

# Multiculturalisme in de gezondheidszorg

Over inheemse genezing en de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg in Santiago Atitlán, Guatemala



Kim Medendorp

# Multiculturalisme in de gezondheidszorg

Over inheemse genezing en de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg in Santiago Atitlán, Guatemala

*Foto's omslagpagina: betreffen de centro de salud, de puesto de salud en de mercado in Santiago Atitlán. Genomen door Kim Medendorp*

Kim Medendorp 3340678

K.A.Medendorp@students.uu.nl

Begeleider Marike van Gijsel

Bachelorscriptie Culturele Antropologie

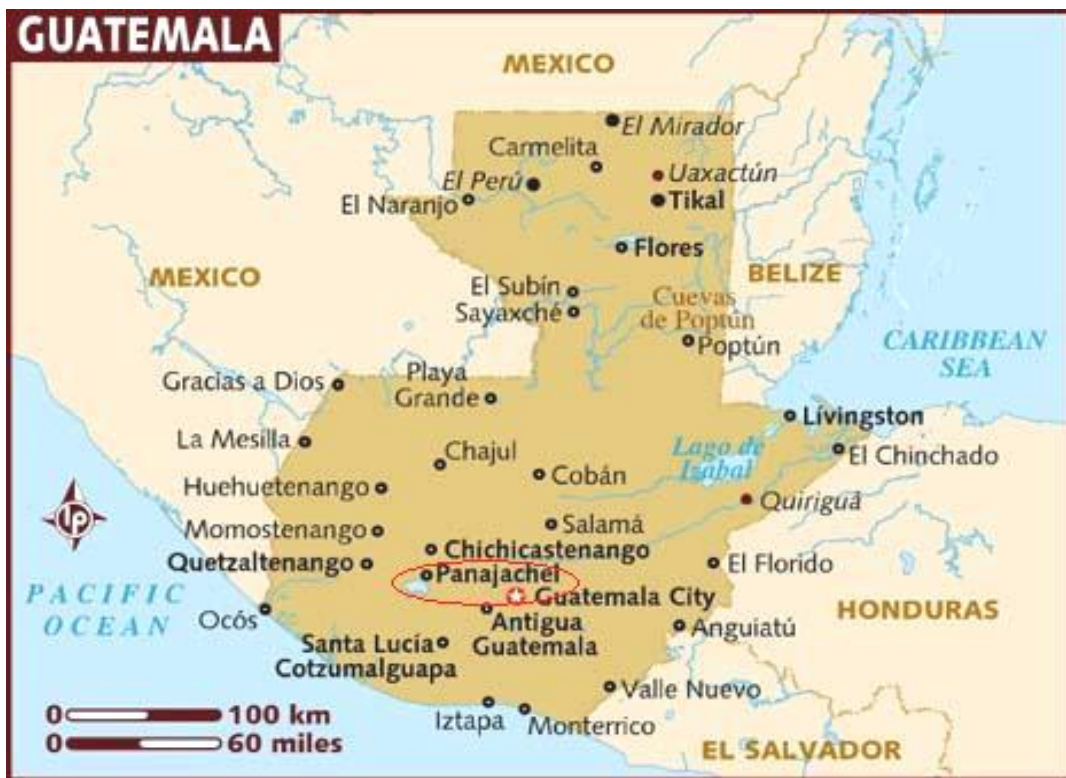
24 juni 2011

## Inhoudsopgave

Kaart Guatemala & Santiago Atitlán	p. 5
Voorwoord	p. 6
Inleiding	p. 7
Hoofdstuk 1: Theoretische onderbouwing	p. 12
1.1 Etniciteit	p. 12
1.1.1 Constructivistische ideeën van etniciteit	p. 13
1.1.2 Hedendaagse wetenschappers over het concept etniciteit	p. 14
1.2 Categorisering en stereotypering	p. 15
1.2.1 Etnische hiërarchieën in Latijns-Amerika	p. 16
1.3 Multiculturalisme	p. 18
1.3.1 Inheemse bewegingen	p. 19
1.4 Inheemse gezondheidszorg	p. 20
1.4.1 Incorporatie van inheemse zorg in de conventionele zorg	p. 22
Hoofdstuk 2: Context	p. 24
Hoofdstuk 3: Zorglandschap Santiago Atitlán	p. 27
3.1 Privéartsen en privéklinieken	p. 27
3.2 De staat en de kerk	p. 29
3.3 Rol van <i>farmacias</i>	p. 30
3.4 Samenwerking	p. 31
Hoofdstuk 4: De (veranderende) ideeën en gebruik van inheemse medicijnen	p. 34
4.1 Redenen voor het gebruik van inheemse medicijnen	p. 34
4.2 Verandering van cultuur	p. 36
4.3 Ideeën van artsen over inheemse medicijnen	p. 38
Hoofdstuk 5: Toegankelijkheid voor inheemsen tot de conventionele zorg	p. 41
5.1 Motivatie voor gebruik van een bepaalde zorginstelling	p. 41
5.2 Actie?	p. 43
5.3 Mening van artsen over de inheemse bevolking	p. 45
5.4 Genderverhoudingen in Santiago Atitlán	p. 46

Hoofdstuk 6: Conclusie	p. 49
Literatuurlijst	p. 54
Bijlagen	p. 61
Bijlage 1: Reflectieverslag	p. 61
Bijlage 2: Samenvatting in het Spaans	p. 64

## 1. Kaart Guatemala



## 2. Kaart Santiago Atitlán



<sup>1</sup> Kaart afkomstig van [http://www.kerkinactie.nl/site/uploadedDocs/map\\_of\\_guatemala1.jpg](http://www.kerkinactie.nl/site/uploadedDocs/map_of_guatemala1.jpg), 8 juni 2011

<sup>2</sup> Kaart afkomstig van [http://www.larutamayaonline.com/guatemala/maps/lake\\_atitlan\\_map.php](http://www.larutamayaonline.com/guatemala/maps/lake_atitlan_map.php), 8 juni 2011

## **Voorwoord**

Trots en opgelucht. Dat zijn de gevoelens die overheersen als ik de laatste hand leg aan mijn scriptie en dit voorwoord schrijf. Al vanaf dat het studiejaar 2010-2011 begon, is er geen dag voorbij gegaan dat Guatemala en het bijbehorende onderzoek aan mijn gedachten zijn onttrokken. Dit hele jaar stond in het teken hiervan en nu het einde is genaderd, denk ik met weemoed terug aan de tijd dat ik nog allerlei voorbereidingen moest treffen voor de grote uitdaging. Want wat was het af en toe ploeteren, maar wat heb ik er ongelooflijk van genoten en veel van geleerd. Af en toe kreeg mijn omgeving de volle laag, omdat ik helemaal vastliep. Mam, bedankt dat ik zo vaak mijn gal mocht spuwen. En Niek, ik mocht keer op keer tegen je aanpraten omdat ik zo'n heimwee had en je wist me op de goede momenten af te leiden met een rondje hardlopen, waarna ik weer nieuwe moed had gekregen om verder te schrijven. Maar vooral mijn drie vriendinnen, Vicky, Juud & Lot, die in hetzelfde schuitje zaten, het was onvergetelijk!

Ik ben opgelucht dat het me is gelukt deze scriptie te schrijven en tegelijkertijd ben ik ook trots op het eindresultaat. Ik hoop dat ik de situatie in Santiago Atitlán goed heb kunnen weergeven en dat ik de inwoners een stem heb kunnen geven. Mijn dank is groot voor hun medewerking en zij hebben mijn tijd in Santiago heel bijzonder gemaakt.

## Inleiding

"Inheemse Guatemalteken nog slechter dan vroeger" kopt het Mondiaal Nieuws op 6 december 2010. "De situatie van de inheemse volken is nog slechter dan vroeger", zegt Eduardo Sacayón, directeur van het Instituut voor Interetnische Studies van de Universiteit San Carlos. "De armoede is nog verscherpt, de kwaliteit van het onderwijs is erbarmelijk, en in de gezondheidszorg ontbreekt een interculturele visie."

Zulke berichten zetten wel aan tot nadenken. Anno 2011 is het toch bijna ondenkbaar dat met alle mogelijkheden (denk aan geld, technologieën..) tot onze beschikking, er mensen zijn die in erbarmelijke omstandigheden leven? Dat gebeurt nu toch niet meer? Maar berichten zoals hierboven doen helaas anders vermoeden. Er overheerst in Latijns-Amerika het idee dat de inheemse cultuur geen waarde heeft en de westerse wel (Frankema 2008). Deze discriminatie is de inspiratiebron van dit onderzoek geweest en het onderzoek richt zich op uitwerkingen van principes van multiculturalisme in de conventionele gezondheidszorg (verderop in de inleiding leg ik uit op welke principes ik me heb gericht).

De kolonisatie in Latijns-Amerika heeft een grote rol gespeeld bij het ontstaan van onderscheid en discriminatie op basis van etniciteit en heeft zijn sporen nagelaten in Latijns-Amerikaanse samenlevingen (Frankema 2008). Een inheemse (*indígena*) werd toen al als minder beschouwd dan een *ladino*<sup>3</sup>. Deze categorisering is op basis van etniciteit en daar speelt stereotypering een rol bij. Eriksen (2002) omschrijft stereotypen als de creatie en het consistent gebruik van gestandaardiseerde opvattingen van de culturele verschillen tussen groepen (2002: 23). Het zijn overdreven beelden van een groep mensen wat niet strookt met de werkelijkheid en kunnen discriminerend zijn. De grenzen van de eigen groep worden gedefinieerd en de superioriteit van een bepaalde groep wordt bevestigd (Anderson 1983; Eriksen 2002: 24).

Uit het krantenbericht hierboven blijkt dat rechten van inheemsen (*indígenas*), die inferieur zijn in de hiërarchie ten opzichte van *ladinos*, nog steeds geschonden worden, ondanks dat de Latijns-Amerikaanse landen zich presenteren als multiculturele staten (Rasch 2008; Sieder 2007). Multiculturalisme is het idee dat elk persoon recht heeft op gelijk respect en zorg en niet behandeld moet worden als een ondergeschikte (Okin 1999). Voor mijn onderzoek betekent dit dat elke culturele groep recht heeft op dezelfde zorg en gelijke behandeling daarbinnen. Multiculturaliteit betreft de praktijk waarin het gebeurt; de

---

<sup>3</sup> Dit Spaans/inheems gemixte ras wordt in de meeste Latijns-Amerikaanse landen *mestizo* genoemd, in Guatemala *ladino*.

multiculturele setting, het feit dat er meerdere culturele groepen met hun levenswijze in een land wonen (Marrone 1999). Voor de gezondheidszorg betekent dit er rekening moet worden gehouden met de culturele tradities of medicijnen die mensen willen gebruiken (Olthuis & van Heteren 2003). Het erkennen van multiculturalisme houdt met name het toekennen van groepsrechten in (Sieder 2007: 213). Groepsrechten zijn rechten waar elke groep beroep op kan doen, zoals het recht op vereniging en zelfbepaling (Amnesty 2010). Naast groepsrechten bestaan er ook individuele rechten (Wilson 1997). Dit betreffen rechten waar elk individu aanspraak op kan maken, zoals het recht op politieke en economische vrijheid (Reidel 2010). Interessant is om te kijken hoe er wordt vormgegeven aan multiculturalisme in een land dat veel rechtenschendingen en discriminatie kent.

