en hoofddokter Centro Alto Pagador, Villa Alto Pagador, 27 maart 2008.

overheid wil de traditionele geneeskunde legaliseren omdat de bevolking met een inheemse culturele achtergrond deze geneeskunde zou verkiezen boven de reguliere geneeskunde.

Op bovengenoemde punten is echter kritiek vanuit de medische wereld. Zo zouden er in de SUMI-wetgeving en de gezondheidsprogramma's nog enkele structurele gebreken zijn, waardoor de medische zorg niet toereikend is voor de armere bevolking. Daarnaast zouden de Cubaanse dokters de bestaande relatie tussen dokters en patiënten verstoren, door gemakkelijker beschikbaar te zijn dan in de mogelijkheid ligt van de Boliviaanse dokters. Ten slotte zou de aanname dat de inheemse bevolking de traditionele geneeskunde verkiest een te essentialistische aanname zijn. Bovendien heeft de reguliere geneeskunde kritiek op de interculturele beleidsplannen omdat de behandelingsmethoden van de traditionele dokters niet gecontroleerd zou worden.

Met de grootschalige decentralisatie van de overheid zou het mogelijk moeten zijn om het beleid te kunnen aanpassen. Maar niet alle wijkbestuurders (OTB's) lijken bekwaam genoeg om de problemen aan te kaarten. Bovenstaande inspanningen van de overheid en de genoemde kritische standpunten tonen aan dat de overheid zich voornamelijk richt op de medische context.

Het volgende hoofdstuk zal aantonen dat als men deze visie opentrekt en kijkt naar de sociale achtergrond van de wijksituatie, men andere structurele problemen kan herkennen die men moet aanpakken om de gezondheidstoestand te verbeteren. Het volgende hoofdstuk belicht deze sociale context aan de hand van de situatie in Villa Alto Pagador. De gevolgen van deze situatie voor de werking het medisch centrum zullen eveneens belicht worden.

Hoofdstuk 2 De sociale achtergrond van de gezondheidssituatie in Villa Alto Pagador

Cochabamba wordt wel eens beschreven als ‘stad van de eeuwige lente’, vanwege zijn centrale ligging in een gesloten vruchtbare vallei en een zacht klimaat. Hierdoor was het de uitgekozen plek voor de meeste inheemse boeren tijdens de jaren ’70 en ’80 (Ledo García 2002: 104). Zij verhuisden naar Cochabamba als gevolg van tanende landbouwopbrengsten door talrijke extreme weersomstandigheden in de hooglanden en de invoering van een nieuw economisch model, dat grote werkloosheid in de mijnen teweeg bracht (Asica Sur 2008). Tussen 1976 en 1992 was er sprake van een migratie-‘boom’. De stad moest enorm uitbreiden, met het kenmerk dat dit tamelijk chaotisch verliep. In de loop van de 20^{ste} eeuw is Cochabamba dertig keer zo groot geworden. Met deze expansie van de stad, is de populatie hiervan ook vergroot en diverser geworden. De immigranten komen voornamelijk uit Oruro, Potosí en La Paz en spreken Quechua of Aymara.⁵²

Door zaken als een ongelijke grondverdeling en een ongelijke water- en elektriciteitsvoorziening ontstond er onder de populatie een sociale ongelijkheid. In het huidige Cochabamba is deze sociale ongelijkheid nog altijd aanwezig en deze kenmerkt zich door een ruimtelijke tweedeling. In het noorden van de stad woont de rijkere *mestizo* klasse, terwijl het zuiden van de stad voornamelijk wordt bewoond door de arme inheemse klasse. Voor Ledo García (2002: 14) weerspiegelt de urbane tweedeling hiermee de sociale tweedeling. Daniel Goldstein (2004) spreekt zelfs van urbane segregatie omdat groepen mensen gescheiden worden gehouden in een gebied op basis van hun sociaal-etnische achtergrond. Volgens Ledo García (2002) kan een dergelijke stad dan ook wel worden gezien als een symbool van discriminatie en ongelijkheid.

Deze sociale problematiek heeft zijn invloed op de gezondheidssituatie van de mensen uit de wijk Villa Alto Pagador. Zoals eerder in de inleiding is beschreven kan gesuggereerd worden dat sociale problematiek zijn weerslag heeft op het menselijke lichaam (Klinenberg 2001: 121). In dit hoofdstuk zal de urbane tweedeling in Cochabamba worden beschreven om de gevolgen hiervan voor de gezondheidszorg van de Alto Pagadoreños te belichten. De oorzaken van aandoeningen van de patiënten van Villa Alto Pagador zullen vanuit de sociale context van de wijk worden belicht. Drie oorzaken boden zich aan, te weten de sterk

⁵² Aymara is de inheemse taal die voornamelijk gesproken wordt in de gebieden rondom La Paz. Het is één van de officiële talen in Bolivia en Peru, en het wordt ook in Argentinië en Chili gesproken.

groeïende bevolking in het gebied, een problematische wijkinrichting en het ontbreken van voldoende medische middelen in het medisch centrum, zoals medicijnen, medische personeel en goede infrastructurele voorzieningen. Deze context waarin de doktoren en de rest van het personeel moeten werken, brengt soms een gespannen werksfeer met zich mee. Ik concludeer dat het daarom moeilijk is voor de dokters om de verschillende aandoeningen van de patiënten uit de wereld te helpen.

§2.1 Migratie en urbane opdeling in Cochabamba

De door Wacquant (1999; O'Hare & Rivas 2007: 307) gesignaleerde opkomst van stedelijke marginaliteit in het huidige millennium, die geconcentreerd is in bepaalde stadsgebieden, erkent men in Cochabamba ook met de komst van de nieuwe stedelingen. De vruchtbare stukken land, voornamelijk gelegen in het noorden, werden in een snel tempo ingenomen door de rijke sociale klasse en omgevormd tot persoonlijke residenties. Het aanmoedigen van de bouw van dure huizen nabij de stadskern, zorgde ervoor dat de lage sociale klassen samenklonterden in het gebied waar ze wel konden wonen. Zodoende zorgde dit voor de aangroei van het perifere stadsgebied in het zuiden van de stad. Hieruit ontstond 'La Zona Sur' (Ledo García 2007: 117). Dit gebied ligt ten zuiden van de *cancha* en is heel verschillend van het noordelijke stadsgebied, 'La Zona Norte'. Richting het noorden van de stad verdwijnen de inheemse gezichten en ronde hoedjes vrij snel.⁵³

Eens de *cancha* doorgelopen en met een *taxi-trufi* op weg naar Villa Alto Pagador, betreedt men het armere deel van Cochabamba. Hier geen mooie geasfalteerde wegen met palmbomen en aangelegde bloemperken zoals in 'La Zona Norte', maar stoffige zandwegen met veel afval en schamele woningen. In de *taxi-trufi* geen blank gezicht te bekennen en nauwelijks Spaans te horen. Volgens de laatste volkstellingen uit 2001 telt het gebied ongeveer 235.555 inwoners, dat is 43.86 procent van alle *Cochabambinos* (Asica Sur 2008). Door deze ruimtelijke tweedeling, die samenhangt met de sociale segregatie, zijn de grenzen tussen de stadsgebieden erg zichtbaar. Het centrum van de stad is een schemerzone tussen deze twee gebieden in.

De *sureños* vinden dat zij slachtoffer zijn van sociale uitsluiting. Ze willen als volwaardig burger beschouwd worden, die recht heeft op goede sociale voorzieningen. In het zuiden is gebrek aan de meest elementaire basisvoorzieningen. Dit brengt spanningen met zich mee (Ledo García 2002: 107). Enkele inheemse immigranten komen daarom dagelijks samen op

⁵³ De *cancha* is de naam van de grote markt in Cochabamba.

de Plaza 14 de Septiembre, om te discussiëren en te protesteren tegen het onrecht en de sociale uitsluiting. Te midden van het plein kan men elke dag een selectie krantenartikelen lezen, vastgepind op houten panelen. Voorbijgangers discussiëren dan over het nieuws en voorzien de berichten soms van commentaar. Er zijn ook sprekers, die, staande op een houten krat, voorbijgangers attent maken op verschillende misstanden in de Boliviaanse samenleving. Ze praten bijvoorbeeld over een besluit van de gemeente om een aantal wegen in het noorden van de stad opnieuw aan te leggen, terwijl de stoffige wegen in ‘*La Zona Sur*’ al tientallen jaren schreeuwen om een eerste asfalteerbeurt. Ook discussiëren de toehoorders mee over het toenemende racisme in Bolivia, dat zich uit in autonomiebewegingen en geweld tegen de inheemse bevolking. De sprekers op het plein overtuigen de menigte om ‘nee’ te stemmen tegen het aankomende referendum voor autonomie van Santa-Cruz.⁵⁴ De sprekers tonen posters van de extremisten die zogenaamd onder arme boeren in de provincie werden uitgedeeld om hen te overtuigen van het ‘ja’-stemmen.

Verder vallen in de stad de vele graffiti teksten op, die de leefsituatie van de inheemse bevolking onder de aandacht brengen. Zo stond geschreven op één van de zuilen van het stadhuis op Plaza 14 de Septiembre: ‘*Cada ciudadano un voto; ahora es libre la decisión de elegir*’.⁵⁵ Op een betonnen muur tegenover mijn appartement stond dan weer: “*No al neoliberalismo, a fuera la oligarquía, muerte a Manfred*”.⁵⁶ Na het bekijken van een documentaire over zeer gewelddadige rellen in Cochabamba, begreep ik dat de teksten van de zuidelijke stadsbewoners afkomstig waren, die de sociale uitsluiting en het geweld van de rijke noorderlingen tegen de arme indígenas aanvechten.⁵⁷

Wanneer de rijkere *norteños* bewust of onbewust over de inheemse *sureños* praten, komen de onderhuidse vormen van racisme naar boven. Sommigen noemen de *sureños* ‘vies, onhygiënisch en gevaarlijk’. Het zijn benamingen die worden gebruikt om de inheemse bevolking op afstand te houden. Mary Douglas was een van de eerste antropologen die schreef over noties van ‘*dirt*’ als producten van bepaalde ideeën, in plaats van reële materiële waarheden (in Baldwin 2004: 29-30). Een bepaalde groep aanduiden als rein of onrein is volgens Douglas een manier om vormen van discriminatie ten opzichte van de onreine groep

⁵⁴ Op 5 mei 2008 werd een referendum gehouden voor de autonomie van de zuidelijke provincie Santa-Cruz. President Evo Morales noemde het referendum ongeldig en ongrondwettelijk (MO 2008).

⁵⁵ Vrije vertaling: ‘*Elke burger een stem; nu is er vrijheid om te kiezen*’.

⁵⁶ Vertaald: “*Nee tegen het neoliberalisme, weg met de oligarchie, dood aan Manfred* (rechtse prefect van Cochabamba)”.

⁵⁷ Hiermee verwijs ik naar de confrontatie tussen rechts-extremistische noorderlingen en inheemse boeren op 11 januari 2007, waarbij verschillende inheemse *cochabambinos* brutaal werden geslagen en enkelen vermoord. De opstand begon naar aanleiding van een protest op de Plaza 14 de Septiembre van de inheemse boeren tegen de opkomst van het neoliberalisme en de rechtse prefect Manfred Reyes.

te rechtvaardigen (Ibid.). Hoge muren, privé beveiligingsfirma's en blaffende honden omringen de huizen van de *norteños* om zich tegen de “criminele” *sureños* te beschermen. In een conversatie over veiligheid en misdaad in Cochabamba vertelde mijn blanke lerares Spaans hoe bang zij was geweest toen ze een keer per ongeluk in het zuiden van de stad was terechtgekomen. Ze was op de verkeerde bus gestapt en kwam onverwacht uit op een plek in de *cancha* waar ze voorheen nog niet was geweest. Na een paniekerige zoektocht door de – wat leek – kilometerslange en chaotische markt vond ze een herkenbaar punt vanwaar ze zich kon oriënteren en zo de juiste weg naar huis kon vinden.

Men kan zich afvragen waarom ze in eerste instantie niet de ‘weg terug’ had kunnen vragen aan de inheemse marktvrouwen die de *cancha* als geen ander kennen. Wat haar bang maakte, was niet zozeer het feit dat ze zich in een onbekend stadsdeel bevond en zich niet zo goed kon oriënteren, maar het feit dat ze zich plots te midden van de zuidelijke *Cochabambinos* bevond. Eerder had ze me al eens gezegd dat “wij mensen [blanke rijke noorderlingen] beter gemanierd zijn dan de *indígenas*”. Deze vrouw is zeker niet de enige die de *sureños* als inferieur beschouwd. In de volgende paragraaf zal ik ingaan op de gevolgen die deze vormen van racisme hebben op de bewoners in Villa Alto Pagador.

§2.2 De ongezonde woonsituatie in Villa Alto Pagador

Relatief veel arme mensen moeten noodgedwongen in stadsdelen wonen waar het niveau aan basisvoorzieningen laag is. Vele respondenten, waaronder Daniel Illanes Velarde, betreuren dat de perifere gebieden van Cochabamba niet gepland werden als woongebied. Er is nauwelijks sprake geweest van een door de autoriteiten geplande inrichting. Deze werd overgelaten aan de bewoners zelf.⁵⁸ In *la Zona Sur* is er een structureel gebrek aan basisvoorzieningen. In deze paragraaf ga ik in op de woonsituatie van de bewoners in Alto Pagador.



Foto 4: Zicht vanuit het medisch centrum op de wijk Villa Alto Pagador

In Villa Alto Pagador is het water besmet met parasieten en protozoën. De aanwezigheid van elektriciteit is een ander belangrijk element binnen de basisvoorzieningen (Ledo García 2002:

⁵⁸ Interview Daniel Illanes Velarde, 25 april 2008, Cochabamba.

142). Hiervoor moet er sprake zijn van een connectie vanaf het hoogspanningsnet tot aan het huis. Helaas zijn het de gezinnen met het laagste inkomen, die het meeste lijden aan het gebrek van de diensten. Onveilige huizen, goedkope bouwmaterialen en ongeasfalteerde wegen zijn verdere problemen. Bij hevige regenbuien komt het wel eens voor dat de slecht gefundeerde huizen in Alto Pagador instorten door modderstromen uit de omliggende heuvels. De vochtige en slecht geïsoleerde huizen, samen met het vervuilde water vormen een broedplaats voor insecten en ander ongedierte. Volgens dokter Luis Rojas veroorzaakt dat weer buikloop en problemen aan de luchtwegen. Deze situatie zorgt ervoor dat met name de Alto Pagadoreños de meeste nood hebben aan goede gezondheidsvoorzieningen.⁵⁹ De aandoeningen die het meeste voorkomen bij de patiënten van Centro Alto Pagador zijn infecties aan de ademhalingswegen en de huid, diarree, de ziekte van chagas en tuberculosis. Volgens verpleegster Doña Modesta veroorzaken deze aandoeningen dat dertig procent van de kinderen in de wijk leidt aan ondervoeding.⁶⁰ Problemen met diarree zijn naast acute luchtwegeninfecties de belangrijkste oorzaken van de kindersterfte in Villa Pagador. Deze aandoeningen zijn over de afgelopen jaren alleen maar toegenomen in Villa Alto Pagador.

Het administratieve personeel van Centro Alto Pagador houdt sinds 2007 een register bij, waaruit blijkt hoeveel mensen kunnen beschikken over elektriciteit en water. De dokters doen dit om een sociaal profiel van de patiënten te verkrijgen. Daaruit blijkt dat 70 procent van de mensen elektriciteit heeft en 30 procent een toilet of een '*pozo séptico*'.⁶¹ De meeste bewoners hebben wel toegang tot elektriciteit, maar niet tot drinkwater. Terwijl dorpen rondom de provincie geteisterd worden door overstromingen, ervaart men in *la Zona Sur* een tekort aan water. Het watertekort in het perifere zuidelijke gebied staat in schril contrast met de overvloed in het noorden van de stad. In het noorden van de stad sieren kleurrijke bloemperken en kortgeknipte grasperkjes het straatbeeld. Elke dag worden de minituintjes urenlang besproeid, geharkt en bijgewerkt.

Alternatieven voor het leidingwater zijn wijkgefinancierde waterbassins, vrachtauto's met watertanks, waterputten of kleine, private leveranciers. Het water van al deze bronnen, is niet drinkbaar. De burgers zijn afhankelijk van de OTB leiders die bij de burgemeester moeten regelen dat hij geld toeschiet voor de wateraanleg in de wijk. Het OTB bestuur van *Villa Alto Pagador* heeft echter nog geen regeling kunnen treffen met de burgemeester. Volgens enkele

⁵⁹ Interview dr. Luis Rojas, 22 maart 2008, Villa Alto Pagador.

⁶⁰ Interview met Doña Modesta, 19 april 2008, Villa Alto Pagador.

⁶¹ Vertaling: een beerput.

doctors komt dit door de onbekwaamheid van het OTB-bestuur en de burgemeester, die zijn geld liever uitgeeft aan projecten die hem veel aanzien geven bij de rijkere bevolking.

In Villa Alto Mirador werden onlangs drie grote waterbassins aangelegd die een deel van Villa Alto Pagador met water bevoorraden. Don Remberto toonde me deze watertanks bovenop de heuvel, die over de omliggende woongebieden uitkijkt.⁶² Ik volgde hem over de stoffige en onbestrate 'wegen', met de zon hoog aan de hemel. Straathonden kwamen ons besnuffelen of blaften ons na. Hij vertelde me over de gebrekkige woonsituatie van de mensen in Villa Alto Pagador. Ook andere buurtbewoners klaagden over het gebrek aan basisvoorzieningen in de wijk. Er is veel armoede, werkloosheid en mensen krijgen te maken met chronische aandoeningen. We wandelden voorbij enkele kinderen en Remberto wees naar hun gescheurde kleding, slordige haren en rotte tandjes. De rivierbedding waar we vervolgens passeerden, is bedekt met honderden propjes gerecycleerd roze toiletpapier of krantenpapier. Kennelijk doen daar niet alleen honden hun

behoefte. Toen we verder omhoogliepen op een weggetje richting de heuveltop, prikte de rook van verbrand plastic in mijn ogen. Na enkele minuten klimmen, bereikten we de top. Vanaf hier is het mogelijk om de weg te zien, die naar de vuilnisbelt van Cochabamba loopt. Nieuwe immigranten hebben zich tot vlakbij deze vuilnisbelt gevestigd. De drie watertanks, verborgen



Foto 5: Eén van de waterbassins op de heuvel die uitkijkt over de omliggende wijken

onder een platform, moeten de gehele wijk van water voorzien. Het water wordt niet door de staat geleverd maar door privébedrijven die er een hoge prijs voor vragen. “*¡Acá en Cochabamba el agua es cómo oro!*”, zucht Remberto.⁶³ Voor vele bewoners is het dan ook niet mogelijk om dit water te betalen. De mensen die geen aansluiting hebben tot de waterbassins, zijn afhankelijk van een vrachtauto die eens in de week langs komt. De vrachtauto's zijn eigenlijk het enige alternatief, wanneer een woning op een heuvel ligt.

In 2000 probeerde de inheemse bevolking van Cochabamba de privatisering van het water- en rioleringsbedrijf SEMAPA ongedaan te maken. Sommige Villa Alto Pagadoreños namen hier aan deel. De overheid privatiseerde het slecht georganiseerde bedrijf in 1999 en sloot een

⁶² Uit veldwerknootities van 13 mei 2008, Villa Alto Pagador.

⁶³ Vertaling: Hier in (dit deel van) Cochabamba is het water zo duur (en zeldzaam) als goud.

winstgevend contract met de firma ‘Aguas del Tunari’, een water- en rioleringsbedrijf. Er ontstonden veel protesten over onvoldoende waterlevering en stijgende kosten. Het geweld in Cochabamba werd bekend onder de naam ‘la guerra del agua’ (Assies 2003). Bijna tien jaar later, hebben de noodkreten van de bevolking nog maar weinig verbetering gebracht. Don Remberto zei hierover: “*La guerra del agua era una esperanza para que el agua llegó hasta esta zona, pero ya no hay agua, solo hay agua privada*”.⁶⁴

Een bijkomend probleem is dat het water moet worden opgeslagen, wat vervolgens bijdraagt aan een verslechterde kwaliteit. De mensen slaan het water meestal op in een watertank op het dak van de woning. Vaak wordt deze tank gedeeld met een of meerdere burens. Daarnaast slaan sommige gezinnen het water op in metalen of plastic tonnen, oorspronkelijk bedoeld voor het bewaren van olie of chemicaliën. De tonnen staan bij de ingang van de huizen, zodat de watertruck er gemakkelijk bijkomt. Naast dat de tonnen worden blootgesteld aan stof en hitte, zijn ze ook nog eens roestig. Bovendien wordt het water vaak verschillende keren hergebruikt, omdat het schaars en duur is.

De bewoners van Villa Alto Pagador vinden eigenlijk dat de overheid zich niets aantrekt van hun leefsituatie en voelen zich in de steek gelaten. Ik vroeg hen waarom de overheid dan heeft aangekondigd om in de periode na mijn vertrek te starten met de aanleg van waterleidingen in het gebied. In de kranten van Cochabamba stond een aankondiging van SEMAPA waarin Villa Alto Pagador één van de wijken zou zijn die pijpleidingen zou krijgen. De bewoners zien dit over het algemeen als een loze belofte die wordt gedaan om sociale onrust te voorkomen.

De bewoners geloven niet in de uitvoering van Evo Morales’ sociale veranderingen, zolang er geen structurele veranderingen worden doorgevoerd in de wijk en het racisme tegen de inheemse inwoners van Cochabamba blijft voortbestaan. Sommigen vrezen dat de situatie hetzelfde blijft omdat aan het hoofd van het departement Cochabamba een rechtsgeoriënteerde prefect is aangesteld. Volgens enkele mensen wordt hij steeds herkozen omdat de meerderheid van de blanke klasse achter hem staat. Hij staat voor hen bekend als iemand die alleen maar opkomt voor de belangen van de rijke bevolking en niet omkijkt naar de armere *Cochabambinos*. Onderstaande getuigenis illustreert de frustratie van vele wijkbewoners:

“Soms lijkt het alsof we niet bestaan! We waren erg blij met Evo, maar eigenlijk is er nog niets veranderd. Mijn wawita is voortdurend ziek door het slechte water. Als we

⁶⁴ Vrije vertaling: “*Met de wateroorlog hoopten we op water in deze zone, maar er is nog steeds geen water, alleen het geprivatiseerde water*”, don Remberto, 13 mei 2008, Villa Mirador.

*ziek zijn, moeten we uren wachten, als we een bloedstaal nodig hebben, moeten we naar Sebastián Pagador, als we een zwangerschapstest nodig hebben, worden we ook doorgestuurd naar Sebastián Pagador. Daar zijn we niet welkom, omdat we geen patiënten zijn van dat centrum en dan kunnen we nog langer wachten op resultaten. Bij een privé dokter worden we sneller geholpen, maar die kunnen we echt niet betalen. Sommige vrouwen maken zich boos op de dokters, omdat ze zich niet goed behandeld voelen...maar de dokters kunnen er ook weinig aan doen dat ze zo weinig middelen hebben”.*⁶⁵

Bovenstaand fragment van Pamela, laat zien dat de slechte kwaliteit van het water een grote bedreiging is voor de volksgezondheid in het gebied. Zeker kleinere kinderen hebben hier onder te lijden. In het gebied ligt de kindersterfte dan ook nog erg hoog in vergelijking met andere delen van de stad. Als men de levensverwachting van iemand van ‘La Zona Sur’ vergelijkt met een bewoner uit het noorden, is er een duidelijke discrepantie: een bewoner in het noorden van de stad wordt gemiddeld 67 jaar, terwijl iemand van het zuiden gemiddeld 47 jaar wordt (Ledo García 2002: 140). Het fragment vertelt ook al iets over structurele problemen in het medisch centrum van de wijk. De betreffende structurele problemen zal ik in de volgende paragraaf behandelen.

§2.3 Gevolgen voor de werking van het medisch centrum

Enkele ontwikkelingsorganisaties zagen de noodzaak om een medisch centrum te bouwen toen de stad bleef groeien. Samen met acht wijkcomités uit de omliggende wijken van Villa Alto Pagador heeft men de handen in elkaar geslagen en een gezondheidscentrum opgericht. Deze acht wijken zijn uiteindelijk ook het gebied geworden waar het centrum zich op moet richten.⁶⁶ Eerst was het centrum afhankelijk van buitenlandse giften, maar deze kwamen niet continu, waardoor medicijnen soms niet op tijd werden geleverd. De overheid nam zijn verantwoordelijkheid en maakte van het centrum een publieke instelling. De eerstvolgende jaren daarop bleek het centrum weinig succes te boeken. De wijkbewoonster, Angélica Claros, was van mening dat de toenmalige directeur niet vriendelijke omgang met zijn patiënten. Ook kwam het volgens haar wel eens voor dat het administratieve personeel haar werk niet goed deed en bijvoorbeeld verkeerde medicijnen aan de patiënten meegaf.⁶⁷

⁶⁵ Interview met Pamela, wijkbewoonster Villa Alto Mirador en patiënte in het Centro Alto Pagador, 8 mei 2008.

⁶⁶ Zie figuur 2

⁶⁷ Interview Angélica Claros, 16 april 2008, Villa Alto Pagador.

Met behulp van de ontwikkelingsorganisaties IFFI en MSI bereikten de klachten de overheid.⁶⁸ In 2007 werd in het centrum Luis Rojas aangesteld als directeur, samen met een nieuwe verplegingsploeg. Dokter Luis Rojas en dokter Santa Cruz zijn de twee hoofddokters van het centrum. Enkele leden van de verpleging wonen in Villa Alto Pagador of in de buurt ervan. De directeur is van inheemse afkomst en is ooit vanuit Oruro gemigreerd naar Cochabamba. Dokter Santa Cruz is blank. Hij heeft altijd met inheemse patiënten gewerkt en kan zich goed inleven in hun situatie.

De nieuwe dokters hebben een aantal klachten over het centrum. De verbouwingswerken laten al maanden op zich wachten. Als de gemeente de werkzaamheden zou hervatten, dan zal het centrum twee keer zo groot worden. Er zouden twee kamers met vier bedden komen, waar extra gevaccineerd kan worden en een douche voor patiënten met bepaalde infecties of brandwonden. De burgemeester heeft echter al maanden lang geen geld meer gegeven om de



Foto 6: Het Centro Alto Pagador. De helft van het gebouw is onder constructie

werkzaamheden te hervatten, ondanks dat het geld wel voorhanden is. De dokters kunnen zich erg kwaad maken over de vertragingen omdat ze zien dat hun relatie met de patiënten niet ten goede komt. Het is niet mogelijk om de patiënten op een correcte manier hulp te bieden. Dokter Santa Cruz noemt de situatie zeer ernstig, omdat het voor de dokters al moeilijk genoeg is om het vertrouwen van de patiënten te krijgen.⁶⁹

Ook enkele andere centra in de omgeving hebben te kampen met de nalatigheid van de burgemeester. Deze bijkomende problemen zal ik verderop in deze paragraaf aan de kaak stellen.

Bereikbaarheid

De bereikbaarheid van het 'Centro Alto Pagador' kan je op verschillende manieren bekijken. Ten eerste het patiëntenbereik van het centrum, ten tweede de geografische bereikbaarheid van het centrum voor zowel de bewoners als de hulpdiensten bij spoedgevallen. Allereerst de

⁶⁸ IFFI: Instituto de Formación Femenina Integral, Boliviaanse organisatie voor vrouwenrechten, MSI: Marie Stopes International, van oorsprong Britse ontwikkelingsorganisatie

⁶⁹ Interview dr. Santa Cruz, 11 mei 2008, Villa Alto Pagador.

beschikbaarheid voor de patiënten. De drie doktoren en de verpleegster uit het centrum werken dagelijks maar een halve dag, van 08.00u tot 14.00u. Dit geeft frustraties voor zowel de dokters als de patiënten. “Wanneer je een dokter in een bepaalde wijk plaatst, blijkt dat de mensen de zorg willen tot de avond. Hiervoor zouden we het personeel moeten verdubbelen, maar dat kan nu niet”, laat de directeur weten.⁷⁰

Daarom moeten de patiënten zich al zeer vroeg in de ochtend aanmelden bij het kantoortje van Don Remberto, dat tegelijk dienst doet als receptie en apotheek. Ik heb tijdens mijn onderzoek nooit meegemaakt dat de patiënten nog geholpen werden tot 14.00u, tenzij het een spoedgeval betrof. Vanaf het middaguur nemen de dokters geen patiënten meer aan omdat zij dan veel papierwerk (waaronder patiëntendossiers) moeten invullen. Hierdoor is de zorg voor de patiënten feitelijk opengesteld van 08.00u tot 12.00u. In de namiddag is het centrum gesloten en kunnen patiënten alleen met een spoedgeval bij andere centra terecht.