Voor het behouden of verkrijgen van groepsrechten van de inheemse bevolking zijn er inheemse bewegingen die daarvoor strijden. Ze geven de inheemse bevolking een stem, maar behalen, zoals blijkt uit de krantenkoppen, helaas wel wisselend succes. Welke vormen neemt discriminatie, impliciet/expliciet en ook vanuit de staat, aan in de conventionele gezondheidszorg en hoe ervaren *indígenas* deze discriminatie? Deze en andere gerelateerde vragen komen aan bod in dit onderzoek.

In mijn onderzoek richt ik me dus op een deelaspect van het ontbreken van rechten van de inheemse bevolking en van discriminatie, namelijk op het gebied van de conventionele gezondheidszorg. Ondanks de successen van sommige inheemse bewegingen, is het soms nog slecht gesteld met deze rechten van inheemsen. Het blijkt namelijk dat veel inheemsen een slechtere gezondheidspositie hebben dan *ladinos*. Ze hebben vaak geen toegang tot de conventionele gezondheidszorg of hele slechte zorg (Lima 2010). Dit resulteert in hogere kinder- en moedersterfte en een lagere levensverwachting (Horton 2006; Montenegro & Stephens 2006). Ook wordt inheemse genezing nauwelijks geïncorporeerd in de conventionele gezondheidszorg (WHO 2001). In dit onderzoek ga ik kijken naar de toegang van inheemsen tot de conventionele zorg en, of en op welke manier hun genezing is geïncorporeerd in die zorg. Ik wil kijken of er nog sprake is van discriminatie in de conventionele gezondheidszorg en op welke manier dat zich manifesteert in een land als Guatemala dat zich presenteert als multiculturele staat.

Het is interessant om naar gezondheidszorg te kijken omdat gezond zijn een belangrijk goed is voor de mens en iedereen daar ook recht op heeft. Daarnaast heeft gezondheidszorg betrekking op alle bevolkingsgroepen en alle leeftijden. Het licht wordt dus niet enkel gescheten op Ouden van Dagen of Protestanten, maar betreft elk lid van de samenleving.



Door informatie te verkrijgen over discriminatie in de conventionele gezondheidszorg, kan ik een bijdrage leveren aan de kennis over discriminatie in het algemeen, omdat de positie van inheemsen in de samenleving naar voren komt. Ook kan ik een bijdrage leveren aan het multiculturalismedebat, omdat ik laat zien hoe de Guatemalteken vormgeven aan multiculturalisme binnen de conventionele gezondheidszorg. Mijn onderzoek heeft bovendien ook een maatschappelijke bijdrage. Door meer te weten te komen over de positie van inheemsen in de conventionele gezondheidszorg, kan de kennis gebruikt worden om de positie te verbeteren/optimaliseren. Daarnaast kan door meer kennis over culturele gebruiken in de gezondheidszorg de zorg worden aangepast, zodat het beter past bij de patiënten.

Mijn onderzoek heeft plaatsgevonden in Santiago Atitlán, in Guatemala. Dit onderzoek is uitgevoerd van 25 februari 2011 tot 22 april 2011. Santiago Atitlán is een klein inheems dorp, dat ligt aan *Lago Atitlán*. 95 procent van de inwoners is Maya van afkomst en spreekt de Maya taal *Tz'utujil*. Het dorpje kent een lange



geschiedenis. In 1524 werd het bezet door de Spanjaarden en werden de mensen flink uitgebuit. De sporen van de overheersing van de Spanjaarden zijn nog steeds merkbaar door de armoede die nu heerst in het dorp (Orellana 1995). Santiago Atitlán heeft een belangrijke rol gespeeld in de burgeroorlog in Guatemala van 1960 tot 1996. Het was één van de eerste steden waar in 1990 al vrede was, terwijl in veel delen van Guatemala het pas rustig was in 1996. De inwoners hebben, na een bloedbad waarbij 13 burgers omkwamen, samengewerkt tegen het leger, waarna deze afdroop (Orellana 1995). In 2005 is Santiago Atitlán getroffen door een grote watersnoodramp, waarbij vele mensen omkwamen en veel huizen werden verwoest. Veel mensen in Santiago hebben een trauma opgelopen door deze ramp en kennen mentale problemen<sup>4</sup>, waar later in mijn scriptie nog op terug wordt gekomen.

Tegenwoordig is Santiago Atitlán nog steeds een traditioneel inheems dorp; het houdt vast aan traditionele gebruiken, wat onder andere te zien is aan de kleding die wordt gedragen. Ook is het een belangrijk centrum voor het weven. Er zijn verscheidene weefcoöperaties in

---

<sup>4</sup> Dokter Miguel Angel Yojcom, 24 maart 2011

Santiago te vinden. Het heeft niet veel hotels of uitgaansgelegenheden, maar 's avonds tot 23.00 uur is het een gezellige drukte '*en el parque*', in het centrale park, waar muziek uit de speakers klinkt en het halve dorp zich verzamelt.

De centrale vraag die ik in mijn onderzoek in dit inheemse dorp heb gesteld is: *Hoe brengen de zorgverleners en inheemse patiënten multiculturalisme in de praktijk in de conventionele gezondheidszorg in Santiago Atitlán in Guatemala?* Het begrip multiculturalisme heb ik onderzocht aan de hand van twee principes; dezelfde toegang van inheemsen en *ladinos* tot de conventionele gezondheidszorg en het bestaan van verschillende culturele genezingspraktijken in de conventionele gezondheidszorg. Mijn deelvragen werden zo geformuleerd dat ik een goede indruk kreeg van de actoren in het zorglandschap in Santiago Atitlán en dat de meningen en ervaringen van artsen én patiënten goed naar voren kwamen wat betreft de inheemse genezing en de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg.

Mijn onderzoekspopulatie betrof daarom ook *indígena* en *ladino* artsen van verschillende (conventionele en inheemse) zorginstellingen en patiënten. De meeste patiënten die ik heb gesproken waren *indígena*, maar een enkeling was ook *ladino* van afkomst (zoals hierboven vermeld, bestaat het dorp voor bijna 95 procent uit *indígenas*). Ook is een apothekeres erg belangrijk voor mijn onderzoek geweest. In haar apotheek heb ik voornamelijk gebruikt gemaakt van de methode participerende observatie. Deze methode heb ik tevens veel in de *centro de salud* en de *puesto de salud* uitgevoerd. Bovendien heb ik veel informatie verkregen door voornamelijk interviews te houden met artsen en door informele gesprekken met hun patiënten in Santiago Atitlán.

Wat komt er aan bod in deze scriptie? Na deze inleiding wordt er eerst ingegaan op theoretische concepten die betrekking hebben op mijn onderzoek. Dit betreft onder andere de vraag hoe etniciteit geconceptualiseerd kan worden, wat verstaan wordt onder multiculturalisme en multiculturaliteit en wat conventionele en inheemse zorg inhouden. Vervolgens zullen er drie hoofdstukken gewijd worden aan mijn empirische bevindingen in Santiago Atitlán. Zo zal duidelijk worden dat er aardig wat zorginstellingen in Santiago gevestigd zijn, maar dat veel patiënten in Santiago uitgesloten zijn van goede zorg. Waar ligt dit dan aan? En hoeveel en door wie wordt er gebruik gemaakt van inheemse medicijnen? Als het antwoord op deze en meerdere vragen gevonden is, zal in hoofdstuk 6 de conclusie gepresenteerd worden waarin antwoord wordt gegeven op mijn centrale vraagstelling. Hier

zal blijken dat Guatemala, dat zich presenteert als een multiculturele staat, nog nauwelijks goede uitwerkingen kent van principes van multiculturalisme in de gezondheidszorg. Aan het einde van deze scriptie bevinden zich twee bijlagen, welke een reflectieverslag en een samenvatting van de scriptie in het Spaans bevatten.

## **Hoofdstuk 1: Theoretische onderbouwing**

In dit hoofdstuk worden belangrijke concepten behandeld die te maken hebben met discriminatie en het vormgeven aan multiculturalisme in de conventionele gezondheidszorg. Zo begin ik met het conceptualiseren van het begrip etniciteit. Hierdoor ontstaat er begrip van het concept etniciteit waardoor mijn onderzoek, dat ondermeer verschillende etnische groepen in de gezondheidszorg betreft, beter begrepen kan worden. Vervolgens komen de processen categorisering en stereotypering aan bod, die te maken kunnen hebben met etniciteit. Vervolgens worden de begrippen multiculturalisme en multiculturaliteit besproken aan de hand van de rechten van de inheemsen, met name op het gebied van de conventionele gezondheidszorg, wat mijn onderzoeksgebied betreft, en de inheemse bewegingen die daarvoor strijden. Als laatste wordt het concept inheemse zorg behandeld om vervolgens meer begrip te krijgen of er sprake is van incorporatie van die zorg in de conventionele zorg en over ideeën van artsen, in het westen en Latijns-Amerika, van incorporatie in de conventionele gezondheidszorg.

### **Etniciteit**

In dit stuk worden verschillende benaderingen van etniciteit besproken, zoals het essentialisme, de situationalistische visie en constructivisme. Ik begin met een aantal wetenschappers die veel invloed hebben gehad op het etniciteitdebat, behandel kritiek/voortgang daarop en sluit af met enkele recentere wetenschappers. Hierdoor ontstaat er begrip van de conceptualisering van etniciteit wat belangrijk is voor mijn onderzoek, omdat dat ondermeer verschillende etnische groepen in de gezondheidszorg betreft.

Lange tijd bestond in de antropologie het idee dat etniciteit iets vaststaands was, een soort 'gegeven vanaf het begin' (Vermeulen & Govers 1997: 2). Wetenschappers als Vogt (1964) en Bricker (1981) zagen etnische groepen als geïsoleerd en statisch. Daarnaast werd de cultuur van die groepen beschouwd als een continuïteit. Vanaf de jaren zestig in de twintigste eeuw kwam de eerste verschuiving van dit essentialistische beeld. Fredrik Barth claimde namelijk dat er bij etniciteit niet gekeken moet worden naar de cultuur binnenin, maar dat de etnische grenzen belangrijk zijn (Barth 1969: 15). Hij beschouwde etnische groepen dus niet als cultuurdragende eenheden die je kunt identificeren met bepaalde kenmerken. Niet zozeer het duidelijke verschil tussen etnische groepen doet ertoe, maar de kenmerken die etnische groepen zelf belangrijk vinden en de grenzen die dit creëert (Barth 1969: 14). Vermeulen en

Govers sluiten zich bij Barth aan dat wetenschappers niet moeten kijken naar wat een etnische groep is en wat de precieze grenzen zijn, maar welke ideeën er van een groep bestaan en welke grenzen ze creëren (Vermeulen & Govers 1997: 7).

De situationalistische visie van Barth hield verder in dat etniciteit een product is van interactie en afhangt van de omstandigheden (Barth 1969: 25). Hij legt daarmee nadruk op veranderlijkheid van etniciteit en de inter-afhankelijkheid van etnische groepen. Hij stelt dat etniciteit alleen geconstrueerd wordt in relatie met andere etnische groepen en dat grenzen van etniciteit geconstrueerd worden door insluiting en uitsluiting (Barth 1969: 25). De organisatie van etniciteit was volgens hem dus een sociale kwestie. Door dit proces van interactie worden verschillen tussen groepen duidelijk. In mijn onderzoek ga ik kijken of dit proces van uitsluiting van een bepaalde etniciteit van toepassing is in de gezondheidszorg in Santiago Atitlán.

Hoewel Barth duidelijk een situationalistische visie heeft, werd hij door verscheidene wetenschappers op dit punt juist bekritiseerd. Gulliver (1971) zegt dat Barth bij het vaststellen van etniciteit uitgaat van een mate van stabiliteit die er vaak niet is. Groepen onderhandelen soms met de ene groep en, door veranderende belangen, later met een andere groep. Ook door Cohen (1994 in Eriksen 2002: 54) werd Barth bekritiseerd. Omdat hij etniciteit vaak ziet als een associatie die een persoon classificeert op basis van origine en achtergrond, wordt hij door Cohen juist gezien als een essentialist (1994 in Eriksen 2002: 54). Verder was de centrale kritiek op Barths grenzenmodel dat het wel vertelt op welk moment etniciteit een politiek instrument wordt, maar niet op welke manier en welke vorm etniciteit dan heeft (Vermeulen & Govers 1997). De aandacht voor de constructie van etniciteit die enkele jaren later volgde, zorgde voor de tweede verschuiving in het etniciteitsdebat.

### Constructivistische ideeën van etniciteit

Deze tweede verschuiving van het essentialistische beeld van etniciteit en aanvulling op de situationalistische visie was in de jaren tachtig, waar met name Anderson (1983) een grote bijdrage aan leverde. De belangrijkste boodschap was dat men zich niet moet focussen op de drijfveren van etnische groepsacties, maar op de constructie en het bestaan van de groep zelf. Anderson stelde groepen voor als verbeelde gemeenschappen, die sociaal geconstrueerd worden (Anderson 1983: 6-7). Door deze constructivistische visie werd etnisch bewustzijn een belangrijk begrip, dat niet als iets vanzelfsprekends gezien moest worden, maar geproblematiseerd moest worden (Cohen 1994 in Vermeulen & Govers 1997). Men voelt zich verbonden met een bepaalde etnische groep, hoewel nooit met alle leden contact zal en kan

worden verkregen. De verbondenheid is een verbeelding (Anderson 1983: 6). Dit bewustzijn kan je koppelen aan wat Barth (1969) stelde. Etniciteit heeft te maken met *ascription* en *self-ascription*, waarmee Barth bedoelde dat een etnische identiteit van een persoon door anderen en zichzelf wordt toegeschreven (1969: 13). Dit toekennen van beschrijvingen aan een etnische identiteit is een sociaal verschijnsel en wordt grotendeels verbeeld.

Nieuwe elementen als sociale organisatie en interactie, en ook sociale constructie, bewustzijn en *ascription* zijn door de veranderende denkbeelden aan etniciteit toegevoegd. Hierdoor gingen wetenschappers etniciteit beschouwen als iets relationistisch en dynamisch en is er aandacht gekomen voor het multidimensionale karakter. Belangrijk werd ook het bestuderen van het teruggrijpen op cultuur en van de manier waarop men etniciteit construeert (Vermeulen & Govers 1997).

#### Hedendaagse wetenschappers over het concept etniciteit

De grote invloed van Barth (1969) en Anderson (1983) blijkt uit vele verwijzingen in artikelen en boeken en het voortbouwen op hun theorieën door hedendaagse wetenschappers, zoals Eriksen (2002, 2007), Fischer (1999) en Wilson (1995). Eriksen (2002) haakt aan bij het idee van sociale constructie van etniciteit van Anderson (1983). De insluiting van een persoon tot een etnische groep kan alleen doorgang vinden als de leden van die etnische groep dat erkennen (Eriksen 2002: 37). Ook vindt hij de grenzen van een etnische groep belangrijker dan de cultuur binnenin. Hij stelt dat het van belang is om ervan bewust te zijn dat etniciteit een tweedimensionaal begrip is (Eriksen 2002: 29). Daarnaast houdt Eriksen rekening met hedendaagse processen. In zijn boek 'Globalization' legt hij uit dat ondanks mondialisering grenzen niet verdwijnen. Ze kunnen veranderen, maar blijven wel bestaan, mede door onderhandeling (Eriksen 2007: 110).

Fischer (1999) levert kritiek op het essentialisme én het constructivisme. Hij introduceert het concept van culturele logica, een benadering ertussenin. Hij zegt dat etniciteit en cultuur niet vaststaat, maar dat constructivisten zich teveel focussen op verandering. Etniciteit is dynamisch, maar wordt beperkt door interne culturele logica. Deze verandert weliswaar ook, maar veel langzamer dan de grenzen van etniciteit. Hij stelt dat het een continue constructie is die verandert, maar trouw blijft aan de essentie (Fischer 1999: 488). Wilson (1995) sluit in zijn onderzoek over inheemse bevolking in Guatemala hierbij aan als hij spreekt over 'constrained refashioning', zoals hij de verandering van identiteit binnenin bestaande structuren noemt (Wilson 1995: 13). Hij bedoelde hiermee dat beelden/kenmerken

van etniciteit door processen van nu veranderen, maar dat deze veranderingen door structuren en symbolen van vroeger worden beperkt en tot uitdrukking komen (1995: 13).

Enkele voortzettingen en tegenstellingen van etniciteitsbenaderingen zijn duidelijk geworden. Eriksen (2002: 58) stelt dat er vandaag de dag enkele aspecten van etniciteit zijn waarover antropologen het over het algemeen eens zijn: het relatieve en relationele karakter van etnische identiteit, het bestaan van etniciteit tussen groepen en niet binnen groepen en de constante communicatie van culturele verschillen tussen groepen die zichzelf zien als verschillend. Vanuit dat denkbeeld ga ik kijken naar de processen categorisering en stereotypering die een rol spelen bij etniciteit en belangrijk voor mijn onderzoek kunnen zijn wanneer er wordt gekeken naar de mening van de artsen over hun patiënten en hun genezing.

### Categorisering en stereotypering

In dit stuk wordt uitgelegd wat die processen categorisering en stereotypering die verbonden zijn aan etniciteit inhouden en daarna wordt één etnische identiteit uitgelicht, de inheemse identiteit. Dit is van belang voor mijn onderzoek, omdat dat zich richt op de inheemse bevolking en hun genezingspraktijken in de conventionele gezondheidszorg.

Al eerder werd duidelijk dat Barth (1969) stelde dat de grenzen van etniciteit geconstrueerd worden in relatie tot de Ander. Dit betekende volgens hem dat wanneer men spreekt over etniciteit, men dan automatisch te maken krijgt met onderscheid maken tussen 'wij' en 'zij'. Als dat principe niet bestaat, dan kan er ook geen etniciteit zijn. Deze geconstrueerde grenzen zijn niet vaststaand, maar blijven in onderhandeling (Barth 1969: 25). Insluiting en uitsluiting zijn hierbij belangrijke begrippen. Er wordt vastgesteld wie tot een bepaalde etnische groep behoort en wie niet; er wordt gecategoriseerd. Bij die categorisering wordt gebruikt gemaakt van stereotypen (Barth 1969). Eriksen omschrijft stereotypen als de creatie en het consistent gebruik van gestandaardiseerde opvattingen van de culturele verschillen tussen groepen (2002: 23). Het zijn overdreven beelden van een groep mensen wat niet strookt met de werkelijkheid. Deze stereotypen kunnen discriminerend zijn (Eriksen 2002). Taylor en Moghaddam (1987) schreven over (her)bepaling van de plek van een etnische groep in de hiërarchie in hun artikel over de sociale identiteitstheorie. Zij stelden dat elk mens op zoek is naar een positieve identiteit en die ondermeer verkrijgt door een positieve groepsidentiteit. Om deze te verkrijgen, treedt het proces van sociale vergelijking en sociale categorisatie in werking. Men waardeert kenmerken en leden van de eigen groep hoger, kent daar positieve waarden aan toe, maar stelt tegelijkertijd dat de leden van de andere groep

slechter zijn en formuleren stereotypen over de Ander. Deze hoeven niet altijd waar te zijn, maar geven etnische grenzen wel goed aan (Taylor & Moghaddam 1987: 73-75).

Breger en Hill (1998) geven tevens aan dat stereotypen zorgen voor grenzen tussen groepen. Daarnaast worden stereotypen voorgesteld als universeel en statisch. Ze bevatten bepaalde kenmerken of rollen van de groep die door de andere groep worden beoordeeld en zijn soms discriminerend. Het categoriseren gebeurt dan onder andere volgens het proces van stereotypering. Vervolgens wordt hierdoor de plaats van een groep bepaald of herbepaald in de hiërarchie (1998).

In navolging van Barth (1969) stelt Eriksen dat wanneer verschillen tussen etnische groepen worden geconstateerd en mensen tot bepaalde groepen worden gecategoriseerd, er gebruik wordt gemaakt van stereotypen (2002: 18). Stereotypering kan door een groep zelf worden toegeschreven en door anderen. Ze kunnen zowel negatief als positief zijn. Stereotypen hebben verschillende functies, zoals het aanbrengen van orde in een complexe wereld. Daarnaast rechtvaardigen stereotypen bepaalde privileges en verschillen in toegang tot bepaalde hulpbronnen. Bovendien worden grenzen van de eigen groep gedefinieerd en wordt de superioriteit van een bepaalde groep (her)bevestigd (Anderson 1983; Eriksen 2002: 24). In de volgende paragraaf wordt gekeken hoe de processen categorisering en stereotypering op Latijns-Amerika van toepassing zijn.