De overheid heeft bepaald dat het ‘*Centro Alto Pagador*’ een capaciteit heeft om maximaal 5000 patiënten te helpen. Omdat het in de nabijheid is gelegen van een tweedelijns zorgcentrum in Sebastian Pagador zou er voldoende zorg aanwezig zijn voor de bevolking van de zone. Een poster van SEDES op de muur achter het bureau van dr. Luis Rojas met cijfers en grafieken laat zien dat de bevolking de laatste jaren niet is gegroeid en dat het centrum groot genoeg is voor de bevolking. Echter, in de praktijk heeft het ‘*Centro Alto Pagador*’ met een bevolking te maken die driemaal zo groot is, zo beweerde de directeur. Rondom de aangewezen woongebieden, strekken zich namelijk veel meer nederzettingen uit, die niet in de statistieken van de overheid zouden zijn meegerekend.

Toen ik met Don Remberto op de heuveltop bij de watertanks stond, was in de verte te zien dat zich recent nog nieuwe wijken hadden ontwikkeld. Hij vertelde me dat al deze nieuwkomers ook afhankelijk zijn van het medisch centrum, dat het enige medische centrum is voor dit gebied.⁷¹ Een woordvoester van de afdeling ‘Planologie’ bij SEDES, benadrukte echter dat er wel voldoende medische diensten voor de bevolking van Cochabamba zouden zijn.⁷² Dit is inderdaad het geval voor de bewoners in de wijken dicht bij het centrum van Cochabamba. Door de voortdurende migratie naar het gebied stijgt het patiëntenaantal voortdurend. Volgens Daniel Illanes Velarde liggen de medische diensten in een straal van tien kilometer in het perifere en urbane gebied en zijn ze hierdoor voor iedereen gemakkelijk te bereiken. Hij erkende anderzijds ook dat door de grote toevloed van migranten, er niet

⁷⁰ Informeel gesprek dr. Luis-Rojas, 26 februari 2008, Villa Alto Pagador.

⁷¹ Uit een gesprek met Remberto, 13 mei 2008, Villa Alto Pagador.

⁷² Interview Carmen Pérez, woordvoester planologie SEDES, 21 april 2008.

genoeg medische centra aanwezig zijn in het gebied en dus niet iedereen kan rekenen op de nodige gezondheidszorgvoorziening.⁷³ Dit wijst op een gebrek aan capaciteit.

Nu de geografische barrière. Feit is dat in de gebieden verder dan *Villa Alto Pagador* geen nieuwe medische voorzieningen zijn. Dit maakt dat ook de bewoners buiten *Villa Alto Pagador* naar dit centrum komen voor medische hulp. Sommige patiënten komen helemaal te voet naar het centrum vanuit de heuvels, andere patiënten zien af van een bezoek vanwege de afstand en komen pas wanneer de situatie erg verslechtert. In de heuvels rondom het gebied zijn slecht berijdbare wegen, door wegverzakkingen en rotsblokken. Daarnaast krijgt het centrum ook patiënten uit omliggende provincies als Potosí of Oruro die naar Cochabamba zijn gekomen om tijdelijk te werken en het Centro Alto Pagador als eerste medische post tegenkomen. Het komt voor dat het centrum deze nieuwkomers geen verzorging kan bieden.

Een tweede probleem dat te maken heeft met de geografische bereikbaarheid is de hulp bij spoedgevallen. Het Centro Alto Pagador heeft geen ambulance ter beschikking. Wanneer een patiënt dringende medische hulp nodig heeft, moet men een ambulance oproepen uit een andere wijk. Meestal komt de ambulance enkele minuten later, maar het komt ook voor dat men veel langer moet wachten, omdat er niet meteen een ambulance beschikbaar is.

Gebrek aan infrastructuur en medische middelen⁷⁴

Naast het probleem van het te grote patiëntenbestand heeft het centrum te maken met een beperkte infrastructuur, een gebrek aan medische apparatuur, te weinig medicijnen en onvoldoende personeel. Zo is slechts de helft van het gebouwtje in dienst genomen, vanwege de vertraagde verbouwingswerkzaamheden. Hierdoor is de infrastructuur van het centrum beperkt tot twee spreekkamers, een ziekenboeg voor de verpleging, een tandartspraktijk en een apotheek. Deze apotheek doet tevens dienst als receptie om de patiënten in te tekenen voorafgaand aan het consult. De inrichting van de spreekkamers en het materiaal van de dokters is erg simpel. Het meubilair van de spreekkamers bestaat uit een bed (waarvan één gynaecologisch bed), een bureau, twee stoelen, een trapje, een kast, een lamp om de patiënt mee te belichten en een sterilisatieoventje. Het diagnosemateriaal is een echoscoop, een stethoscoop, een otoscoop en een keelspiegeltje.⁷⁵

De dokters kunnen sommige diagnoses niet vaststellen omdat er in het gezondheidscentrum niet meer medische apparatuur voorhanden is. Dagelijks moeten de dokters een patiënt

⁷³ Interview Daniel Illanes Velarde, 25 april 2008, Cochabamba.

⁷⁴ Met medische middelen wordt bedoeld: medische instrumenten en diagnosemateriaal, medische infrastructuur, zoals bedden en stoelen, medicijnen en medisch personeel.

⁷⁵ Een otoscoop is een medisch instrument om de gehoorgang en trommelvlies te inspecteren.

doorverwijzen naar een ander centrum of een extern laboratorium om bijvoorbeeld een bloedtest te laten afnemen. Men verwijst de patiënt meestal naar het Centro Alalay of Centro Sebastián Pagador, in het verderop gelegen Villa (Sebastián) Pagador. Voor veel patiënten is dit erg vervelend. De drempel is extra hoog om naar een andere medische instelling te gaan, omdat men de dokters of de instelling niet goed kent.

Daarnaast hebben de andere centra, net zoals het Centro Alto Pagador, een te groot patiëntenbestand. Het komt voor dat de dokters uit de andere centra dan voorrang geven aan de behandeling van hun eigen patiënten. Hierdoor gebeurt het wel eens dat een doorverwezen patiënt zijn medische test uitstelt, met ernstige medische gevolgen van dien. Patiënte Carla werd naar een ander centrum doorverwezen voor een microscopisch onderzoek van het baarmoederslijmvlies. Zij durfde zich daar niet te laten onderzoeken door de dokters en stelde haar bezoek uit. Hierdoor werd te laat ontdekt dat zij een ernstige baarmoederhalsontsteking had. Het gevolg is dat zij problemen heeft om zwanger te worden.

Het tekort aan medicijnen en voedingssupplementen is zichtbaar in de apotheek van het centrum. De apotheker Rojer, die sinds korte tijd in het centrum actief is, liet me op een keer de voorraad medicijnen zien. De medicijnen staan gerangschikt op alfabetische volgorde in twee vitrinekasten. Rojer vertelde me dat de medicijnen soms niet geleverd worden. Hij kan dan enkel aan de meest behoeftige patiënten wat basismedicijnen meegeven. Als men het lijstje bekijkt van de aangeleverde medicijnen, valt op dat de medicijnen zich beperken tot lichte pijnstillers, vitamines en voedingssupplementen.

Sterke pijnstillers voor reumapatiënten, glucose voor diabetici of antibiotica heeft het centrum niet. De meeste moeders komen dan ook voor babyolie en vitaminerijk melkpoeder. Verder zijn de zwangerschapstesten en de prikpil populair. Volgens Rojer is de hoeveelheid melkpoeder niet toereikend voor elk kind, maar hij kan niet meer dan één pak poeder per maand meegeven per gezin. Later vertrouwde hij me toe dat sommige moeders het melkpoeder voor zichzelf houden, of aan hun oudere kinderen uitdeelt, omdat ze weten dat hun baby's in geval van nood toch gratis worden verzorgd. "Je kunt het de moeders niet kwalijk nemen, zij hebben ook een ernstig vitaminetekort en moeten zien te overleven voor hun kinderen", volgens Rojer.⁷⁶

De directeur van Centro Alto Pagador vertelde me dat hij ook te maken heeft met een personeelstekort. De krant '*Opini3n*' gaf aan dat eigenlijke heel Cochabamba te maken heeft met een dokterstekort. Het artikel kopt: "Cochabamba telt 3n dokter op 30 duizend

⁷⁶ Uit een gesprek met Rojer, 11 maart 2008, Villa Alto Pagador.

inwoners, terwijl er normaal zes zouden moeten zijn” (Opini3n, 23 september 2008). Eerder tijdens het veldwerk kreeg ik een positiever beeld van het ministerie van Gezondheid: “We kunnen voor de publieke gezondheidszorg van Cochabamba rekenen op ongeveer vier dokters per 10.000 inwoners. Dat cijfer komt overeen met het landelijke gemiddelde”.⁷⁷ Volgens Luis Rojas, echter, houden de cijfers alleen rekening met de “officiële” urbane gebieden. In Villa Alto Pagador zijn er veel minder dokters dan het landelijke gemiddelde aangeeft. De directeur kan niet meteen een nieuwe kracht aanstellen in het geval van onkunde en wangedrag onder het personeel.

Zo zag ik bij een onderzoek van een patiënt waarbij een uitstrijkje moest worden genomen, dat de assistentes van de verpleging geen oog hadden voor de angst en het schaamtegevoel van de patiënte. Het verplegend personeel liep voortdurend tijdens het onderzoek de kamer in en uit en liet daarbij de deur soms openstaan, zodat de mensen in de wachtzaal de patiënt zagen liggen. Het bed stond bovendien met het voeteinde naar de wachtzaal gericht. De reden voor het over en weer geloop was de zoektocht naar een bepaald tangetje dat de assistente nergens kon vinden. Na een kwartier zoeken, terwijl de patiënte nog steeds op het bed lag, vond men het tangetje. Volgens twee laatstejaarsstudentes was dit al enkele keren voorgekomen en is het een bewijs van een onprofessionele en onbetrokken houding van het medisch personeel ten opzichte van de patiënten. Bij een dergelijk onderzoekje is het erg belangrijk om de patiënt gerust te stellen en ervoor te zorgen dat het onderzoek discreet verloopt.⁷⁸ Voor de directeur was het een bewijs van het tekort aan medisch materiaal, dat bijdraagt aan spanningen voor het personeel en de patiënten.

Op een dag stond ik bij aankomst bij het medisch centrum voor gesloten deuren. Er was een staking.⁷⁹ Aan de muren van het Centro Alto Pagador hadden de dokters posters en lakens opgehangen, waarop stond dat het ziekenhuisje de mensen niet kon helpen door het gebrek aan medische hulpgoederen. De burgemeester gaf al maanden niet genoeg geld, waardoor er niet genoeg medicijnen meer waren. Ook andere centra in de omgeving namen deel aan de staking. De burgemeester zou het geld niet ter beschikking hebben, was zijn antwoord op de stakingen. Een paar dagen later maakte de burgemeester tijdens een persconferentie in het Viedma ziekenhuis bekend dat hij één miljoen *bolivianos* zou schenken aan het ziekenhuis, voor de aankoop van medische apparatuur en de bouw van een studiecetrum. De directeur van het Viedma betuigde zijn dank in een uitgebreide toespraak. Dat de burgemeester zoveel

⁷⁷ Interview met een vertegenwoordigster van het viceministerie van Interculturele Gezondheidszorg, 7 april 2008, La Paz.

⁷⁸ Interview met twee stagiaires in het medisch centrum, 27 april 2008, Cochabamba.

⁷⁹ Dit was op 13 april 2008, Villa Alto Pagador.

geld kon vrijmaken voor een ziekenhuis in de stad en geen geld had voor de kleine medische centra in 'La Zona Sur' kon sommige doktoren niet meer verbazen. Het is voor hen een voorbeeld van de structurele sociale uitsluiting waar ze mee te maken hebben.

Afsluitend

De basisvoorzieningen en de gezondheidszorg worden oneerlijk verdeeld over de bevolking van Cochabamba. De rijkere bevolking in het noorden van Cochabamba beschikt over meer sociale rechten dan de Alto Pagadoreños in het zuiden van de stad. Sociale uitsluiting vindt plaats langs etnische lijnen. Nauwelijks of gebrek aan drinkbaar water, weinig elektriciteit, een slecht wegennet, veel illegale woningbouw en weinig inkomen vormen een bedreiging voor de gezondheid van de bewoners. Het medisch centrum in de wijk, dat het enige centrum is in de omgeving, heeft ook te maken met structurele moeilijkheden. Deze moeilijkheden worden met name veroorzaakt door vertraagde verbouwingen, personeelstekort, tekort aan medisch materiaal, te weinig medicijnen en overvloed aan patiënten.

De leefsituatie van de inwoners maakt ze vanuit een gezondheidsperspectief erg kwetsbaar. Patiënten die het centrum opzoeken hebben vaak last van chronische ziektes die de dokters moeilijk kunnen verhelpen, omdat ze veroorzaakt worden door de sociale context. Maar de bron van het probleem blijft bestaan, waardoor de gevolgen moeilijk zijn te bestrijden. Omdat het medisch personeel niet met hun problemen terecht kan bij het OTB bestuur of de burgemeester, komt de kwaliteit van de zorg in het geding. Zowel de bewoners, als het medisch personeel, voelen zich dan ook in de steek gelaten door de overheid. Ze voelen zich niet als volwaardig burger.

Hoofdstuk 3 De barrières in de dokter-patiënt relatie

De in het vorige hoofdstuk beschreven sociale achtergrond laat zien dat de dokters in moeilijke omstandigheden moeten werken. Kleine medische centra kunnen niet optimaal functioneren. Dit brengt spanningen met zich mee, die van invloed zijn op de patiënt-dokter relatie. De huidige situatie in de gezondheidszorg is een complexe aangelegenheid doordat deze afhankelijk is van onderling beïnvloedende factoren. Deze factoren zijn niet alleen de tekortkomingen in het gezondheidsbeleid en de problematische sociale context van de wijksituatie zoals in de voorgaande hoofdstukken werd geanalyseerd. De relatie dokter-patiënt wordt ook beïnvloed door processen op het inter-persoonlijke niveau. Hiermee doel ik op het persoonlijke contact tussen dokters en patiënten tijdens een consultatie.

Tijdens het onderzoek kwam naar voren dat veel van de consulten van het Centro Alto Pagador moeilijk verliepen. Door verschillende barrières kunnen voor zowel patiënten als dokters ongemakkelijke situaties ontstaan. Men is bijvoorbeeld niet erg spraakzaam tijdens een consult, waardoor diagnoses moeilijk kunnen worden gesteld. De dokters doen pogingen om de patiënten vertrouwd te maken met de reguliere gezondheidszorg. Hiermee willen ze bereiken dat patiënten het doktersbezoek niet te lang uitstellen en op de hoogte zijn van preventieve maatregelen.

In dit hoofdstuk zal ik de meest voorkomende moeilijkheden in de patiënt-dokter relatie bespreken. Ik heb gekozen voor een analytische opdeling in twee dimensies. Deze bestaan uit een sociaal-culturele en een socio-economische dimensie, die elk hun specifieke barrières hebben. De socio-economische kant belicht het inkomen, het onderwijsniveau en het Spaanse taalniveau van de patiënt. De culturele dimensie betreft de barrières die te maken hebben met de verschillen in culturele achtergrond tussen patiënten en dokters zoals omgangsvormen, vertrouwen in de traditionele geneeskunde en gender. Deze sociaal-culturele en een socio-economische dimensies zullen verder uitgewerkt worden aan de hand van voorbeelden.

§3.1 Beschrijvingen van enkele consulten

Hieronder volgen enkele beschrijvingen van consulten, te beginnen met het verloop van het eerste consult in het Centro Alto Pagador waar ik bij aanwezig was. De vrouw die ik binnenroep komt aarzelend binnen. Ze draagt een versleten joggingbroek en heeft een lange zwarte vlecht. Haar baby is gewikkeld in een kleurrijk doek die ze op de rug draagt. Ze lijkt

een beetje zenuwachtig en wil niet gaan zitten op de stoel die dokter Luis Rojas haar aanwijst, dus blijft ze staan. De dokter negeert dit en bekijkt de fiche van het kind die zonet bij de verpleegster werd ingevuld. Op de achtergrond steekt het geluid van de televisie in de hal uit boven de *Quechua* pratende moeders en enkele huilende kinderen. Luis Rojas zucht: “Mevrouw, vertel me waarom uw kind niet is gevaccineerd”. In plaats van antwoord te geven, schiet de vrouw in paniek en maakt ze aanstalten om de spreekkamer uit te lopen. De dokter roept haar terug: “Kom, we gaan hier niet weglopen hé, we zijn er juist om U te helpen”. De vrouw staart naar de grond en haar baby zet het op een huilen.⁸⁰ Er is in deze situatie duidelijk sprake van een miscommunicatie tussen de arts en de patiënt. De vrouw handelt waarschijnlijk voornamelijk uit onzekerheid en angst. Het probleem van niet- of te laat gevaccineerde kinderen komt regelmatig voor in het gebied. Mensen zijn niet altijd op de hoogte van de noodzaak van vaccinaties en ze weten in veel gevallen niet op welke leeftijd dit zou moet gebeuren.

Een ander veelvoorkomend probleem is dat moeders hun kinderen te laat naar de dokter brengen. Als de dokter een hoog noodzakelijke behandeling voorstelt, komt het voor dat patiënten de behandeling afwijzen. Men staat wantrouwend tegenover de voorgestelde medische zorg, waardoor ze pas in een kritieke situatie overtuigd geraken van de noodzaak van een behandeling. In het volgende voorbeeld komt verpleegster Doña Modesta de spreekkamer ingelopen, omdat een moeder haar kind met kinkhoest niet wil laten prikken. Ze kan de patiënte niet overtuigen en vraagt of de dokter het van haar overneemt. De dokter zucht. Hij roept de moeder binnen en zegt haar boos: “*Eso es descuido de vos, está bien mal su guagüita!*”.⁸¹ Haar zoontje in het draagdoek hijgt heel snel met veel slijmen en ziet er uitgeput uit.

De dokter legt uit dat als de vrouw het kind niet laat prikken met medicatie, het kindje binnen twee dagen opgenomen moet worden in het ziekenhuis. De vrouw heeft haar zieke zoontje nu in haar armen liggen, schommelt hem wat heen en weer, en fluistert dat ze wel siroop wil toedienen, maar geen prik wil. De dokter went zijn blik naar beneden en zegt dat ze dan maar beter weg kan gaan. Hij gelooft niet dat ze haar kind zal behandelen, hoe vaak hij ook op haar in zou praten. De vrouw liep daadwerkelijk weg. ‘*Mira Carolina, los doctores no maltratan a*

⁸⁰ Uit veldwerknootities, 23 februari 2008, Villa Alto Pagador.

⁸¹ Vrije vertaling: “Dit is verwaarlozing door u, uw kind is er zeer slecht aan toe!”

los pacientes...pero los pacientes se defienden con sagas'.⁸² Twee dagen later ligt het kindje in het kinderziekenhuis.

Een ander voorbeeld laat zien dat er patiënten zijn die niet meteen naar een reguliere, gecontroleerde gezondheidsdienst stappen. Men stelt vertrouwen in mensen die zich uitgeven als dokter, maar eigenlijk als oplichters kunnen worden gezien. Een dertienjarig meisje is met haar moeder voor een eerste *chagas* behandeling bij dokter Luis Rojas en de AZG arts José-Luis.⁸³ Het meisje zit met gebogen hoofd op de stoel en durft de dokter niet aan te spreken. Haar moeder neemt het woord en begint te huilen als ze uitlegt dat haar dochter vermoedelijk *chagas* heeft opgelopen. De dokter vraagt het meisje of ze misschien bang is voor de bloedtest die moet worden afgenomen om de ziekte vast te stellen. Dat is ze niet, ze heeft al een bloedtest bij een andere dokter laten afnemen.

Even later blijkt dat het meisje er onterecht van overtuigd is dat ze zal sterven aan de ziekte. De particuliere dokter had dit zo aan haar gezegd. Vervolgens verkocht hij haar de medicatie, terwijl hij waarschijnlijk wist dat het meisje deze gratis had kunnen verkrijgen bij het programma van AZG. De AZG arts stelt het meisje onmiddellijk gerust en legt haar uit dat ze van de *chagas* ziekte niet gaat sterven, zolang ze de behandeling goed opvolgt. De



Foto 7: Het meisje en haar moeder tijdens het gesprek over *chagas*

moeder is zo opgelucht dat ze opnieuw in snikken uitbarst en de dokters uitgebreid bedankt voor hun hulp. De AZG arts stelt vervolgens aan de dokter voor om het meisje eens te laten praten met de psycholoog in het medisch centrum, om haar van haar angst af te helpen. Het leek soms dat de dokters van AZG vriendelijker omgingen met de patiënten dan de vaste dokters in het centrum. Volgens hen zelf kwam dit door de moeilijke werkomstandigheden waarmee de dokters van het centrum te maken hebben. Het AZG team heeft een uitdagende opdracht uit te voeren en krijgt hiervoor alle middelen om de opdracht te vervullen.

Het volgende voorbeeld laat zien dat iemand door geldgebrek een behandeling niet kan betalen, die de pijn van haar ziekte zou kunnen wegnemen. De dokters kunnen niet anders dan

⁸² Vrije Vertaling: 'Luister Carolien, het zijn de dokters niet die hun patiënten slecht behandelen...maar de patiënten zijn overtuigd van volksverhalen in plaats van ons advies op te volgen'

⁸³ Het AZG team uit Argentinië was een periode in het gebied aanwezig om patiënten voor te lichten en te behandelen tegen de ziekte van *chagas*. De behandelingen zijn normaalgezien erg duur, maar werden gratis aangeboden. Het team mocht gebruik maken van de infrastructuur van het centrum.

de patiënt wat eenvoudige pijnstillers meegeven, hoe schrijnend dit ook kan zijn. Een oude vrouw komt de spreekkamer van dokter Santa Cruz binnen, stagiaires Fernanda en Jessica moeten het consult leiden. Omdat de vrouw alleen Quechua spreekt, is de dokter de tolk van dienst. De vrouw heeft artrose, ze verbergt haar vervormde vingers onder een sjaal en gaat met veel moeite zitten. Ze heeft een onderzoek met röntgenfoto's in het ziekenhuis nodig. De test in het ziekenhuis zou 120 *bolivianos* kosten en de medicijnen voor de pijnbestrijding 13 *bolivianos* per dag.⁸⁴ Omdat de vrouw geen geld heeft, kan ze de behandeling niet betalen. De oude vrouw barst in tranen uit. Ze vertelt dat ze niet verder kan leven met de pijn en smeekt of de dokter haar kan helpen. Jessica probeert de vrouw te troosten. De dokter kan de vrouw geen goedkopere behandeling voorschrijven en haar alleen wat paracetamol meegeven. De dokter vindt het verschrikkelijk om mensen geen betere medicatie mee te kunnen geven.

Het komt ook voor dat mensen vertrouwen hebben in medicatie die niet door officiële dokters is voorgeschreven. 'Wat hebt u tot nu toe gedaan om uw oogontsteking te verhelpen?' vraagt dokter Rojas. Een klein plastic flesje met wit dopje zonder etiket wordt vanachter een grote beha gehaald en op het bureau van de dokter gelegd. De vrouw komt uit de provincie Potosí. Het is haar eerste bezoek aan het centrum. Haar rechteroog is rood aangelopen. De dokter neemt het flesje en vraagt een beetje boos aan de vrouw waar ze 'dit' vandaan heeft gehaald. "Op de *cancha*", antwoordt de vrouw aarzelend. Dokter Luis Rojas draait het dopje van het flesje en ruikt aan de vloeistof. Hij kijkt weer naar de vrouw en zet het flesje in de vitrinekast naast hem. 'Wat ga je ermee doen?' vraag ik. 'Dat is voor het ministerie, zodat ze kunnen zien wat voor leugens mensen op de markt kunnen kopen'.⁸⁵

Bovenstaande beschrijvingen hebben een aantal kwesties laten zien, die ik in de volgende paragrafen verder uiteen ga zetten. Eerst worden de socio-economische barrières behandeld, daarna de sociaal-culturele barrières.

§3.2 Socio-economische dimensie

Hoge kosten voor medische zorg

De armoedige leefsituatie van de bewoners van Villa Alto Pagador en de hoge werkdruk van de dokters brengen enkele barrières met zich mee die van invloed zijn op het verloop van een consult. De belangrijkste socio-economische reden waarom bewoners niet naar het centrum durven, is de angst dat men voor een consult moet betalen. De moeders en kinderen tot vijf

⁸⁴ 120 *bolivianos* is ongeveer 12 euro. 13 *bolivianos* is ongeveer 1,3 euro.

⁸⁵ Centro Alto Pagador, 21 maart 2008.

jaar krijgen dankzij de SUMI-wet gratis zorg toegediend, waardoor geldgebrek in de eerste plaats geen remming zou mogen zijn om naar de dokter te gaan.

Ook al is de SUMI patiëntendoelgroep de laatste jaren sterk toegenomen, kan men nog niet spreken van een algeheel succes. Een grote groep moeders komt bijvoorbeeld niet naar het centrum en bevalt zonder medische assistentie. Bij nader onderzoek blijken er nog vele tekortkomingen in de wet te zijn, waardoor in bepaalde gevallen de zorg door de patiënten zelf moet worden betaald. Een Boliviaanse dokter gaf in een vergelijkbaar onderzoek aan dat een grote groep moeders door armoede en ondervoeding het leven geven aan te lichte kinderen. Bij deze kinderen is vanaf de geboorte extra medische zorg nodig. De kosten hiervoor zijn erg hoog en worden niet door de SUMI-wet gedekt (Djadda 2005: 41). Volgens dit onderzoek gebeurt het dat patiënten op grond van hun inkomsten gediscrimineerd worden in de ziekenhuizen. Men geeft armere patiënten minder goede zorg, zodat het ziekenhuis niet hoeft op te draaien voor de bijkomende kosten. In het Centro Alto Pagador heb ik deze suggestie niet kunnen waarnemen. Tot spijt van de dokters komt het wel voor dat zij goedkopere en minder effectieve medicijnen moeten voorschrijven wanneer zij vaststellen dat een patiënt de kosten niet kan opbrengen. Als men de duurdere medicatie zou aanbevelen, zouden patiënten de behandeling niet kunnen ondergaan.

Een consult voor de patiënten die buiten de SUMI-wetgeving vallen, kost vijf *bolivianos*.⁸⁶ Wat een luttel bedrag lijkt, blijkt voor velen toch een reden om niet naar de dokter te gaan. Het komt wel eens voor dat een patiënt de vijf *bolivianos* voor een consult niet hoeft te betalen. De dokters zijn hier wel eens toe bereid. Ze kunnen dit alleen doen als de patiënt niet in de administratie wordt vermeld, want de gemeente controleert de inkomsten van het centrum aan de hand van het aantal patiënten. Vervolgens bepaalt zij hoeveel medicijnen het centrum voor de volgende maand geleverd krijgt. Dus hoe minder betalende patiënten, hoe minder medicijnen er in de maanden daarop geleverd worden aan het medisch centrum.⁸⁷ Voor de dokters is het onethisch, maar ook onmenselijk, om hulp te weigeren aan patiënten die de kosten niet kunnen opbrengen.



Foto 8: Patiënten in de wachtzaal van het Centro Alto Pagador

⁸⁶ Dit is ongeveer 0,50 euro.

⁸⁷ Uit een interview met Rojer, administrator van het Centro Alto Pagador, 11 maart 2008.

Lange wachttijden, gehaast spreekuur

Een volgende socio-economische barrière die wordt besproken zijn de lange wachttijden in het centrum wegens grote drukte. Zoals eerder vermeld, moeten de patiënten zich vroeg in de ochtend aanmelden. Sommige patiënten moeten daarna wel vier uur wachten, waar niet iedereen de mogelijkheid voor heeft. ‘Tijd is geld’, want in de tussentijd kunnen de vrouwen niet gaan werken. Zo is het opvallend dat op woensdag de wachtzaal in het centrum vrijwel leeg is. Die dag is het namelijk marktdag in Villa Alto Pagador en moeten de bewoners hun producten verkopen. Ook al ligt het medisch centrum twee straten verderop, voor de bewoners zijn de verdiensten broodnodig. Maar als men te ziek wordt, is men niet meer in staat om te werken en dus ook niet om geld te verdienen. Dit draagt bij aan grotere armoede en dus het nog meer uitstellen van een doktersbezoek; dit is een vicieuze cirkel.

De meeste vrouwen hebben naast het gebruikelijke werk op bijvoorbeeld de markt of op het land een zware dagtaak aan het huishouden en de zorg voor de kinderen. Wegens tijdsgebrek gaan sommige patiënten dan liever ‘medicijnen’ op straat kopen. Andere bewoners gaven te kennen dat ze eerder naar een particuliere dokter gaan. Ondanks de hogere prijs die men er betaalt voor het consult, komt men sneller aan de beurt. Meerdere respondenten gaven aan dat ze in dat geval geld lenen van een familielid of buurgenoet om het consult te kunnen betalen. De prijs voor een consult bij een particuliere dokter ligt namelijk tientallen malen hoger. Sommige patiënten gaan naar ziekenhuisjes van de Cubaanse dokters, waar ze redelijk snel en goedkoop aan medicijnen kunnen komen. Maar dokter Luis Rojas vindt dat de Cubaanse dokters niet altijd correct te werk gaan en de patiënten soms zo maar iets meegeven om hen tevreden te stellen.