### Etnische hiërarchieën in Latijns-Amerika

In Latijns-Amerika is ook sprake van categorisering en stereotypering. Het merendeel van de bevolking heeft een *ladino*<sup>5</sup> of een *indígena* identiteit (Scull 2009: 210). De inheemse identiteit wordt geconstrueerd in relatie tot de *ladinos* en wordt in de hiërarchie onder de *ladinos* geplaatst (Scull 2009). Stereotypering treft vooral de inheemse bevolking en is soms discriminerend. Het categoriseren van mensen in etnische groepen gebeurde ook al tijdens de kolonisatie in de zestiende eeuw door de Spanjaarden in Latijns-Amerika. Vanaf dat moment is de term ‘inheemse identiteit’ ontstaan (Guidieri 1988; Thorp et al. 2006). Deze term gold in eerste instantie voor de hele bevolking van de koloniën. De adel verwierf echter een christelijke identiteit en kwam hiermee boven het ‘gewone’ volk te staan (Guidieri 1988: 42-43). Ook Anderson (1983) stelt dat de kolonistoren zijn begonnen met de term ‘inheems’. Omdat de kolonistoren de koloniën waar zij heersten goed wilden besturen, gingen zij

---

<sup>5</sup> In dit stuk gebruik ik de term *ladino* voor het gemixte ras om verwarring te voorkomen; dit wordt in Guatemala zo genoemd en mijn onderzoek vindt plaats in Guatemala. In de meeste Latijns-Amerikaanse landen wordt echter de term *mestizo* gebruikt.



iedereen classificeren zodat iedereen zijn plaats in de samenleving kende. Deze eerste classificaties waren etnisch, al voordat de mensen het zelf zo zagen (1983: 164-170). Frankema stelt dat in die tijd de economische ongelijkheid is begonnen, wat uitmondde in uitsluiting en discriminatie van de inheemsen (2008: 256).

Na de dekolonisatie in de 19<sup>e</sup> eeuw is de term ‘inheems’ blijven bestaan, maar gold nu in veel Latijns-Amerikaanse landen, zoals Bolivia, Guatemala en Peru, voor het ‘gewone’, oorspronkelijk volk dat niet gemengd is met een ander ras, zoals een *ladino* wel wordt gezien (Frankema 2008; Guidieri 1988). Thorp et al. (2006) stellen dat na de kolonisatie in diezelfde Latijns-Amerikaanse landen de hiërarchie wat vervaagde. De inheemse gemeentes verkregen bepaalde autonomie en werden minder snel als lager beschouwd. Halverwege de twintigste eeuw veranderde dit echter door globale en infrastructurele veranderingen en generationele verschuivingen en verloren ze politieke macht (2006: 460-462). Hierdoor werd er minder aandacht geschonken aan de inheemse rechten (zie volgende paragraaf), waardoor inheemsen achtergesteld werden (2006: 462). Warren (2002) stelt dat maatschappelijke veranderingen aan het eind van de twintigste eeuw, zoals mondialisering, economische groei, hogere opleiding en inkomen voor inheemsen, ervoor zorgen dat inheemsen minder snel automatisch lager in de hiërarchie staan ten opzichte van *ladinos*, maar juist ook kunnen zorgen voor onderscheid bij inheemsen onderling. Frankema (2008) benadrukt dat de kolonisatie een grote rol heeft gespeeld voor de basis van etnische hiërarchieën, maar dat het politieke klimaat er doorslaggevende invloed op heeft. Zo hebben bijvoorbeeld de beslissingen die de staat maakt voor bepaalde voorzieningen (voor mijn onderzoek belangrijk, gezondheidsvoorzieningen) en de boodschap die het uitdraagt (over de verschillende bevolkingsgroepen en daarmee het multiculturalisme, mijn onderzoek betreffend) zijn uitwerking op de publieke sfeer (Frankema 2008). Discriminatie vindt plaats van *ladinos* naar *indígenas* (en soms ook andersom), maar dus ook vanuit de staat. Voor mijn onderzoek is deze staatsdiscriminatie interessant, omdat mijn onderzoek plaatsvindt in een Mayadorp en er dus niet zoveel *ladinos* zijn. Boeiend is wel om te kijken naar welke vorm deze discriminatie van *ladino* (artsen) aanneemt. Scull (2009) stelt dat namelijk dat expliciete discriminatie steeds meer aan het verdwijnen is. Daarnaast vindt er nog steeds wel impliciete discriminatie plaats. Men heeft bijvoorbeeld nog vaak stereotypen in het hoofd over de Ander en handelt daar onbewust naar (Scull 2009).

In de volgende paragraaf ga ik kijken wat multiculturalisme inhoudt (het idee en de rechten die daarbij horen) en wat het bestaan van verschillende etnische groepen betekent voor de principes hiervan in de conventionele gezondheidszorg. In mijn onderzoek heb ik me met name op twee principes gericht, namelijk dezelfde toegang van inheemsen en *ladinos* tot

de conventionele gezondheidszorg en het bestaan van meerdere culturele genezingspraktijken in de conventionele gezondheidszorg. Ik onderzoek ook in de volgende paragraaf wat de etnische hiërarchieën voor gevolg hebben voor de rechten van de inheemse bevolking en op welke manier ze strijden voor hun rechten.

## Multiculturalisme

De processen categorisering en stereotypering die een rol spelen bij verschillende etnische groepen in een samenleving zijn aan de orde gekomen. Het is daarnaast interessant om te kijken welke rechten de inwoners hebben in landen die zich presenteren als multiculturele staten. Ik maak duidelijk welke rechten te maken hebben met multiculturalisme en multiculturaliteit en behandel daarna inheemse bewegingen die opkomen voor hun rechten. Door te kijken naar de rechten kan de ‘officiële’ positie van inheemsen duidelijker worden en als dan duidelijk is wat voor rechten inheemsen hebben, op het gebied van gezondheidszorg, kan discriminatie beter in beeld worden gebracht.

Uit de voorgaande paragraaf bleek dat de politiek grote invloed heeft op etnische hiërarchieën. Sieder (2007) stelt dat dit politieke klimaat ondermeer beïnvloed kan worden door maatschappelijke veranderingen. Dit zorgde in Latijns-Amerika in de jaren tachtig en negentig voor het ontstaan van ideeën over multiculturalisme. Multiculturalisme is het idee dat elk persoon recht heeft op gelijk respect en zorg en niet behandeld moet worden als een ondergeschikte (Okin 1999). Voor mijn onderzoek betekent dit dat elke culturele groep recht heeft op dezelfde zorg en gelijke behandeling daarbinnen. Multiculturaliteit betreft de praktijk waarin het gebeurt; de multiculturele setting, het feit dat er meerdere culturele groepen met hun levenswijze in een land wonen (Marrone 1999). Voor de gezondheidszorg betekent dit dat er rekening moet worden gehouden met de culturele tradities of medicijnen die mensen willen gebruiken (Olthuis en van Heteren 2003).

Zich presenteren als een multiculturele staat, zoals veel Latijns-Amerikaanse landen en ook Guatemala doen, en daarmee het erkennen van multiculturalisme houdt met name het toekennen van groepsrechten in (Sieder 2007: 213). Groepsrechten zijn rechten waar elke groep beroep op kan doen, zoals het recht op vereniging en zelfbepaling (Amnesty 2010). Ook zijn er speciale groepsrechten, zoals inheemse groepsrechten. Dit houdt in dat de inheemse bevolking op basis van hun afkomst recht heeft op bijvoorbeeld stukken land, tweetalig onderwijs en specifieke gezondheidszorg (Eriksen 2007; Sieder 2007). Naast groepsrechten bestaan er ook individuele rechten (Wilson 1997). Dit betreffen rechten waar

elk individu aanspraak op kan maken, zoals het recht op politieke en economische vrijheid en het recht van ieder individu om te participeren in het culturele leven van de gemeenschap (Reidel 2010). Zoals eerder al naar voren is gekomen, presenteren Latijns-Amerikaanse landen zich wel als multiculturele staten, maar is daar in de praktijk nog weinig van terug te zien (Sieder 2007). Op welke manier daar door de inwoners wat aan gedaan wordt, komt in het volgende stuk aan bod.

### Inheemse bewegingen

De inheemse groepsrechten zijn het resultaat van sociale strijd (Wilson 1997: 23). De rechten worden namelijk ondanks verschillende verdragen nogal eens geschonden (Sieder 2007). Voor het behouden of verkrijgen van inheemse groepsrechten zijn er namelijk inheemse bewegingen ontstaan die voor hun geschonden rechten strijden. Dit is niet nieuw, maar gebeurde al in de 16<sup>e</sup> eeuw (Sieder 2007; Warren 2002). Het activisme krijgt wel nieuwe dimensies door processen als liberalisme en mondialisering (Warren 2002: 15). Eén van de meest opvallende kenmerken van huidige inheemse bewegingen is de snelheid waarmee ze zich organiseren en zichtbare politieke actoren worden (Warren 2002: 251). Becker (2008) sluit zich hierbij aan wanneer hij zegt dat inheemse bewegingen één van de sterkste en goedgeorganiseerde politieke actoren zijn geworden. Ze geven de inheemse bevolking een stem en streven naar het verkrijgen van inheemse groepsrechten, voornamelijk op basis van de Conventie 169 Over Inheemse en Tribale Volkeren en het Vredesakkoord van 1995 (Becker 2008). De Conventie 169 is van kracht sinds 1991 en hiermee kunnen inheemsen erkenning afdwingen voor hun cultuur, levenswijze en territoria (International Labour Organization 2010). Het Vredesakkoord erkent de groepsrechten van de inheemse bevolking (Sieder 2007). De bewegingen zijn niet statisch, maar veranderen steeds en gebruiken nieuwe strategieën en technologieën (Becker 2008). Uiteraard zijn de verschillende inheemse bewegingen niet hetzelfde; ze hebben verschillende doelen, discoursen en strategieën (Sieder 2007; Warren 2002: 27). De uitkomst van strijden die worden geleverd variëren ook van land tot land. Zo lukt het de beweging in Mexico maar niet om hervormingen in vredesakkoorden te krijgen, terwijl in Venezuela een nieuwe grondwet gekomen is die participatie van inheemsen verschaft (Warren 2002: 14).

Ik richt me in de volgende paragraaf op één specifiek inheems groepsrecht dat de gezondheidszorg betreft, en dat omschreven staat in artikel 24 van de VN-verklaring over de Rechten van Inheemse Volken. Dit doe ik omdat mijn onderzoek plaatsvindt in de gezondheidszorg. Daarin staat namelijk dat inheemse volken recht hebben op hun traditionele

medicijnen en instandhouding van hun medische gebruiken en daarnaast hebben ze recht op toegang, zonder discriminatie, tot alle sociale diensten en gezondheidszorg (VN 2007). Hieronder ga ik omschrijven wat conventionele en inheemse zorg inhouden en hoe er wordt aangekeken tegen de samenwerking ervan.

### Inheemse gezondheidszorg

De inheemsen hebben recht op inheemse zorg volgens de verklaring van de Verenigde Naties. Maar wat houdt deze zorg in? Welke rol speelt gender daarbij? En hoe wordt er aangekeken tegen de samenwerking van inheemse en conventionele zorg? Deze vragen komen aan bod in deze paragraaf.