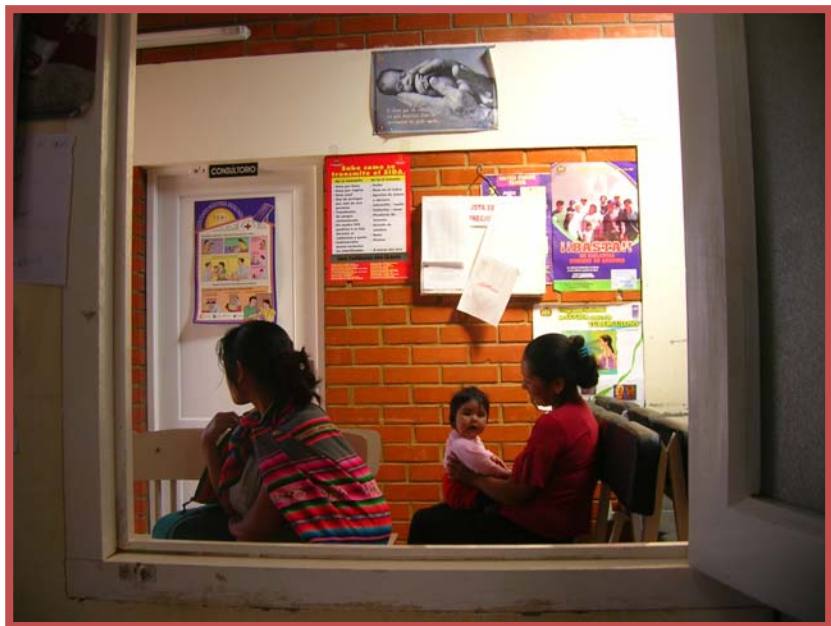
Slechts een enkeling is medisch verzekerd, zoals patiënt Arnold. Hij vertelde me dat hij in het ziekenhuis van de *Universidad San Simon* (UMSS) al vanaf vijf uur ’s ochtends terecht kan en daar vrijwel meteen geholpen wordt. Ondanks dat hij in Villa Alto Pagador woont, komt hij alleen maar voor een tandartsbezoek naar het medisch centrum, omdat dit niet in het verzekeringspakket van de universiteit is inbegrepen. Volgens hem zouden de bewoners van Villa Alto Pagador meer naar het centrum komen als men de hele dag lang terecht kan voor medische zorg.

Als een patiënt eindelijk aan de beurt is, kunnen dokters niet altijd de gewenste tijd nemen voor elke patiënt. De dokters hebben soms dertig patiënten tot aan het middaguur, wat betekent dat men ongeveer zes minuten voor elke patiënt heeft. Als het erg druk is dan moeten de dokters goed doorwerken om alle patiënten te kunnen helpen. Als gevolg voelt een

groot deel van de patiënten zich niet goed behandeld. Enkele laatstejaarsstudenten verbaasden zich erover hoe de dokters soms een diagnose stelden, zonder een lichamelijk onderzoek te doen of de patiënt uitgebreid te ondervragen.

Toch zou de zorg in dit medisch centrum beter zijn in vergelijking met andere centra, zo wisten de meeste patiënten. Men kent de andere centra, omdat de patiënten er wel eens naartoe moeten voor een bloedprik of een echografie. De dokters zijn daar ook erg druk, maar volgens meerdere patiënten zijn ze onvriendelijker tegen de patiënten. Men voelt zich als minderwaardig behandeld. Volgens Carla Velarde, docente aan de universiteit, is het een structureel probleem dat de overheid wel vaker dokters plaatst in de perifere stadsgebieden.

Zij beschouwen het werk in de kleine medische centra als een aanloop naar hun pensioen, zo stelt ze. Ze zijn niet meer zo gepassioneerd als voorheen en raken gedemotiveerd door de uitzichtloze sociale context en de daarmee samenhangende ziektebeelden. 'La Zona Sur' is de vuilnisbelt van de



professionele medici, zo vatte Carla Velarde samen. Als dokter kan je niet 'zomaar met de pet gooien naar je werkzaamheden om het er snel van af te brengen'.⁸⁸ Dat weten ook de dokters van Centro Alto Pagador. Dokter Santa Cruz betreurt dat sommige dokters zich niet inleven in de patiënt en zich onverschillig en ongeduldig opstellen. Een dergelijke houding draagt juist bij aan het uitblijven van patiënten, waardoor men alleen in noodsituaties naar de dokter komt en de werkdruk voor de doktoren hoog blijft.

Foto 9: Een moeder met haar kind in de wachtzaal van het medisch centrum

⁸⁸ Uitspraak van Carla Velarde, docente en onderzoekster Gezondheid in Bolivia, 25 april 2008, Cochabamba.

Onderwijsniveau en taalproblemen



Foto 10: Dokter Santa Cruz controleert het gebit van een kind met tandproblemen

Een derde barrière in de relatie dokter-patiënt die onder de socio-economische dimensie valt, zijn moeilijkheden die ontstaan door het lage onderwijsniveau van vele patiënten. Mensen die het belang van medische zorg niet kennen, zijn één van de eersten die juist terecht komen op de spoedafdeling van de ziekenhuizen met gecompliceerde aandoeningen.⁸⁹ Zo

hebben de meeste volwassen patiënten van Villa Alto Pagador slechts enkele jaren

onderwijs gevolgd. Sommige patiënten hebben nooit geleerd hoe men bepaalde ziektebeelden kan herkennen of voorkomen. Ze hebben bijvoorbeeld nooit geleerd om hun tanden te verzorgen. Als gevolg komen ernstige tandproblemen in de wijk vaak voor. Kinderen van drie jaar oud hebben soms zulke slechte tanden dat ze afbreken en het is niet ongewoon dat volwassenen geen volledig gebit meer hebben.

Een ander voorbeeld is het veelvoorkomende verzuim van moeders die hun kinderen moeten laten vaccineren. Sommige moeders zijn erg bang voor de vaccinaties bij hun kinderen en zien het nut er niet van in. Men weet niet dat de vaccinaties de kinderen tegen ernstige en zelfs dodelijke ziektes kan beschermen.

Om ervoor te zorgen dat bewoners tijdig naar het medisch centrum komen en hun behandelingen correct opvolgen, proberen de dokters informatie over behandelingen te verstrekken tijdens en na de consulten. De graad van analfabetisme is hoog, dus men gebruikt hiervoor posters met duidelijke tekeningen en korte tekstjes. Daarnaast geeft een student van de verpleging regelmatig korte informatiesessies over ziektes aan de patiënten in de wachtzaal. Met foto's en duidelijke uitleg over de werking van vaccinaties, bijvoorbeeld, maakt men de moeders attent op de behandeling die bovendien gratis is. De dokters hopen dat de tweede en derde generatie jongeren sneller naar de dokter zal gaan, omdat men op school meer over gezondheid leert.

Een laag onderwijsniveau betekent in vele gevallen niet alleen onvoldoende medische kennis, maar ook onvoldoende kennis van de Spaanse taal. Dit kan de oorzaak zijn van een moeizame

⁸⁹ Interview met dokter Alacón, sociaal werker in het Viedma ziekenhuis, 23 april 2008.

communicatie tussen dokters en patiënten. Veel patiënten hebben een taalachterstand in het Spaans omdat hun moedertaal het Quechua of Aymara is. De Pan-Amerikaanse Gezondheidsorganisatie (PAHO) heeft vastgesteld dat de kans dat een Boliviaans kind sterft drie maal groter is bij een moeder die geen Spaans spreekt dan bij een moeder die deze taal wel spreekt (PAHO 2004). De angst dat men de dokter niet zal begrijpen, is voor sommige mensen al een reden om niet naar de dokter te gaan. Tijdens een consult komt het voor dat de dokter iets uitlegt en de patiënt hem niet goed heeft begrepen. Omgekeerd kan de patiënt de klachten niet goed verwoorden, waardoor een foute diagnose kan worden gesteld.

De dokters van het Centro Alto Pagador spreken wel één van de inheemse talen. Toch spreken ze hun patiënten niet automatisch in het Spaans aan. Zo wil dokter Luis Rojas zijn patiënten alleen in het Quechua toespreken wanneer de taalbarrière het consult niet mogelijk maakt. Hij wil dat zijn patiënten beseffen dat het Quechua of Aymara hen echt niet vooruit helpt in de maatschappij.⁹⁰ De andere dokters staan soms sceptisch tegenover de houding van dokter Luis Rojas. Volgen hen is het belangrijker dat de patiënten goed geholpen worden. Ze zijn van mening dat als een consult beter verloopt in de taal van de patiënt, de dokter deze taal zou moeten gebruiken. Studenten geneeskunde kunnen daarom tegenwoordig lessen Quechua volgen op de openbare universiteiten.

De stagiaires in het medisch centrum gaan echter naar een privé-universiteit, waar de lessen Quechua niet worden aangeboden. Toch leerden ze enkele zinnestukjes Quechua om de patiënten duidelijk te woord te staan. Stagiaire Jessica is het dan ook niet eens met de uitspraak van het ministerie van Gezondheid dat de ‘houding’ van de dokter naar de patiënt toe belangrijker is dan de communicatie met de patiënt. “De communicatie met de patiënt is juist belangrijker. Je wil alles toepassen wat je hebt geleerd, maar je kan niet communiceren met elkaar en dat geeft de patiënt juist angst”.⁹¹

Het moeilijke is, dat de dokters niet altijd weten wanneer de taalbarrière te groot is. De patiënten geven bijvoorbeeld niet aan dat ze de dokter niet goed begrijpen. Dit heeft aan de ene kant met schaamtegevoelens te maken, maar aan de andere kant kan het ook te maken hebben met de inheemse culturele achtergrond. In de volgende paragraaf wordt de mogelijke invloed van de inheemse achtergrond op de communicatie tussen dokters en patiënten verder belicht.

⁹⁰ Interview dr. Luis Rojas, 27 maart 2008, Villa Alto Pagador.

⁹¹ Interview met Jessica, 27 april 2008, Cochabamba.

§3.3 Sociaal-culturele dimensie

De inheemse achtergrond

Dokter Luis Rojas zei me eens dat de relatie tussen patiënt en dokter moeilijk is omdat de patiënten hun “eigen cultuur” hebben. Veel patiënten die naar het medisch centrum komen, lopen aan tegen een voor hen onbekende medische cultuur. De patiënten en dokters hebben een verschillende achtergrond in diverse opzichten. De volwassen patiënten zijn meestal eerste of tweede generatie migranten met een inheemse culturele achtergrond. De meeste van deze mensen zijn arm, spreken niet goed Spaans en zijn het niet gewend om een medisch centrum op te zoeken. De meeste dokters zijn niet inheems, ze hebben een universitaire opleiding genoten en spreken vloeiend Spaans.

Eén van de problemen waar men tegen aanloopt is de niet zo spraakzame houding van de patiënt. De mensen uit de hooglanden zijn het volgens dokter Luis Rojas niet gewend om mondig te zijn.⁹² De indígenas hebben zich in het verleden nederig en gehoorzaam moeten opstellen tegenover de ‘blanke man’, die meestal een opleiding genoten had en een hogere positie in de maatschappij bekleedde. Deze nederige houding lijkt ‘ingebakken’ in het karakter van sommige mensen met een inheemse achtergrond, stelde de dokter. Ondanks dat hijzelf een herkenbare inheemse achtergrond heeft, gedragen de patiënten zich ook ondergeschikt tegenover hem. Dit is misschien omdat hij een hogere opleiding heeft genoten.

Een andere sociaal-culturele barrière die te maken heeft met de inheemse culturele achtergrond van de patiënt is volgens het ministerie van Gezondheid het wantrouwen in de



Foto 11: Eén van de stagiaires met een patiëntje

reguliere geneeskunde. De inheemse bevolking verkiest over het algemeen de traditionele geneeskunde en daarom is het noodzaak om de traditionele geneeskunde tot de reguliere geneeskunde te laten behoren (Ministerio de Salud y Deportes 2005).

De Boliviaanse econome Iriarte stelt in een onderzoek vast dat een groot aantal zwangere inheemse vrouwen bij de bevalling geen hulp zou willen van regulier opgeleide dokters. Deze vrouwen willen deze assistentie niet omdat de dokters de culturele gewoontes niet zouden respecteren (Iriarte 2008: 14-15). Eén van de voorkeuren gaat uit naar

⁹² ‘La gente del altiplano no habla’, Letterlijk: De mensen uit de hooglanden praten niet.

een bevalling in een donkere kamer (liefst thuis), waarbij de vrouw hurkend van haar kind bevalt. Een vroedvrouw begeleidt de bevalling en voert in de kamer allerlei rituele handelingen uit. Deze manier van bevallen zou de inheemse bevolking liever willen dan de zorg in de reguliere medische centra (Ministerio de Salud y Deportes 2005).

De dokters zijn echter van mening dat als de vrouwen zich tijdens de zwangerschap niet laten controleren, men niet tijdig complicaties kan vaststellen. Daarnaast vinden zij het medisch onverantwoord om zo weinig mogelijk assistentie tijdens de bevalling te geven. Een bevalling op de ‘traditionele inheemse manier’ is niet voor iedereen weggelegd. Als de overheid de plannen ten uitvoer wil brengen, zal tien keer zoveel personeel moeten aangesteld worden om aan de wensen van de patiënt te kunnen voldoen. Om dit te kunnen verwezenlijken zou de infrastructuur van de medische centra helemaal aangepast moeten worden. Dit lijkt voor de dokters enigszins onmogelijk, omdat de infrastructuur in de huidige medische centra nog niet eens af is. Daarbij zien de dokters het niet zitten om samen te werken met een traditionele dokter, zoals dat gesuggereerd wordt in de plannen van de overheid. Men zou het nooit eens kunnen worden over een diagnose of een behandelingsmethode. Dokter Luis Rojas noemde de traditionele dokters zelfs leugenaars.⁹³

Luis Rojas uitte soms zijn frustratie over de Don Remberto van de administratie die wél achter de werking van de traditionele medicijnen staat. Als kind had Remberto bij de val van een paard een open botbreuk aan zijn bovenarm opgelopen. Zijn grootmoeder had hem naar een *curandero* gebracht, die de arm bedekte met kruidenmengsels. Zijn arm herstelde volledig.⁹⁴ Op zijn kantoortje, bovenop de kast met patiëntendossiers, ligt een recent boek van het ministerie van Gezondheid met bereidingswijzen voor traditionele medicijnen.⁹⁵ Luis Rojas liet me een keer enkele recepten uit het boek zien om me ervan te overtuigen dat de traditionele geneeskunde uit leugens bestaat en patiënten verder in gevaar worden gebracht als ze de recepten uit het boek zouden opvolgen. “Malaria kan echt niet met een paar druppeltjes limoen verholpen worden, maar alleen met *quinine*. Het is onzin en bovendien gevaarlijk voor de patiënten”. In het ziekenhuisje deed een gerucht onder de stagiaires de ronde dat Remberto voorgeschreven medicijnen zou afraden bij patiënten en hen recepten uit het boek meegaf. Hij ontkende dit verhaal.

⁹³ Interview Luis Rojas, 27 maart 2008, Villa Alto Pagador: “*En mi sentimiento, ¡todos los curanderos y callahuayas son los mismos...mentirosos!*”, dit betekent: “*Naar mijn mening zijn alle Kallawayas of Curanderos hetzelfde: leugenaars*”.

⁹⁴ Interview Don Remberto, 12 mei 2008, Villa Alto Pagador.

⁹⁵ Dit is het boek: Limachi, Rufino P’axsi (2007) *La Salud por la Medicina Natural y Cultura Qullana-Aymara*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

Om een beeld te krijgen in hoeverre de bewoners van Villa Alto Pagador zich nog bezighouden met de traditionele geneeskunde, sprak ik hierover met enkele patiënten. Ze vertelden me dat maar een handvol mensen uit Alto Pagador nog uitsluitend de traditionele geneeskunde verkiest. Dat was voornamelijk bij de oudere generatie en deze groep wordt steeds kleiner,



Foto 12: Dokter Luis Rojas met een patiënte

omdat men met de migratie naar de stad meer in contact komt met de reguliere geneeskunde en deze langzaam gaat overnemen. De patiënten gebruiken wel eens kruiden, zoals kamille en eucalyptus, om bijvoorbeeld beter in te slapen of een verkoudheid te verhelpen. Bij ernstige problemen gaan ze wel naar een dokter.

Volgens beide dokters van Centro Alto Pagador, echter, doet een deel van de bevolking nog wel een beroep op traditionele genezers bij ernstige ziektes. Dit kan een ernstig probleem zijn wanneer de gezondheid van de patiënt hierdoor in het gedrang komt. Twee van zulke gevallen kwamen aan het licht. Ten eerste een kind van drie jaar oud, dat enkele dagen niets te eten of te drinken had gekregen, omdat een ‘sjamaan’ beweerde dat dit hielp tegen zijn buiktyfus. Het kind vertoonde ernstige uitdroging- en ondervoedingsverschijnselen. Ten tweede een jongen van negen jaar oud met een gesprongen appendix. Hij en zijn moeder waren lopend vanuit de heuvels naar het centrum gekomen, nadat het kruidenmengsel op de buik van de jongen zijn blindedarmontsteking niet had opgelost. Beide kinderen moesten, net zoals het verhaal van de kleine baby, met spoed naar het ziekenhuis overgebracht worden. Helaas overleed de jongen. Omdat de dokters, met name door de etnisch-culturele en socio-economische achtergrond van de patiënten een erg moeilijke en kwetsbare patiënt-dokter relatie hebben, is het uiterst belangrijk om het vertrouwen van de patiënten te winnen.

Gender

De keuze om opvattingen over genderverhoudingen te plaatsen onder de socio-culturele barrière ligt voor de hand in de context van Bolivia. Het is algemeen geweten dat de inheemse identiteit in Latijns-Amerika vorm kan krijgen in rigide genderverhoudingen.⁹⁶ Door een gemeenschappelijke culturele achtergrond zijn er een aantal overeenkomstige kenmerken

⁹⁶ Dit is niet altijd het geval, noties van vrouwelijkheid en mannelijkheid worden steeds opnieuw geconstrueerd en verkrijgen nieuwe inhoud. Toch zijn in deze regio ‘stereotiepe’ genderverhoudingen veelvoorkomend.

tussen de vrouwelijke patiënten in het gebied. Dit werd onderzocht in een kwalitatieve studie naar de positie van vrouwen in ‘La Zona Sur’ (Estrada 2008). De meeste vrouwen hebben een driedubbele werkdag, omdat men verantwoordelijkheid draagt voor arbeid, het huishouden en de kinderen. Ze hebben geen ruimte voor zichzelf. De rol van de vrouw is duidelijk afgebakend en wordt in stand gehouden door mannelijk machismo, alcoholisme en huiselijk geweld (Estrada 2008). Volgens sociologe Magaly Cavero wordt de inheemse vrouw in Bolivia voornamelijk gezien als een ‘reproductora’, oftewel iemand die zich moet voortplanten (in Escóbar 2003).

Vrouwen worden tijdens hun eerste socialisatieprocessen al gevormd naar dit beeld. ‘Nos educamos para reproducirnos cómo mamás’, stelt de sociologe.⁹⁷ Een meisje leert van kinds af aan de vaardigheden om moeder te zijn, nog voordat ze vrouw is. Ze leert die ook passief in de zin dat ze weinig invloed zal hebben over de beslissing om al dan niet kinderen te hebben en op welke leeftijd dit gebeurt. Dit uit zich vanaf de eerste seksuele contacten op jonge



Foto 13: Dokter Luis Rojas meet de omvang van de buik van een zwangere vrouw

leeftijd. Er zijn gevallen bekend van meisjes die al moeder zijn van drie of vier kinderen wanneer ze achttien jaar oud zijn. Als één van deze kinderen ook op zeer jonge leeftijd moeder wordt, dan is men al zeer vroeg grootmoeder. Met andere woorden, concludeert de sociologe, het leven van sommige vrouwen speelt zich af tussen luiers en kinderen (Escóbar 2003). De zwangerschappen op jonge leeftijd kunnen risico's met zich meebrengen. Van de duizend bevallingen bij adolescenten, zijn er

slechts eenentachtig zonder complicaties. Slechts 27 op 100 vrouwen maakt gebruik van een moderne anticonceptie methode (Escóbar 2003).

Het onderwijs zou de diepgewortelde genderongelijkheid kunnen doen afnemen. De dokters van het centrum geven af en toe seksuele voorlichting en lessen over gelijkheid tussen mannen en vrouwen aan de lagere schoolkinderen van Villa Alto Pagador. De eerste week van mijn onderzoek ging ik mee naar deze lessen. De dokter vertelde de kinderen over het gevaar van AIDS en leerde hen dat ze hun partner eerst goed moeten leren kennen voordat men een relatie aangaat. Ook zei hij dat de meisjes eerst hun studie moeten afmaken, dan werk vinden en vervolgens pas aan kinderen moeten beginnen. “De familie is de hoeksteen van de

⁹⁷Vertaling: We leren onszelf om moeders te zijn.

samenleving”, zo zei hij. Wanneer een vijftienjarige zwanger is, is dat niet goed te keuren in het geval ze geen partner heeft, omdat man en vrouw samen horen. Hij vergelijkt het vormen van de familie met de constructie van een gebouw. “Je hebt bakstenen en cement nodig om een gebouw te bouwen,” zei hij.⁹⁸ In dit voorbeeld spreekt hij alleen de meisjes aan op hun mogelijk onverantwoorde seksuele gedragingen. Op deze manier blijft de nadruk liggen op het belang van het goede moederschap en vruchtbaarheid.

Een laatste factor die de genderverdeling in de hand werkt is het beeld dat de media schept van de vrouw als zijnde iemand die moet werken, voor de familie moet zorgen en gedefinieerd wordt als een seksueel object. Het eigen handelen en de beslissingsmacht van de vrouw worden genegeerd. De vrouw werkt, maar het is de man die beslist en bepaalt. Volgens Cavero moet het onderwijs juist deze boodschap meegeven: “*La mujer no es solo útero, sino también es capaz de crear conocimientos y generar empleos*”, wat wil zeggen dat de vrouw niet alleen maar een baarmoeder is, maar ook in staat is om kennis te ontwikkelen en een goede tewerkstelling kan krijgen.

Naast dat de inheemse culturele identiteit zich uit in vermeende genderverhoudingen, die de vrouw in een kwetsbare positie vastzet, werkt het strenge geloof bij sommige mensen ook mee aan het in standhouden van genderverhoudingen en het risico op vroegtijdige zwangerschappen. Vele bewoners van ‘La Zona Sur’ met een inheemse achtergrond zijn streng gelovig. Seksuele opvoeding en het gebruik van een condoom zijn nog steeds taboe binnen het katholieke geloof (Barret 1996: 62). Hierdoor wordt in vele gezinnen nog niet gepraat over de gevaren van seksueel onverantwoord gedrag.

Tegelijkertijd kunnen jongeren via internet en andere media in contact komen met seks. Deze informatie ligt binnen handbereik van de jongeren en is niet altijd gereguleerd, waardoor men makkelijk in contact komt met seksueel onverantwoord gedrag. Omdat de jongeren thuis of op school niet over seks praten, kan men de beelden op het net als norm zien (Iriarte 2008: 27 - 28). Deze factoren maken dat jongeren niet van alle seksuele risico’s op de hoogte zijn. In de meerderheid van de gevallen is de vrouw het kwetsbaarst en loopt zij de meeste risico’s op bijvoorbeeld ongewenste zwangerschap of ziektes. Zij is diegene die de sociale en psychologische gevolgen draagt.

De factor gender speelt ook een rol bij een consult. Het komt namelijk wel eens voor dat aan de echtgenoot van de vrouw wordt gevraagd om uit te leggen waar zijn vrouw pijn heeft. Dit kan te maken hebben met een taalachterstand te maken van de vrouw. Het laat echter ook zien

⁹⁸ Dokter Luis Rojas tijdens een les seksuele opvoeding aan de kinderen van de basisschool in Alto Pagador, 22 februari 2008.

dat mannen deze taalachterstand niet hebben. Het vertaalwerk van een echtgenoot kan wel eens voor een verkeerde diagnose zorgen. Erger is dat de vrouwen soms toestemming moeten vragen aan hun man om naar de dokter te gaan. Het Centro Alto Pagador kan op grote afstand van de woning liggen en daardoor zal de vrouw te ver van haar familie verwijderd zijn, te ver om het huishouden te runnen. Volgens dokter Santa Cruz is het een structureel fenomeen, dat sommige vrouwen met een inheemse achtergrond hun eigen beslissingen niet kunnen nemen en niet kunnen opkomen voor zichzelf. Volgens een enquête van een stagiaire psychologie in het medisch centrum, zijn de percentages voor seksueel misbruik, huiselijk geweld en vroegtijdige zwangerschappen in 'La Zona Sur' hoog.

Het zal moeilijk zijn om de problemen van tienerzwangerschappen tegen te gaan door middel van anticonceptie. In de Aymara cultuur moeten jongere vrouwen respect tonen voor oudere vrouwen en hen gehoorzamen. Als de oudere generatie afraadt om naar een dokter te gaan, zal de jongere generatie dit niet gauw tegenspreken. De Bruyn vindt het raadzaam om bijvoorbeeld oudere mensen uit te nodigen in de hospitaaltjes om hen meer vertrouwen in de dokters te geven (De Bruyn 1988: 61-62). Of zo'n idee werkelijk uitvoerbaar is, blijft de vraag. Waar het om gaat is het blijven bedenken van nieuwe manieren om de toegankelijkheid in de medische centra te vergroten.

Afsluitend

In dit hoofdstuk heb ik de meest voorkomende barrières tussen de dokters en patiënten onder de loep genomen die naar voren kwamen tijdens het onderzoek. Tijdens een consult speelden meestal verschillende factoren tegelijkertijd mee, dit heb ik in de eerste paragraaf laten zien aan de hand van enkele voorbeelden. In de analyse heb ik twee barrières onderscheiden, de socio-economische en de sociaal-culturele barrières. Onder socio-economische barrières vallen factoren zoals geldgebrek, laag onderwijsniveau en een moeizame communicatie. De culturele barrières hebben te maken met de inheemse culturele achtergrond van de patiënten zoals de 'ondergeschikte' houding van patiënten ten opzichte van de dokters en de positie van de vrouw, die in sommige gezinnen kwetsbaar is. De vrouw moet meestal zorg dragen voor het huishouden en de kinderen en dit laat haar niet altijd toe om op naar de dokter te gaan. Soms moet men ook toestemming aan de echtgenoot vragen om een medische ingreep te laten uitvoeren.

De verwachting dat patiënten een sterke voorkeur zouden hebben voor de traditionele geneeskunde, zoals het ministerie van Volksgezondheid zo vaststelde, bleek niet te kloppen volgens de patiënten van Villa Alto Pagador. De dokters menen dat het af en toe nog wel

voorkomt en ernstige problemen voor de gezondheid met zich meebrengt. Een reden waarom sommige mensen zich nog bezighouden met de traditionele geneeskunde komt volgens hen juist door de bovenstaande opgesomde barrières. Daarom zou men moeten blijven werken aan oplossingen voor de gestelde problemen, zodat de medische centra goed kunnen functioneren en de bevolking een betere gezondheid heeft.

Conclusie

Volgens cijfers van verschillende onderzoeken is het slecht gesteld met de gezondheid van de Boliviaanse bevolking en vertonen de gezondheidsdiensten ernstige gebreken. Kinder- en moedersterfte zijn nog erg hoog in het land en vele mensen hebben te maken met chronische aandoeningen. Het gaat dan met name over de medische zorg bij de arme bevolking met een inheemse achtergrond. Ik ben het onderzoek wat ten grondslag ligt aan deze scriptie begonnen met het bekijken van de concrete relatie tussen dokters en patiënten. Dit heb ik onderzocht in het Centro Alto Pagador in Villa Alto Pagador, Cochabamba. Tijdens de eerste observaties en gesprekken werd duidelijk dat er in dit contact verschillende elementen een rol speelden. Om deze elementen bloot te leggen heb ik naast dokters en patiënten ook gesproken met onderzoekers en beleidsmedewerkers die zich bezighouden met gezondheidszorg. Deze gesprekken gaven nieuwe inzichten en perspectieven op de relatie dokter-patiënt.

De inleiding ving aan met een situatie die zich heeft voorgedaan tijdens het veldwerk. In dit voorbeeld komen aspecten naar voren die kenmerkend zijn voor het verloop van een consult. Een consult ziet er over het algemeen als volgt uit: De communicatie tussen patiënten en dokters verloopt vaak moeizaam en dokters lijken ongeduldig en dominant ten opzichte van de patiënt. Daarnaast lijkt de patiënt zich onderdanig op te stellen en de dokters kunnen de soms niet voldoende medische hulp bieden, waardoor de patiënt zich niet goed behandeld voelt. De problemen die aan bod komen, zijn deels te herleiden op cultureel historische achtergronden. Om dit te verduidelijken heb ik in de inleiding een uiteenzetting gegeven van de context van Bolivia in historisch perspectief.

In de verschillende hoofdstukken zijn de mogelijke oorzaken van deze moeilijke relatie tussen dokters en patiënten weergegeven. Hierbij is een breed perspectief toegepast om de complexiteit van een interpersoonlijk probleem te duiden. Hierbij vind ik het belangrijk dat de verschillende actoren die in de dokter-patiënt relatie invloed hebben aan bod komen. In deze scriptie wordt eerst het overheidsbeleid behandeld waarna via de wijk wordt ingezoomd op de patiënt relatie. De overheid en het door hen ontwikkelde gezondheidsbeleid geeft de randvoorwaarden en context waarin de problematiek zich afspeelt.