Er zijn in de literatuur grofweg twee vormen van gezondheidszorg te onderscheiden, conventionele en inheemse/alternatieve gezondheidszorg die in relatie tot elkaar worden gedefinieerd. De conventionele zorg omvat de westerse, biomedische, wetenschappelijke benadering van gezondheidszorg (Muller & Steyn 1999). De werking van medicijnen en behandelingen kunnen wetenschappelijk worden aangetoond (Muller & Steyn 1999). Levers stelt daarbij dat conventionele gezondheidszorg geen rekening houdt met culturele en sociale contexten (2006: 488). Het blijkt dat veel inheemsen geen of slechte toegang hebben tot de conventionele gezondheidszorg (Angel-Urdinola 2008; Horton 2006). Dit kan letterlijk het mogen betreden van een kliniek zijn, de afstand tot een kliniek of het kunnen veroorloven van medicijnen (Angel-Urdinola 2008). Er zijn wel verbeteringen te constateren met betrekking tot de toegang, maar nog steeds blijft deze problematisch (Angel-Urdinola 2008). Wanneer men dan toegang heeft, kan in tachtig procent van de gevallen de behandeling niet worden uitgevoerd, omdat men de kosten niet kan betalen (Angel-Urdinola 2008; Johnston 2005). Deze onderzoeken vonden plaats in (Latijns-)Amerika onder alle bevolkingsgroepen. Mede door het gebrek aan geld keren de patiënten (*indígena* en *ladino*) zich tot inheemse genezing. Deze genezing is lang geleden ontstaan, toen er alleen maar mensen en natuur was (Little 2006). Specifieke inheemse praktijken verschillen wel per inheemse groep, maar alle medicijnen en geneeswijzen zijn gebaseerd op het idee dat men onderdeel is van de natuur en gezondheid een kwestie van balans is. Men heeft de overtuiging dat de natuurlijke wereld gedijt wanneer complexe relaties worden geëerd, gekoesterd en in harmonie wordt gehouden (Constantine et al. 2004). Bij inheemse medicijnen is het belangrijk om terug te gaan naar een staat van harmonieuze balans, zowel in de persoon zelf als in relatie met de buitenwereld (Johnston 2005; Little 2006). Ziekte wordt gezien als iets dat te maken heeft met connecties

tussen lichaam, geest, emoties, sociale groep en leefstijl (Johnston 2005; Levers 2006). Daarbij zijn de voorkeuren van de patiënt heel belangrijk. Technieken die vaak gebruikt worden zijn zelfonderzoek, aanpassing van levensstijl, kruiden, gebeden, massages en ceremonieën (Johnston 2005).

Angel-Urdinola et al. (2008) stellen dat gender ook een belangrijke rol speelt in de gezondheidszorg, maar dat daar soms te weinig aandacht voor is bij de conventionele gezondheidszorg en wel meer bij inheemse zorg. Gender komt op twee manieren tot uiting in de zorg en heeft betrekking op zowel *indígenas* en *ladinos*. Ten eerste zijn er biologische (genetische) verschillen die een andere aanpak in de zorg vereisen ten opzichte van mannen en vrouwen (Doyal 2000). Bepaalde ziektes komen alleen of meer voor bij mannen, zoals prostaatkanker en hartkwalen, en het is daarom bijvoorbeeld belangrijk om te weten hoe de voorlichting dan gegeven moet worden (Doyal 2000: 1061). Bertakis et al. (2000) geven aan dat vrouwen meer gebruik maken van gezondheidszorg. Dit heeft volgens hen onder andere te maken met het hogere ziektecijfer van vrouwen, verschillen in gezondheidsperceptie, de reproductie van vrouwen en dat vrouwen sneller preventie of hulp zoeken (Bertakis et al. 2000).

Daarnaast spelen sociaal geconstrueerde genderrollen en genderrelaties ook een rol daarbij. Sociale normen die ervoor zorgen dat vrouwen bepaalde verantwoordelijkheden hebben, vooral met betrekking op huishouden en verzorging van kinderen, kunnen zorgen voor een grote last bij de vrouwen en van invloed zijn op hun gezondheid (Doyal 2000). Thorp et. al. (2006) stellen tevens dat inheemse vrouwen dubbele discriminatie kunnen ondervinden tijdens een ziektebehandeling in de gezondheidszorg (2006: 24). Vrouwen worden vaak gestereotypeerd als 'de zieke sekse' (Gijsberg Van Wijk et al. 1996). Naast etniciteit kan gender dus ook een factor zijn voor discriminatie. Vrouwen worden vaak niet hetzelfde behandeld als mannen en dit heeft invloed op hun gezondheidsstatus. Doyal (2000) schrijft dat sommige doktoren vrouwen minderwaardig behandelen en hen soms niet de benodigde middelen verschaffen. Remennick (2006) zegt dat in traditionele culturen het vaak nog voorkomt dat mannen acties en beslissingen van vrouwen (in bepaalde mate) willen bepalen en dat daardoor bepaalde onderzoeken bij een vrouw niet plaatsvinden door de (meestal) mannelijke arts (2006: 106).

Nu duidelijk is geworden wat conventionele en inheemse zorg inhouden, ga ik nu kijken of er sprake is van het gebruik van inheemse zorg in de conventionele zorg en hoe wetenschappers en medici uit de hele wereld aankijken tegen samenwerking hiertussen.

### Incorporatie van inheemse zorg in de conventionele zorg

Er zijn vele geluiden te horen over de samenwerking van inheemse en conventionele gezondheidspraktijken. Levers (2006: 487) zegt dat veel wetenschappers het belang aangeven van een integratief zorgsysteem van inheemse en conventionele zorg, vanwege het feit dat veel mensen nog (moeten) vertrouwen op inheemse genezing. Daarnaast zijn sociale en culturele contexten belangrijke aspecten van gezondheidszorgbehoefte, waar inheemse zorg nadruk op legt (Levers 2006: 488; Portman 2006: 455). Ook Whitman (2001) prefereert deze samenwerking, omdat die benadering zowel met cultuur als met omgeving rekening houdt. De Wereld Gezondheid Organisatie beval de samenwerking van de zorgsystemen in hun publicatie aan in 1978, maar drie decennia later is er maar weinig succesvolle samenwerking geresulteerd (Levers 2006: 487). Muller & Steyns (1999) bespreken enkele factoren die kunnen zorgen voor het verhinderen van goede samenwerking. Zo hebben ze het over wantrouwen, communicatieproblemen en verschillen in perceptie van de oorzaken van ziektes (1999: 141). Zij stellen dat er gezorgd moet worden voor wederzijds begrip voor een goede samenwerking (1999: 151-152), terwijl Jump et al. (1998) nadruk leggen op training over inheemse zorg.

Door processen van mondialisering kan deze incorporatie makkelijker te realiseren zijn. Sanabria (2007) zegt dat mondialisering een groot cultureel en economisch proces is waarbij grenzen overschreden worden door een stroom van mensen, beelden, ideologieën, informatie, kapitaal en goederen. In mijn onderzoek richt ik me op dat deel van mondialisering waarbij vooral de media en toerisme invloed hebben op bepaalde culturele ideeën en werkwijze van mensen omtrent gezondheidszorg. Door deze factoren kunnen elementen makkelijker worden uitgewisseld over de hele wereld en kan bijvoorbeeld het wederzijdse begrip tussen de twee zorgsystemen worden vergroot en training worden verbeterd, omdat mensen sneller en gemakkelijk met elkaar in contact komen (Sanabria 2007). Daarnaast is het ook zo dat door mondiale processen culturen veranderen. Deze transculturatie wordt door Spitta (1995) omschreven als complexe processen van aanpassing en recreatie, cultureel, taalkundig en persoonlijk, die zorgen voor nieuwe en vitale samenstellingen van cultuur en voortvloeien uit contact tussen culturen. Dit is een wederzijdse activiteit, dat invloed heeft op culturele identiteit en subjectiviteit (Spitta 1995). Eriksen (2007) schrijft dat transculturatie verschillende processen tot gevolg heeft. Zo kan dit leiden tot culturele homogeniteit, waarbij culturele aspecten plaatsmaken voor nieuwe, of juist tot culturele heterogeniteit, waarbij nieuwe aspecten worden toegevoegd aan een cultuur (2007: 113). Het proces van mixen van culturen wordt door Kraidy (2005) ook hybridisatie of

creolisatie genoemd. Walt (1998) zegt dat hierdoor mensen bijvoorbeeld een andere behandeling of andere medicatie willen gebruiken dan ze van huis uit gewend zijn, omdat ze daar mee in aanraking komen door mensen of media.

In het merendeel van de onderzoeken lijkt de mening van zorgverleners aan te sluiten bij de overtuiging van de wetenschappers (betere samenwerking tussen beide zorgsystemen). De meerderheid van de onderzochte zorgverleners, dit zijn wel veelal westerse medici die werken in eigen land, staat positief tegenover inheemse zorg, hoewel lang niet alle vormen aanhang vinden. Jump et al. (1998) stellen in hun onderzoek naar de houdingen van medici dat vijftien procent van de conventionele zorgverleners een inheemse therapie heeft voorgeschreven (1998: 151). Opvallend was dat medici die korter dan tien jaar werkzaam waren meer open stonden voor inheemse zorg (Jump et al. 1998: 150). Dit ligt volgens hen aan het feit dat er de laatste jaren meer training is gegeven over inheemse genezing (1998: 152). Uit het onderzoek van Wahner-Roedler bleek dat zevenenvijftig procent van de zorgverleners denkt dat het incorporeren van inheemse behandelingen een positief effect zou hebben op de tevredenheid van patiënten. De belangrijkste discussie onder de zorgverleners gaat over welke methoden werken en welke niet (Berman et al. 1996; Jump et al. 1998; Wahner-Roedler et al. 2006).

De ondervraagden betreffen in de meeste onderzoeken dus voornamelijk medici uit westerse landen. De schaarse onderzoeken die zich richten op Latijns-Amerika brengen een ander beeld naar voren. Rodriguez schrijft dat medici in Latijns-Amerika minder positief staan tegenover inheemse zorg. Dit ligt volgens haar aan het feit dat er daar meer sprake is van discriminatie (Rodriguez 2005). Ook Montenegro & Stephens stellen dat inheemse zorg weinig aanhang kent onder conventionele zorgverleners in Latijns-Amerika. Ze zeggen dat de laatste tijd de houding echter wel positiever wordt door het behalen van inheemse groepsrechten door de Mayabeweging (2006: 1867).

Nu er algemene kennis is verkregen van de belangrijkste concepten die te maken hebben met mijn onderzoek, is het interessant om kort even te kijken naar hoe in de literatuur deze concepten voor Guatemala worden beschreven.

## Hoofdstuk 2: Context

Mijn onderzoek heeft plaatsgevonden in Santiago Atitlán in Guatemala. Daarom is het belangrijk de concepten etniciteit, stereotypering, rechten en (inheemse) gezondheidszorg kort toe te passen op Guatemala.