Uit hoofdstuk één is op te maken dat de overheid inspanningen onderneemt en ook prioriteit ziet om de gezondheidszorg toegankelijker te maken voor de armere bevolking. De overheid voert de regie over de ziekenhuizen en gezondheidsprogramma's. Het concreet gevoerde beleid en de uitvoering van het beleid is echter onderwerp van veel kritiek.

Zo is de SUMI-wet, die in het leven is geroepen om de medische zorg voor moeders en kinderen te bekostigen, niet geheel kostendekkend bij enkele veel voorkomende aandoeningen. Daarnaast sluit de inhoud van de gezondheidsprogramma's niet aan bij de mogelijkheden voor de uitvoering van deze programma's. De uitvoering wordt bijvoorbeeld beperkt door de specifieke en armoedige leefsituatie van vele mensen in het gebied. Ook heeft de overheid medische hulp aangenomen van Cuba. Het gevolg is echter een tweedeling in de aanbieders van betaalbare zorg. Een laatste punt van kritiek is gericht op het stimuleren van de inheemse traditionele zorg als onderdeel van het reguliere gezondheidsbeleid. De bijhorende beleidsmaatregelen zijn in lijn met het gevoerde beleid van Eva Morales, maar getuigen volgens respondenten van een essentialistische visie van de inheemse bevolking, die geen recht doet aan de heterogene werkelijkheid. Niet alle mensen met een inheemse identiteit zijn voorstander van de traditionele geneeskunde.

De overheid kan dus met de gestelde inspanningen haar doel niet bereiken doordat deze een te nauwe visie heeft op de gezondheidszorg. In het gezondheidsbeleid wordt geen rekening gehouden met de bredere socio-economische problematiek. Deze oefent echter wel zijn invloed uit op de vormgeving en werkzaamheid van de gezondheidszorg. De sociale context heeft namelijk zijn invloed op de gezondheidsproblemen van vele mensen voor wie het beleid is opgesteld.

In hoofdstuk twee laat ik de noodzaak van een breder perspectief op de gezondheidszorg zien aan de hand van de sociale context van de wijksituatie in Villa Alto Pagador. Deze wijksituatie is erg armoedig. In de zuidelijke wijk Villa Alto Pagador is gebrek aan schoon water, er is weinig elektriciteit en de behuizing van de meeste bewoners laat te wensen over. In tegenstelling tot deze arme wijken zijn in de noordelijke wijken de basisvoorzieningen ruimschoots voorhanden.

Deze urbane tweedeling wordt ervaren als een sociale uitsluiting en getuigd van discriminerende processen ten nadele van de inheemse bevolking. Zoals in de inleiding uiteengezet, doen deze processen zich al veel langer voor. De problemen verergeren, omdat de migratie van inheemse families naar het zuidelijke stadsgebied blijft toenemen. De gezondheidszorg in Villa Alto Pagador is ontoereikend. Het Centro Alto Pagador is de enige medische dienst in de omgeving en heeft te maken structurele tekorten. Bovendien veroorzaakt de armoedige leefsituatie in Villa Alto Pagador chronische aandoeningen. Deze chronische ziektes worden door het gezondheidsbeleid van de overheid niet opgelost. Dat komt omdat niet alle structurele problemen door het beleid worden aangepakt. Door deze situatie is de vooropgestelde gezondheidszorg niet toereikend voor de plaatselijke bevolking.

Hoofdstuk drie laat zien hoe de situaties uit de vorige hoofdstukken invloed kunnen hebben op de relatie tussen dokters en patiënten. Deze relatie kenmerkt zich door verschillende barrières. Tot de socio-economische barrières behoren geldgebrek, het lage onderwijsniveau van sommige patiënten en taalbarrières. Ook de lange wachtrijen door het grote aantal patiënten en de gehaaste consulten ontmoedigen sommige patiënten om naar de dokter te gaan.

Daarnaast zijn er barrières die te herleiden zijn op de inheemse culturele achtergrond van patiënten. Vele patiënten stellen zich ondergeschikt op ten opzichte van hun dokter. Ze zijn wantrouwend en angstig, wat het verloop van het consult belemmerd. Ook bepaalde genderverhoudingen tussen mannen en vrouwen belemmeren een tijdig doktersbezoek. Vrouwen hebben een ‘driedubbele werkdag’ en zodoende weinig tijd voor een doktersbezoek. Door deze genderverhoudingen is het eveneens moeilijk om het anticonceptiebeleid van de overheid uit te voeren. Met dit beleid wil men de moeder- en kindsterfte tegengaan. Ook dienen sommige vrouwen nog te gehoorzamen aan de oudere generatie, die het doktersbezoek ontmoedigt.

De verschillende hoofdstukken, in hun totaliteit, tonen aan dat de dokter-patiënt relatie een complexe en moeilijke relatie is. De verklaring hiervoor is gelegen in diverse oorzaken. Dit alles maakt het probleem onoverzichtelijk en gelaagd, waardoor hapklare oplossingen niet voor de hand liggen.

Bibliografie

- Albro, Xavier
2006 The Culture of Democracy and Bolivia's Indigenous Movements. *Critique of Anthropology*, Vol. 26 (4): 387-410.
- Assies, Willem
2003 "David versus Goliath in Cochabamba: Water Rights, Neoliberalism, and the Revival of Social Protest in Bolivia". *Latin American Perspectives*, Vol. 30 (3): 14-36.
- Baldwin, Elaine et.al.
2004 Introducing Cultural Studies. Harlow, England [etc.]: Pearson Education Limited.
- Barrett, Stanley, R.
1996 A student's guide to theory and method. Toronto [etc.]: University of Toronto Press.
- Baud, Michiel, e.a.
1994 Etniciteit als strategie in Latijns-Amerika en de Caraïben. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Bossert, Thomas, e.a.
2000a Decentralization of Health Systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 8 (1-2): 84 – 92.
- Bruyn, Maria de
1988 De Algunas Personas Dicen que Tienen Buenos Manos. Actitudes de los Pacientes Populares Frente a la Salud. *Cuaderno de Investigación Social*, Vol 2 (26): 1-84.
- Choque, Jobita Sandy e.a.
2008 Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI. In: Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina, Victor Manuel del Cid. Lucero (ed.). Nicaragua: Uraccan.
- Córdova P., Kathya
2008 Introducción. De la salud-salud al análisis de la economía-salud comunitaria. In: Salud Comunitaria en Bolivia, Desafíos hacia la Equidad. Cochabamba, Bolivia: South Group.
- Cuéllar, Carlos J.
2000 Resource Mobilization and Health Sector Reform in Bolivia: The PROSALUD Experience. Washington DC: World Bank Institute.
- Djadda, Nancy
2005 Health and Equity in Bolivia. International Development Studies, Utrecht University.
- Eckstein, Susan Eva & Timothy P. Wickham-Crowley
2003 Struggles for Social Rights in Latin America: Claims in the Arenas of Subsistence, Labor, Gender, and Ethnicity. In: *Struggles for social rights in Latin America*. Eckstein, Susan Eva & Timothy P. Wickham-Crowley (eds.) New York [etc.]: Routledge.
- Égido, Iván
2008 Focus 5: Bolivia's social and ethnic tensions, split identity. *Development and Coöperation*, Vol. 49 (4).
- Erik Klinenberg
2001 Bodies That Don't Matter: Death and Dereliction in Chicago. *Body and Society*, Vol. 7 (3): 121-136.
- Estrada, Gloria Patscheider
2008 Nosotros y las Otras. Percepción de las Mujeres de Distintos Contextos Socio-culturales de Cochabamba. Cochabamba: IFFI.
- Feinsilver, Julie M.

- 1993 Healing the masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad. Berkely [etc.]: University of California Press.
- Gill, Lesley
2000 Teetering on the Rim. Global Restructuring, Daily Life, and the Armed Retreat of the Bolivian State. New York: Columbia University Press.
- Goldstein, M. Daniel
2004 The spectacular City: Violence and performance in urban Bolivia. Durham, N.C. [etc.]: Duke University Press.
- Hagens, Arnold
2008 Presentación. In: Salud Comunitaria en Bolivia, Desafíos hacia la Equidad. In: Kathya Córdova Pozo. South Group: Cochabamba, Bolivia.
- INE
2004 Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. INE: La Paz.
- Iriarte, Karen Orosco
2008 Estatus de Salud en Bolivia. In: Salud Comunitaria en Bolivia, Desafíos hacia la Equidad. Kathya Córdova Pozo. South Group: Cochabamba, Bolivia.
- Jetté C. & R. Rojas
1999 Cochabamba, Potosí, Tarija, Chuquisaca - Pobreza, Género y Medio Ambiente. Centro de Estudios & Proyectos SRL - Embajada Real de los Países Bajos. La Paz: Muela del Diablo.
- Kieboom, Marlieke
2007 Verdeel en Heers, een studie naar sociale uitsluiting en actieve burgerparticipatie in Cochabamba, Bolivia. Masterscriptie, Universiteit Utrecht.
- Klein, Herbert S.
2003 A Concise History of Bolivia. Cambridge: Cambridge University Press.
- Klinenberg, Eric
2004 Bodies that don't matter: death and dereliction in Chicago. *Body and Society*, Vol. 7 (2-3): 121 – 136.
- Ledo García, Maria del Carmen
2002 Urbanisation and poverty in the cities of the national economic corridor in Bolivia: case study: Cochabamba. Delft: DUP Science.
- Limachi, Rufino P'axsi
2007 La Salud por la Medicina Natural y Cultura Qullana-Aymara. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- Marshall, T. H. & Tom Bottomore
1992 Citizenship and Social Class. Londen [etc.]: Pluto Press.
- McNeish, J. A.
2006 Stones on the road: the politics of participation and the generation of crisis in Bolivia, *Bulletin of Latin American Research*, Vol. 25 (2): 220–240.
- Miles, Ann & Thomas Leatherman
2003 Perspectives on Medical Anthropology in the Andes. In: Medical Pluralism in the Andes, eds. Koss-Chioino, Joan D. e.a. London [etc.]: Routledge.
- Ministerio de Salud y Deportes
2005 Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.
- Montes, Fernando
1992 Medicina tradicional y medicina occidental. *Revista Unitas*, Vol. 7.
- OPS
2004 Resumen del análisis de situación y tendencias de salud – Bolivia. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

- Oostra, Menno Frans
 2003 Bolivia: mensen, politiek, economie, cultuur en milieu. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Postero, Nancy Grey
 2007 Now we are citizens: indigenous politics in postmulticultural Bolivia. Stanford [etc.]: Stanford University Press.
- Wacquant, Loic
 1999 Urban Marginality in the Coming Millennium. *Urban Studies*, Vol. 36 (10): 1639 – 1647.

Krantenartikelen

- Escóbar, Roxana, N.
 2003 Las mujeres Bolivianas son las que tienen más hijos en Latinoamérica. *El Deber*. 27 oktober 2003.
- Los Tiempos
 2008 Perros Callejeros en Cochabamba. Registran 20 casos diarios de mordeduras. *Los Tiempos*. 26 maart 2008.
- Los Tiempos
 2008 1.500 enfermos nuevos de tuberculosis por año. *Los Tiempos*. 25 maart 2008.
- Opinión
 2008 Cochabamba tiene un médico para 30 mil habitantes cuando debería haber 6 galenos. *Opinión*. 32 september 2008.

Artikelen/ informatie op websites

- Asica Sur
 2008 Zona Sur...La otra llajta. <http://asica-sur.org/Ubicacion.php> (22 juni 2008).
- Durain, Ivain Arias
 2007 La historia y su Salud: 24 Años de Avances. *Columnistas.net.Bolivia*
<http://columnistas.net/columnistas.php?idArticle=120465&idCuaderno=118569&contador=5> (21 december 2007).
- INE
 2008 Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. www.ine.gov.bo/ (23 oktober 2008).
- Feinsilver, Julie M.
 2006 Cuban Medical Diplomacy: When the Left Has Got It Right. www.coha.org (13 oktober 2008).
- Ministerio De Salud y Deportes
 2007 Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Bolivia.
www.sns.gov.bo/viceministerio/medicina-tradicional/ (20 december 2007)
- Pan American Health Organization (PAHO)
 2004 Salud: un puente para la unidad de la sociedad boliviana.
<http://enfermeria.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=5514&S22=b> (5 oktober 2008).
- PCI Bolivia
 2008 Salud y Vida: Antecedentes y justificación del proyecto.
www.pciBolivia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=83&Itemid=202 (23 oktober 2008).
- RIVM
 2008 Nationaal Kompas Volksgezondheid: Sepsis.
www.rivm.nl/vtv/object_class/kom_sepsis.html (18 oktober 2008).

WHO

2008 WHO 60th anniversary: our health, our future.
www.who.int/who60/en/ (5 oktober 2008).

Figuren en afbeeldingen

Figuur 1 Kaart van Bolivia

Geocities

www.geocities.com/adamhelman/llimani/images/Bolivia_political_map.jpg

Figuur 2 Luchtfoto Cochabamba

Google Earth (2008)

Figuur 3 Kaart onderzoekslocatie

SEDES (2004): Ubicación del Centro De Salud, 'Comuna Valle Hermosa'.