Guatemala telt ongeveer vijftien miljoen inwoners. De meerderheid van de bevolking bestaat uit het gemixte ras, de *ladinos*. De andere grote bevolkingsgroep betreft de *indígenas* (Scull 2009: 210). Al vijfhonderd jaar zijn er culturele conflicten tussen de twee etnische groepen (Scull 2009). Zoals uit de paragraaf over stereotypering bleek, werd de inheemse bevolking namelijk al vanaf de kolonisatie als inferieur aan *ladinos* beschouwd (Frankema 2008; Johnson 2004). Onder de *indígenas* waren tijdens de burgeroorlog van 1960 tot 1996 de meeste slachtoffers, vooral tijdens de genocide in de jaren tachtig (Doyle 2008).

Sporen van deze burgeroorlog zijn nog steeds merkbaar in Guatemala en daarmee de verhoudingen tussen de twee grote bevolkingsgroepen (Johnson 2004: 125). Uit het onderzoek van Scull (2009) in Guatemala blijkt dat de meerderheid van de *ladinos* tegen discriminatie is en dit doorgeeft aan de kinderen. Daarentegen stellen *ladinos* dat *indígenas* hun positie aan zichzelf te danken hebben. Hieruit blijkt dat ze denken dat ze inheemsen gelijk behandelen maar dit in de praktijk vaak niet doen; impliciete discriminatie (2009: 224). Gibbons en Ashdown (2010) laten tevens zien dat de houdingen van *ladinos* tegenover *indígenas* wel degelijk negatief zijn (2010: 117). Ze stellen dat Guatemalteken een vorm van multiculturaliteit hebben waarbij inheemsen nog steeds als inferieur worden beschouwd (Gibbons and Ashdown 2010: 123). Dit zorgt voor slechtere economische en gezondheidsposities van inheemsen (Horton 2006; Patrinos 1997). Zo schrijft Patrinos (1997) dat er grote verschillen in educatie en inkomsten zijn tussen *ladinos* en *indígenas* in Guatemala. Deze verschillen zijn volgens hem voor vijftig procent te verklaren door discriminatie, de rest blijft onverklaard (1997: 815). De slechte gezondheidspositie wordt hieronder beschreven.

De verschillen tussen *ladinos* en *indígenas* bestaan dus nog steeds, ondanks dat Guatemala zich vanaf de jaren 90 presenteert als een multiculturele staat (Rasch 2008; Sieder 2007). Zoals al eerder is aangegeven omvat multiculturalisme het idee dat elk persoon recht heeft op gelijk respect en zorg en niet behandeld moet worden als een ondergeschikte (Okin 1999). Daarnaast houdt het het erkennen van groepsrechten in (Sieder 2007). Mede door discriminatie worden inheemse rechten echter in Guatemala soms niet gewaarborgd (Fulmer



2007; Sieder 2007). In de jaren vijftig ontstond het inheems activisme. De Mayabeweging strijdt, voornamelijk op basis van de Conventie 169<sup>6</sup>, het Vredesakkoord<sup>7</sup> en de VN verklaring over de Rechten van Inheemse Volken<sup>8</sup>, voor inheemse groepsrechten (Rasch 2008; Warren 2002). Rasch (2008) stelt dat de Mayabeweging op basis van een etnische identiteit rechten verkrijgt. Hoewel deze identiteit als statisch wordt voorgesteld door de beweging, blijkt dat deze dynamisch is onder de bevolking (2008: 87). Het veranderlijke karakter van de etnische identiteit wordt onder andere gestimuleerd door mondiale processen als toerisme en media (Eriksen 2007). Door goede organisatie is de beweging een belangrijke politieke actor geworden (Becker 2008; Warren 2002).

Ondanks behaalde successen van de inheemse beweging, stelt Lima (2010) dat het in Guatemala nog steeds slecht gesteld is met de toegang tot de gezondheidszorg van inheemsen en dat een alomvattend nationaal gezondheidsbeleid ontbreekt. Er is een kloof tussen papier en realiteit (Lima 2010). Dit heeft tot gevolg dat bijvoorbeeld zwangere, inheemse vrouwen minder vaak prenatale zorg van zorgverleners ontvangen dan niet-inheemse vrouwen (WHO 2001). De kinder- en moedersterfte zijn schrikbarend hoog onder inheemsen (Montenegro & Stephens 2006). Ook ontvangen inheemsen minder vaak en minder goede gezondheidsvoorlichting (Horton 2006). Daarnaast schrijft Valladares (2010) dat het dubbele aantal inheemse kinderen lijdt aan ondervoeding in vergelijking met niet-inheemse kinderen. Bovendien leidt deze situatie tot lagere levensverwachting bij inheemsen (Horton 2006). Ook is er volgens de Wereld Gezondheid Organisatie nog weinig te merken van incorporatie van inheemse zorg in de conventionele gezondheidszorg, terwijl dit volgens verscheidene wetenschappers en doktoren juist aan te raden is (Jump et. al. 1998; Levers 2006).

Er is kort gekeken naar hoe de voor mijn onderzoek belangrijke concepten van toepassing zijn op Guatemala volgens bestaande literatuur. In de volgende drie hoofdstukken zullen mijn eigen bevindingen in Guatemala omtrent deze concepten aan bod komen. Hoofdstuk drie richt zich op de actoren (en de relaties daartussen) die een rol spelen bij de gezondheidszorg in Santiago Atitlán. Hoofdstuk vier laat zien welke plaats inheemse zorg in het zorgsysteem inneemt. Zo komt een principe van multiculturalisme, het bestaan van meerdere culturele genezingspraktijken in de conventionele gezondheidszorg aan bod. In

---

<sup>6</sup> Deze is van kracht vanaf 1991 en hiermee kunnen inheemsen erkenning afdwingen voor hun cultuur, levenswijze en territoria (International Labour Organization 2010).

<sup>7</sup> Hierin worden de groepsrechten van de inheemse bevolking erkend (Sieder 2007)

<sup>8</sup> Voor de gezondheidszorg betreft dit het recht van inheemsen op traditionele medicijnen en instandhouding van hun medische gebruiken en het recht op toegang, zonder discriminatie, tot alle sociale diensten en gezondheidszorg (VN 2007).

hoofdstuk vijf wordt gekeken naar hoe doktoren en patiënten aankijken tegen de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg. Zo wordt een principe van multiculturalisme, dezelfde toegang van alle bevolkingsgroepen tot de conventionele zorg, onderzocht.

### Hoofdstuk 3: Zorglandschap Santiago Atitlán

‘Ja, het tweede huis links, ik klop wel op zijn deur’. Hard rent het jongetje voor me uit naar het huis van de inheemse genezer Diego Mendoza. Na lang zoeken en met wat hulp van nieuwsgierige inwoners heb ik hem gevonden in een klein smal straatje in een verwaarloosd huis. Nadat ik een kwartier heb gewacht totdat hij open heeft gedaan, wil hij me maar wat graag vertellen over zijn werk. Het blijkt dat hij met passie zijn werk doet, maar niet zoveel patiënten heeft. Grote aantallen patiënten heb ik wel waargenomen in andere zorgvoorzieningen in Santiago Atitlán. In dit hoofdstuk behandel ik de actoren in Santiago Atitlán die te maken hebben met de gezondheidszorg. Ik richt me eerst op privé artsen en klinieken om vervolgens de functie van de staat en de kerk wat betreft de gezondheidszorg te bespreken. Er wordt bovendien aandacht gegeven aan de rol van de *farmacias* en welke relaties er zijn tussen al deze zorgactoren.

#### Privéartsen en privéklinieken

Uit gesprekken met patiënten in Santiago Atitlán blijkt dat het kleine aantal patiënten van Diego Mendoza (*indígena*) vooral te maken heeft met geld<sup>9</sup>. In het volgende hoofdstuk zal blijken dat veel mensen nog inheemse medicijnen gebruiken en je dus zou verwachten dat zij daarom in grote aantallen deze natuurgenezer bezoeken. Niets is minder waar. Diego Mendoza vertelt dat hij de enige privénatuurgenezer in het dorp is die daar ook voor gestudeerd heeft (in Guatemala-stad) en wiens baan het echt is. Desalniettemin kan hij niet rondkomen door alleen in Santiago te werken. Hij heeft ook werkzaamheden in andere steden drie dagen in de week. Hij vraagt een bepaald bedrag voor behandeling, waardoor het niet echt stormloopt bij hem. Volgens Mendoza zijn er nog enkele andere inheemse genezers, die ook betaald krijgen maar het niet echt als fulltime job doen.

Zo bestaan er zogenoemde *sacerdotes Maya*, die geen (inheemse) medicijnen gestudeerd hebben en mensen genezen met natuurlijke medicijnen en ceremonieën, en ze zijn verbonden aan (Protestante) kerken. Daarnaast raadplegen de patiënten volgens hem ook *brujas* en *sanjurines*. Deze personen werken met natuurlijke medicijnen en hebben geen (inheemse) medicijnen gestudeerd. Ze dienen voor verschillende zaken. Zo staan *brujas* erom bekend dat men ze vooral moet bezoeken om slechte dingen te veroorzaken en de *sanjurines*

---

<sup>9</sup> Interview Lucy, 15 april 2011

kunnen je helpen als je geld nodig hebt<sup>10</sup>. Er bestaat ook een heilige, Maximón, die door sommige mensen als goed wordt gezien en door andere als slecht, vertelt dokter Toc (*indígena*). Sommige zeggen dat ze er heen gaan en bijvoorbeeld om genezing vragen. Andere beweren echter volgens hem dat je door een bezoek aan Maximón een ander persoon een bepaalde ziekte kan laten krijgen. Ook zijn er *comadronas*, een soort vroedvrouwen die niet gestudeerd hebben en die de vrouw die aan het bevallen is, masseren en natuurlijke medicijnen geven<sup>11</sup>. Dokter Mendoza moet niets hebben van deze ‘kwakzalvers’, zoals hij ze noemt. “Ze hebben geen kennis van zaken!”, vindt hij. Hij is ervan overtuigd dat ze mensen voor de gek houden.

Naast deze privé inheemse genezer, bestaan er in Santiago nog een aantal privé doktoren die alleen met conventionele medicijnen werken. Zij kunnen, net als Diego Mendoza, geen operaties uitvoeren in hun kliniek. Het gaat daar puur om onderzoek en adviezen. Daarnaast zijn er twee grotere privéklinieken, het *hospitalito* en *clínica* Rxiin Tnamet, die ook alleen met conventionele medicijnen werken. Carolina, de receptioniste van de *clínica* en *indígena*, vertelt dat deze *clínica* een (kleine) sociale organisatie is en afhankelijk is van donaties. Ze moeten daardoor een bepaalde bijdrage vragen aan hun patiënten. Uit mijn observaties blijkt dat ze hier ook geen operaties kunnen uitvoeren en dat het er iets minder schoon uitzag dan bij de privéartsen.

Het *hospitalito* is de grootste zorgvoorziening in Santiago en is ook de duurste voor de patiënten. Luis, een *indígena* arts in het *hospitalito*, vertelt dat het *hospitalito* de meeste doktoren in dienst heeft en de meeste materialen en medicijnen tot zijn beschikking heeft. Dit klinkt veelbelovend, maar toen ik een beroep op die materialen moest doen en tijdelijk krukken nodig had, bleek dat deze op waren en ik het maar zonder moest redden. Dus echt voldoende voorraad is ook hier niet, is mijn ervaring. In het *hospitalito* worden wel operaties uitgevoerd. Luis geeft aan dat de artsen echter geen specialisaties hebben, waardoor gecompliceerde problemen of specifieke ziektes niet behandeld kunnen worden en men daarvoor moet uitwijken naar Sololá, Xela of Guatemala-stad. Over het *hospitalito* heb ik de meeste negatieve verhalen gehoord. Het feit dat er veel *gringos*, mensen uit Noord-Amerika, werken, spreekt veel mensen niet aan. Chonita Mendoza en Dolores Reanda Xum geven aan dat ze denken dat die mensen hen niet snappen. Katy, zelf een Noord-Amerikaanse vrijwilligster in het *hospitalito*, zegt dat zij heeft gezien dat de doktoren (*gringo*, *ladino* en *indígena*) niet goed luisteren naar de mensen en schreeuwen tegen hen. De reputatie van dit

---

<sup>10</sup> Interview Candelaria, 16 april 2011

<sup>11</sup> Interview Fransiska, 14 maart 2011

*hospitalito* is niet zo goed, maar dit kan ook te maken hebben met het feit dat mensen negatief praten over iets waar ze toch geen toegang tot hebben; veel mensen in Santiago hebben namelijk niet genoeg geld om daar heen te gaan, zoals Lucy (*indígena*). Daarentegen zijn er ook middenklasse mensen die het *hospitalito* om bovenstaande redenen liever mijden en uitwijken naar een grotere stad, zoals Chonita Mendoza (*indígena*).

### De staat en de kerk

Naast deze privéklinieken zijn er twee actoren die zich bezighouden met de gezondheidszorg. Zo bemoeit de staat zich met de gezondheidsvoorzieningen, net als de kerk. De kerk, voornamelijk de protestantse, neemt een bijzondere plaats in het gezondheidslandschap. Ze hebben niet als primair doel om de mensen gezond te houden en te maken. Wel zetten ze zich in voor het welzijn van de mensen. Helena (*indígena*) zegt dat de kerk voor leden die heel erg betrokken zijn en die nauwelijks geld hebben voor een benodigde operatie, wel eens geld inzamelt. Die persoon kan dan op kosten van de kerkgemeenschap een operatie ondergaan. Daarnaast geeft ze aan de pastoor ook wel eens medicijnen uitdeelt, die ze ontvangen van een kerk in de Verenigde Staten. Daarnaast zijn er dus mensen die werken met inheemse medicijnen en ceremonieën uitvoeren en die verbonden zijn aan (Protestantse) kerken. Diego Mendoza geeft aan dat de mensen van de kerk deze zogenoemde *sacerdotes Maya* aan de mensen adviseren. Hoe deze samenwerking tussen verschillende religies tot stand is gekomen, is nog onduidelijk.

Ook de gemeente houdt zich bezig met de gezondheid van de mensen uit het dorp. Ten eerste gaat de gemeente/overheid over de *centros de salud* en *puestos de salud*. Deze voorzieningen zijn gratis voor de patiënten en er wordt alleen gewerkt met conventionele medicijnen. Daarnaast organiseert de gemeente verschillende evenementen, waarbij oogartsen langskomen of maïs uitgedeeld wordt<sup>12</sup>. Uit mijn observaties blijkt dat het vreselijk gesteld is met de *centro de salud* en de *puestos de salud* in Santiago. Het is erg armoedig daarbinnen; afgebladderde muren en één bankje waar de patiënt op onderzocht wordt. Ook zijn er nauwelijks medicijnen en materialen. Dokter Maynor Toc (*indígena*) vertelt dat ze vaak geen ontsmettingsmiddel of handschoenen hebben om een hygiënische behandeling mogelijk te maken. Ze hebben wel een echoapparaat om in de buik van een zwangere vrouw te kijken (dit apparaat is een donatie), maar ze hebben geen gel om mee te smeren en het onderzoek mogelijk te maken. Het verschil met de privéklinieken is dus helaas duidelijk merkbaar, want

---

<sup>12</sup> Interview Helena, 10 april 2011

in de instellingen van de overheid zijn heel weinig materialen, apparatuur en medicijnen beschikbaar. De patiënten hoeven niets te betalen, maar kunnen door gebrek aan spullen ook niet echt goed geholpen worden. Bovendien heb ik waargenomen dat in de instellingen van de overheid geen stroom beschikbaar is wanneer de stroom in het dorp uitvalt (en dit gebeurt nog al eens met enige regelmaat) en dan moeten de doktoren bijvoorbeeld een hechting maken met een zaklamp erbij, vertelt dokter Toc. In de privé-instellingen is wel een generator aanwezig en zijn er veel meer spullen en medicijnen voorradig, maar de mensen moeten daar dan ook wat voor neertellen. Geld is dus een belangrijke factor waardoor mensen kunnen worden uitgesloten van goede zorg.

Het feit dat de voorzieningen waar de staat over gaat en waar zoveel inheemsen dus afhankelijk van zijn door (het gebrek aan) geld, in zulke slechte omstandigheden verkeren, zou ik waarschijnlijk kunnen bestempelen als wat ik in de literatuur kan terugvinden als staatsdiscriminatie (Frankema 2008). Ieder mens heeft recht op goede gezondheidszorg en de staat moet daarvoor zorgen (VN 2007). In Santiago schiet de overheid echter tekort en de mensen moeten goede gezondheidszorg maar in een grotere, *ladino* en *indígena* gemengde, stad vinden. De *indígenas* hebben dus, gezien vanuit de zorgvoorzieningen waar de staat voor zorgt, slechte toegang tot goede conventionele gezondheidszorg, een uitwerking van een principe van multiculturalisme waar ik me op heb gericht in mijn onderzoek.

De doktoren die werken in de zorginstellingen in Santiago komen bijna allemaal van buiten dit dorp. Slechts twee van de doktoren komen van oorsprong uit Santiago. Er werken twee vrouwen in het dorp als arts, de rest is man. De meerderheid van de artsen is *indígena* van oorsprong. In het *hospitalito* werken ook veel *gringos*, mensen uit Noord-Amerika. De artsen hebben allemaal conventionele medicijnen gestudeerd in Guatemala-stad of in het buitenland. De *enfermeras*, arts-assistenten, komen allemaal uit Santiago zelf en de meeste hebben hun kennis verkregen uit de nabijgelegen stad Sololá.

### Rol van *farmacias*

Vanachter de grote kast met medicijnen klinkt gehuil. ‘Rustig maar, het is zo voorbij’, hoor ik de kalme stem van Juanna zeggen. Even later komt er een behuuld gezichtje van een meisje van een jaar of vijf tevoorschijn. ‘Ze moet zich snel beter voelen, en anders moet je morgen even terugkomen en dan geef ik haar er nog één’ zegt Juanna tegen de moeder waarmee het korte consult is afgerond.

Juanna (*indígena*) is eigenaresse van één van de vele *farmacias*, apotheken, in Santiago. De *farmacias* zijn particulier bezit en de vergunning hoeft niet bij de *municipalidad* worden

aangevraagd, maar wel bij de *centro de salud*. Het is niet zo'n probleem om toestemming te krijgen, wel krijgen de *farmacias* eens in de zoveel tijd bezoek van een man die alles in de *farmacia* controleert. De mensen van de *farmacias* vragen zelf bij zogenaamde *laboratorios* de medicijnen aan<sup>13</sup>. In een verdwaald hoekje is een natuurlijk medicijn te vinden, maar verder eigenlijk alleen maar conventionele medicijnen. Juanna zegt dat inheemse medicijnen niet verkopen, omdat één van de redenen dat mensen inheemse medicijnen gebruiken is dat ze goedkoop zijn. De mensen hoeven de *plantas* alleen maar op de *mercado* te kopen en zelf te bereiden, in de *farmacia* zou dit medicijn dan duurder zijn.

Deze *farmacias* vervullen verschillende functies op het gebied van medische zorg. Ik schreef al dat de *centro de salud* vaak geen medicijnen tot zijn beschikking heeft om te verstrekken aan de patiënten. Vaak schrijven ze dan een recept uit die de mensen in een *farmacia* kunnen ophalen (daarvoor moet wel betaald worden). Ook kunnen de artsen een briefje schrijven voor een injectie die ze daar kunnen halen, zoals dat het geval was bij het meisje dat ik hierboven heb beschreven. Juanna geeft aan dat de mensen die een *farmacia* bezitten vaak geen enkele medische opleiding hebben genoten, maar toch worden verreweg de meeste injecties door deze mensen in het dorp aan de patiënten gegeven. Er vindt naast automedicatie met inheemse medicijnen ook automedicatie plaats met conventionele medicijnen. Veel mensen gaan langs de *farmacia* om zelf medicijnen te halen zonder een arts geraadpleegd te hebben of vragen om advies aan de apotheker<sup>14</sup>. Bovendien vertelt Juanna dat ze ook nog wel eens medicijnen rondbrengt aan mensen die het zelf niet meer kunnen komen ophalen en voor wie een ziekenhuisopname te veel geld kost. Er wordt dan een groot beroep gedaan op haar medische kennis, welke naar eigen zeggen “vele malen kleiner is dan van een arts” en dus eigenlijk onvoldoende is om mensen goed te helpen.

### Samenwerking

Diego Mendoza moest niets hebben van andere inheemse genezers, die volgens hem ‘kwakzalvers’ waren. Tegelijkertijd voelt hij zich wel buitengesloten van de conventionele artsen. Die doktoren hebben eens in de zoveel tijd een bijeenkomst met alle conventionele doktoren uit de regio en tijdens deze bijeenkomst worden problemen besproken en plannen voor de toekomst gemaakt. Volgens dokter Toc en Yojcom (beide *indígena*) zijn deze bijeenkomsten niet heel gestructureerd en ze vinden het dan ook zonde van de tijd. Op het moment van de bijeenkomsten zijn er geen artsen in het dorp, behalve de privé-doktoren, maar

---

<sup>13</sup> Interview Juanna, 10 april 2011

<sup>14</sup> Interview Helena, 7 april 2011 & Fransisco, 12 april 2011

dus geen gratis artsen in de *centro de salud*. Op deze bijeenkomsten zijn alleen maar artsen aanwezig die met conventionele medicijnen werken. Mendoza zegt dat er ook bijeenkomsten bestaan voor alleen inheemse genezers van verschillende steden, maar een bijeenkomst van beide soorten medicijnen/geneeswijzen bestaat niet in Guatemala. Dit vindt hij erg jammer. Hierdoor vindt hij dat inheemse genezers niet als ‘echte’ genezers worden gezien. Hij, en hij weet ook andere collega’s, zouden graag bij deze bijeenkomsten aanwezig willen zijn, maar ze krijgen hiervoor geen toestemming. Het gevoel van dokter Mendoza dat de conventionele artsen hem niet als gelijkwaardig zien, wordt door de uitspraak van dokter Walter bevestigd. Zo vroeg ik dokter Walter (*ladino*) hoe hij aankeek tegen inheemse genezers en toen zei hij dat hij hen “niet zo geloofde, omdat ze geen echte studie hebben gevolgd”.