Bijlage

Bijlage 1: Respondenten

Sleutelinformanten

Luis F. Rojas Terrazas	Directeur en hoofddokter Centro Alto Pagador
Kathya Córdova	Onderzoekster bij 'South Group'
Jorge Santa Cruz Bermúdez	Dokter in Centro Alto Pagador
Fernanda Silva Magalhaes	Arts in opleiding, Centro Alto Pagador
Jesscia Toledo	Arts in opleiding, Centro Alto Pagador
Remberto Choque	Administrator Centro Alto Pagador
Daniel Illanes Velarde	Directielid SEDES Cochabamba, medisch specialist in tropische geneeskunde en docent aan de universiteit Del Valle
Patiënten	Geïnterviewde patiënten Centro Alto Pagador (15)

Informanten

Cecilia Estrada	Directrice IFFI, Centrum voor Vrouwenrechten
Carmen Pérez	Administrator SEDES afdeling Planologie
Diego	Arts spoedeisende hulp, Viedma ziekenhuis
Doña Modesta	Hoofdverpleegster Centro Alto Pagador
José-Luis	Dokter 'Artsen Zonder Grenzen' (Argentinië)
Julia	Verpleegster Centro Alalay
Lily Reynolds	Lerares Spaans
Limber López	Chirurg Viedma ziekenhuis
Maria Lohman	Ex-directrice CEDIB, oprichtster SomosSur
Patricia Reynolds	Lerares Spaans
Ministerio de Salud y deportes	Vertegenwoordigster 'viceministerie van Traditionele en Interculturele Gezondheidszorg', La Paz
Télis	Geneeskunde student Universiteit UMSS
María Jesús	Verpleegster Centro de Salud Colcapirhua
Andrés Cuchieri	Directeur Centro de Salud Colcapirhua
Carla Velarde	Docente Geneeskunde Universiteit Univalle
Julio Alguilar	Directeur Centro Sebastián Pagador
Celestina	Tandartse in opleiding, Centro Alto Pagador
Angélica Claros	Ex-Portierster, Patiënte Centro Alto Pagador
Arnold	Patiënt
Narleide	Arts in opleiding, Centro Alto Pagador
Roger	Administrator Centro Alto Pagador
Dr. Alacón	Sociaal werker Viedma ziekenhuis
Miguel Tapia	Directeur Viedma ziekenhuis
Pamela	Patiënte Centro Alto Pagador
Noelia	Patiënte Centro Alto Pagador
Marlene	Patiënte Centro Alto Pagador
Hilda	Patiënte Centro Alto Pagador
Ouders baby Joselina	Ouders van patiëntje dat naar het kinderziekenhuis moest
Naam onbekend	Verantwoordelijke spoedafdeling kinderziekenhuis
Raúl Ramírez	Dirigente OTB Villa Alto Pagador
Benedita	Patiënte Centro Alto Pagador
Casilda	Patiënte Centro Alto Pagador

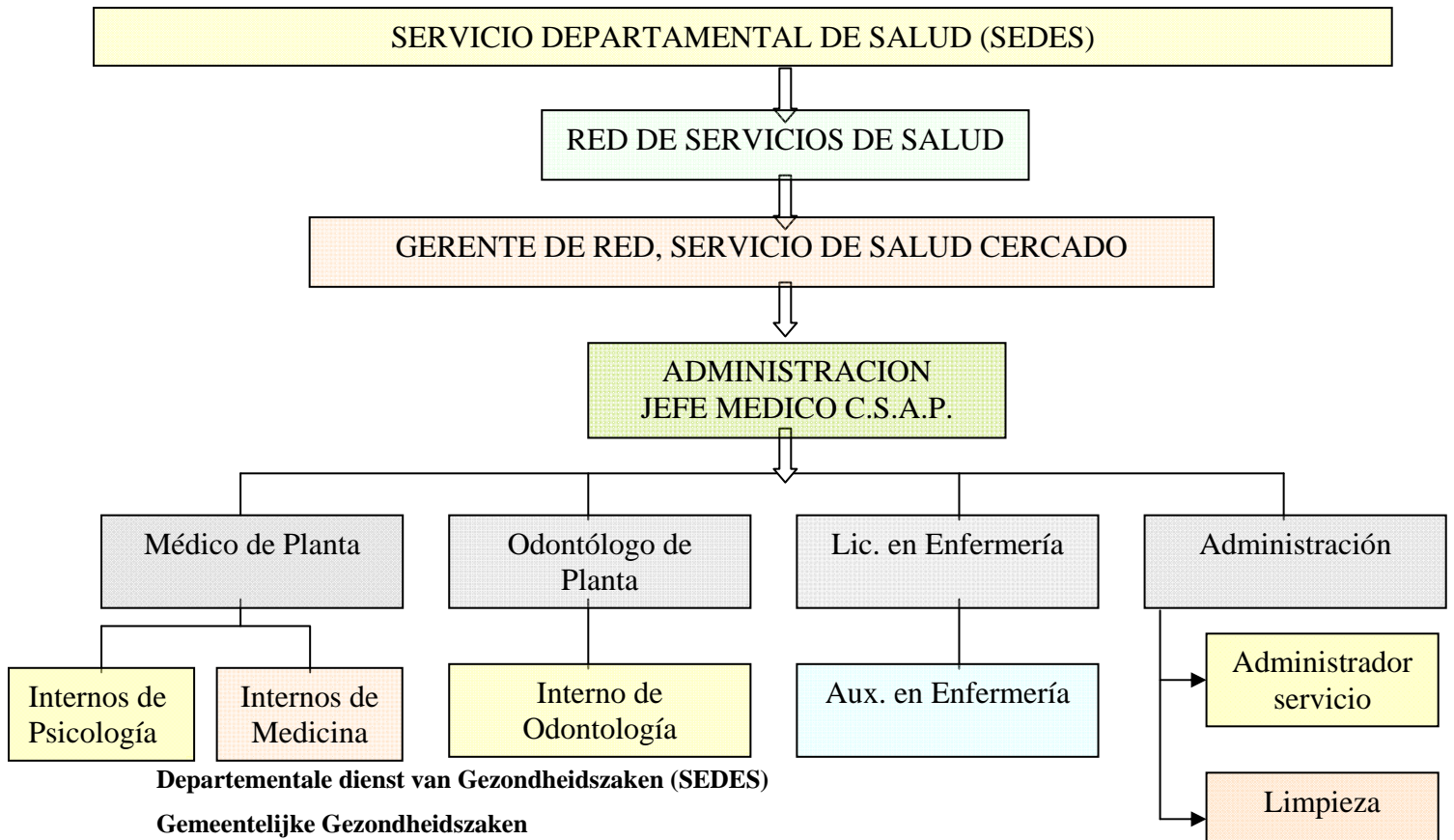
Clara	Patiënte Centro Alto Pagador
María Lena	Verpleegster Centro Alto Pagador
Henry	Student verpleegkunde Centro Alto Pagador
Erik	Student psychologie Centro Alto Pagador
Corina	Patiënte Centro Alto Pagador
Camilo	Braziliaanse student geneeskunde
Claudia	Studente psychologie Centro Alto Pagador
Jacqueline Fernández	Odontoloog Centro Alto Pagador
Doña Reina	Conciërge C.S.A.P. en bewoner van Villa Alto Pagador
Portier	Univalle Universiteit Tiquipaya
Ívan Égido (<i>e-mailcontact</i>)	Voormalig Politiek adviseur bij CIDOB en medewerker op het ministerie voor Inheemse Zaken, auteur artikel 'Split Identity'.

Bijlage 2: Het medische team van Centro Alto Pagador



Foto 14 Enkele medewerkers van Centro Alto Pagador. Van links naar rechts: Fernanda, Henry, Dr. Santa Cruz (vooraan), Dra. Fernández, Claudia, Don Remberto (vooraan), Doña Modesta, Dr. Luis Rojas (directeur van het centro Alto pagador) en Jessica.

Bijlage 3: Organigram van het Centro de Salud Alto Pagador (C.S.A.P.)



Departementale dienst van Gezondheidszaken (SEDES)

Gemeentelijke Gezondheidszaken

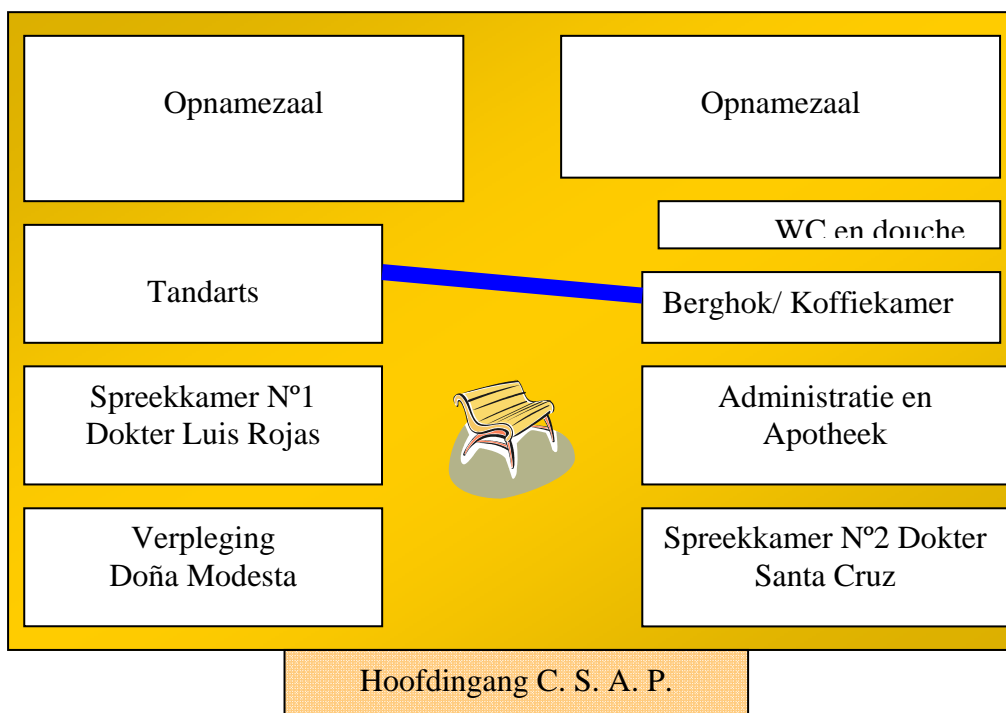
Het bestuur van de lokale Gezondheidszaken

Directeur van het Centro de Salud Alto Pagador (C.S.A.P.)

v.l.n.r.: Arts van de 'afdeling', tandarts van de 'afdeling', verpleging, administratie

v.l.n.r.: Stagiares psychologie en geneeskunde, stagiaire tandheelkunde, assistenten van de verpleging, administratiemedewerker, schoonmaakpersoneel/conciërge.

Bijlage 4: Plattegrond van het Centro de Salud Alto Pagador



Bijlage 5: Reflectie op ethische kwesties

Bij het onderzoek kwamen een aantal ethische kwesties naar voren, die mij deden nadenken over mijn mogelijkheden van onderzoek doen. Een aantal overwegingen wil ik in deze reflectie bespreken.

Ik kreeg vanaf het moment dat ik toestemming had om onderzoek te doen in het Centro Alto Pagador meteen '*carte blanche*' van de dokters in mijn manier van onderzoek doen. Ik mocht alle consulten bijwonen, deelnemen aan allerlei activiteiten en vragen stellen aan patiënten en dokters. De directeur moedigde mij zelfs aan om foto's te maken en zoveel mogelijk met de patiënten te praten. Dit gaf natuurlijk een zeer welkome vrijheid om mijn onderzoek te kunnen uitvoeren.

Toch vond ik het nodig om bij enkele dingen stil te staan, omdat ze met ethische kwesties te maken hebben. Ik was in de eerste instantie in het medisch centrum om onderzoek te doen als antropoloog, ik was geen dokter. Ook al stelden patiënten zich tijdens de consulten misschien de vraag of ik al dan niet een dokter was, ik wou niet dat men dit van mij dacht om misverstanden te voorkomen. Daarnaast hield ik ook in mijn achterhoofd dat ik te maken had met een situatie waarin het doktersgeheim van kracht is. Ik heb er daarom voor gekozen om namen van patiënten te fingeren.

Hoever kon ik gaan in het volgen van consulten? Ik vroeg me altijd af waar ik me zelf als patiënt ongemakkelijk bij zou voelen en keek daarnaast naar reacties van patiënten. Ik vond het bijvoorbeeld niet gepast om toe te kijken wanneer bij een vrouw een uitstrijkje werd genomen of een spiraaltje werd geplaatst. Ik zette me dan aan het hoofd van het bed of hield een doek omhoog waarachter de vrouw zich kon omkleden.

Ik vond het ook niet gepast om zomaar foto's te maken van alle patiënten, hoe graag ik dit ook doe. Ik vroeg bijvoorbeeld aan de dokters of zij een moment konden aangeven wanneer het gepast was om een patiënt te fotograferen. Zij kenden immers de patiënten. Aan de hand van de foto's in deze thesis zouden enkele patiënten mogelijk herkend kunnen worden, maar de foto's dienen ter illustratie en zijn naar mijn mening niet bezwarend voor de patiënt in kwestie.

Ik ben ook een week lang rond gaan kijken op de spoedafdeling in het Viedma ziekenhuis van Cochabamba. Kathya Córdova, een onderzoekster naar gezondheidszorg in Bolivia, die ik intussen had ontmoet, heeft toen een brief opgesteld voor de directeur van het Viedma ziekenhuis, Migel Tapia, om toestemming te vragen om in zijn ziekenhuis rond te kijken en een interview te kunnen afnemen met patiënten en dokters. Na een gesprek met de directeur

van het Viedma en een voorstelling aan enkele dokters, kreeg ik de vrijheid om op de spoedeisende hulp rond te lopen en vragen te stellen aan de patiënten. Ik mocht ook enkele consulten bijwonen een oncoloog en een hersenchirurg. Deze aangelegenheid gaf mij de kans om de situatie van het kleine medisch centrum te vergelijken met de situatie in grotere ziekenhuizen.

Aan het volgen van de kleine baby naar het kinderziekenhuis zijn een aantal serieuze overwegingen voorafgegaan. Het verhaal van de baby was niet het enige ernstige geval in de maanden dat ik onderzoek deed. Verschillende keren daarvoor had ik de mogelijkheid om mee te gaan met een ambulance richting de stad. Telkens spoorde de directeur van het centrum me aan om mee te gaan en kreeg ik ook de toestemming van de ambulance medewerkers.

Volgens enkele informanten zou het volgen van een transfer een beter beeld geven van de gelaagdheid van het probleem. In de grote ziekenhuizen krijgt men zeer veel patiënten, die naar de ziekenhuizen komen omdat hun probleem zich zodanig gecompliceerd heeft door het uitstellen van een doktersbezoek, dat men met spoed geholpen moet worden.

Ik vond het echter moeilijk om mee te gaan met zo'n transfer zonder toestemming te vragen aan de patiënt, ik zou immers de patiënt volgen en niet de ambulancemedewerkers. Tijdens de noodsituaties was het onmogelijk om mijn onderzoek uit te leggen aan de patiënt. Mensen hadden veel pijn op die moment, waren angstig of in paniek en wilden zo snel mogelijk geholpen worden. Toen ik uiteindelijk besloot om mee te gaan in de ambulance om de kleine baby te volgen naar het kinderziekenhuis, legde de ambulancemedewerker aan de ouders uit dat ik met een onderzoek bezig was om de gezondheidszorg in kaart te brengen en of het OK was dat ik mee ging. Ik heb me voor zover het kon zoveel mogelijk op de achtergrond gehouden tijdens de opname van het kindje, maar toch ook vragen durven stellen aan het personeel en mijn steun betuigd aan de ouders.

Achteraf had ik ook twijfels of ik wel had moeten meegaan. Het kindje was overleden en ik voelde me op een of andere manier schuldig. Toen ik met de dokters hierover in gesprek ging, zeiden zij echter dat deze situaties veel voorkomen en het juist goed was dat ik dit 'aan het licht' bracht. De dokters vonden het belangrijk dat hun situatie en die van de patiënten naar buiten werd gebracht en werd opgeschreven. Als meer onderzoekers dit zouden doen, zou men misschien beter gehoord worden in Bolivia en de rest van de wereld.