Er is echter één (goede) samenwerking te constateren tussen conventionele en inheemse genezers. De doktoren in de *centro de salud* en de *clínica* werken met speciale inheemse genezers samen. Dit zijn *comadronas*; een soort vroedvrouwen. Deze vrouwen hebben echter niet gestudeerd en zijn er van overtuigd hun kennis van God te hebben verkregen. Comadrona Fransiska (*indígena*) vertelt mij dat ze de vrouwen tijdens hun bevalling ondersteunen en hen wat inheemse medicijnen en massages geven. De vrouwen willen graag een *comadrona* bij de bevalling omdat ze die vaak al heel lang kennen, het heel vertrouwd voelt en omdat ze liever geen mannen aan hun lichamen willen hebben (het merendeel van de artsen is man)<sup>15</sup>. Juist omdat er vroeger veel vrouwen en baby’s stierven als er alleen maar een *comadrona* bij was, willen doktoren goed contact met hen hebben en organiseren bijeenkomsten met hen<sup>16</sup>. Hierdoor ontstaat er wederzijds vertrouwen en worden de doktoren van de *centro de salud* er sneller bij geroepen als er problemen optreden bij de bevalling of wordt er sowieso vanaf het begin samengewerkt. In de literatuur gaven Muller & Steyns (1999) in hun onderzoek aan dat wantrouwen als factor voor het verhinderen van een goede samenwerking. In Santiago worden door het organiseren van gezamenlijke bijeenkomsten gezorgd voor wederzijds begrip en hiermee is deze factor hier veel minder van toepassing dan in bovengenoemd onderzoek. Fransiska (*comadrona* en *indígena*) beschouwt haar positie als ondergeschikt aan die van de dokter in het zorgsysteem, maar is er wel van overtuigd dat ze eigenlijk zelf het beste weet hoe er gehandeld moet worden tijdens een bevalling. Tegelijkertijd vinden ze dat de doktoren soms arrogant tegen hen doen, omdat zij gestudeerd hebben. Een andere factor, verschillen in perceptie van oorzaken van problemen bij ziekte, die Muller & Steyns (1999) noemen voor het bemoeilijken van een goede

---

<sup>15</sup> Interview Candelaria, 15 april 2011 & Carolina, 11 maart 2011

<sup>16</sup> Interview dokter Marita, 9 maart 2011 & dokter Yojcom, 6 april 2011



samenwerking is, gebleken uit verscheidene interviews met beide partijen, nog wel van toepassing op Santiago. Fransiska zegt namelijk dat een bevalling fout gaat als de vrouw niet in een staat van harmonieuze balans is en geest en lichaam niet met elkaar verbonden zijn. Dokter Yojcom zegt juist dat een bevalling fout gaat als de baby bijvoorbeeld in een stuitligging ligt of de moeder een te hoge bloeddruk heeft. *Comadronas* willen daarnaast ook niet zoveel veranderen in hun werkwijze, waardoor deze samenwerking soms lastig is. Fransiska zegt dat ze wil vasthouden aan de manier waarop ze werkt, iets waar dokter Yojcom ook tegenaan loopt, waardoor zij niet nader tot elkaar komen en op problemen (kunnen) stuiten bij de samenwerking.

De factoren die van invloed zijn op de keuze van mensen voor een bepaalde zorginstelling zal worden besproken in hoofdstuk 4. In het hoofdstuk dat nu eerst volgt, wordt uitgelegd welke plaats inheemse zorg inneemt in het zorgsysteem.

## Hoofdstuk 4: De (veranderende) ideeën en gebruik van inheemse medicijnen

Het is vrijdag en dat betekent een drukte van belang op de markt in Santiago Atitlán. Schoenen, handdoeken, tandpasta, aardbeien, je kunt het zo gek niet bedenken of het is aanwezig. Opeens valt mijn oog op een man die een krab in de lucht houdt en de druppels die uit de schaar komen opvangt. “Deze druppels helpen tegen hoofdpijn” roept hij. Veel mensen verzamelen zich om hem heen. Hij verdeelt de druppels in bakjes en geeft het aan mensen die het willen kopen.

Uit mijn observaties blijkt dat inheemse medicijnen nog steeds populair zijn in Santiago, ondanks de komst van conventionele medicijnen. Iedereen in het dorp kent de twee soorten medicijnen en veel inwoners, *ladinos* en *indígenas*, gebruiken beide medicijnen dan ook. Vooral in *indígena* families is het heel gebruikelijk om inheemse medicijnen te gebruiken en veel mensen zijn er mee grootgebracht en zijn er van kinds af aan aangewend<sup>17</sup>. “Het is een onderdeel van onze cultuur”, concludeert Chonita (*indígena*) in een interview. Inheemse medicijnen geven dus vorm aan de etnische identiteit. Ook is het normaal een inheemse genezer als een *sacerdote* of *sanjurin* te raadplegen en tegelijkertijd naar een conventionele arts te gaan<sup>18</sup>. Verscheidene artsen (*ladino* en *indígena*) in Santiago vertellen dat zij denken dat tegenwoordig over het algemeen conventionele medicijnen net zoveel als inheemse medicijnen gebruikt worden, terwijl (heel) vroeger alleen inheemse medicijnen werden gebruikt door patiënten. In dit hoofdstuk wordt gekeken naar de motivatie van patiënten voor het gebruik van inheemse medicijnen en wat voor invloed mondialiseringprocessen als toerisme en media daar op hebben. Bovendien komen ideeën van artsen over inheemse genezingspraktijken aan bod. Zo wordt een principe van multiculturalisme, het bestaan van meerdere genezingspraktijken, behandeld.

### Redenen voor het gebruik van inheemse medicijnen

“Inheemse medicijnen zijn het beste voor je lichaam, daarom uiteraard!” riep Candelaria (*indígena*) vol overtuiging uit en was zelfs verbaasd dat ik überhaupt de vraag stelde waarom zij inheemse medicijnen gebruikte. Deze uitspraak is mij vaak ten gehore gekomen als ik mensen vroeg naar hun motivatie om inheemse medicijnen te gebruiken. De inheemse medicijnen worden vaak zelf bereid in huis, in tegenstelling tot duurdere conventionele medicijnen die in de vele *farmacias* te koop zijn. Zo was de eerste reactie van het gastgezin

---

<sup>17</sup> Interview Chonita Mendoza, 17 maart 2011

<sup>18</sup> Interview Salvador Sojuel, 30 maart 2011 & Helena, 10 april 2011

waar ik verbleef op mijn klagen dat ik zo'n buikpijn had, dat ik kamillethee moest drinken en niet, zoals mijn moeder in Nederland doet, een afspraak bij de huisarts maken. Automedicatie komt veel voor in Santiago en wordt met name veel uitgevoerd met inheemse medicijnen<sup>19</sup>. Veel *indígenas* beschouwen inheemse medicijnen als beter dan conventionele medicijnen.

In verscheidene gesprekken die ik gevoerd heb, geven de inwoners van Santiago aan dat inheemse medicijnen minder snel werken, maar het voordeel is dat ze wel goed zijn voor je lichaam en niet zoals conventionele medicijnen, andere organen aantasten. Inheemse medicijnen zijn gebaseerd op natuurlijke producten en zorgen voor harmonie in het lichaam volgens hen. Zo geeft Dolores (*indígena*) aan dat zij “bijna alleen maar inheemse medicijnen” gebruikt. Dit komt omdat zij last heeft van veel verschillende kwalen en chronisch ziek is. Haar man heeft een groot bedrijf en ze hebben het goed thuis; ze behoren tot de middenklasse. Ze zou zich dus de duurdere, conventionele medicijnen kunnen veroorloven. Maar vanwege het feit dat zij ervan overtuigd is dat inheemse medicijnen beter zijn voor je lichaam en zij niet nog meer kwalen wil, gebruikt ze vrijwel alleen maar inheemse medicijnen. Deze informatie die ik uit de interviews heb gehaald, strookt met wat ik in mijn theoretisch kader heb geformuleerd. De gedachte dat inheemse medicijnen beter voor je lichaam zijn, kwam namelijk ook naar voren in de literatuur, waarbij er werd gezegd dat harmonie en balans in het lichaam erg belangrijk zijn bij inheemse medicijnen (Johnston 2005; Levers 2006).

De kosten van conventionele medicijnen zijn bijvoorbeeld voor Lucy (*indígena*) wel een reden om inheemse medicijnen te gebruiken. Zij heeft weinig inkomsten en probeert haar ziekte eerst te beheersen met inheemse medicijnen. Net als Lucy, gebruiken veel mensen vanwege de kosten eerst inheemse medicijnen als ze ziek zijn en als dat niet werkt, stappen ze naar de dokter en gaan ze conventionele medicijnen gebruiken, als ze dat kunnen betalen tenminste. Veel mensen geloven in de werking van inheemse medicijnen, maar ze zijn van mening dat als de ziekte niet stopt of dusdanig ernstig is, men dan moet overstappen naar conventionele medicijnen en artsen. Dit is voor sommige artsen een gevoelig punt. Zo geeft dokter Ivonne Contreras (*ladina*) aan: “het probleem met inheemse medicijnen is dat men ze neemt als preventie, het dan niet werkt en vervolgens te laat met conventionele medicijnen begint”. Net als Ivonne zouden veel artsen liever zien dat patiënten eerder met conventionele medicijnen beginnen, omdat ze zo meer kans op overleving hebben.

Daarnaast speelt bij de motivatie van het gebruik van inheemse medicijnen ook mee dat veel inheemsen erg religieus zijn en ze er vanuit gaan dat inheemse medicijnen door God

---

<sup>19</sup> Observaties & Interview Dolores Reanda Xum, 30 maart 2011 & Lucy, 15 april 2011

mogelijk is gemaakt. “Iets wat puur en alleen door God is gemaakt is goed en Hij wil dat wij dit dan ook gebruiken om ons goed te voelen”, beargumenteerde *comadrona* Fransiska. Conventionele medicijnen zijn niet “puur en alleen door God gemaakt” en daarom willen veel inheemse patiënten die medicijnen niet of nauwelijks gebruiken<sup>20</sup>. In de literatuur in mijn theoretisch kader werd niet zo de nadruk gelegd op de rol die religie bij het gebruik van inheemse medicijnen heeft en daarmee de etnische identiteit, net zo min als de lagere kosten hiervan. Deze redenen die ik gevonden heb, zouden dus als aanvulling kunnen worden gezien op de bestaande literatuur voor de motivatie voor het gebruik van inheemse medicijnen.

Bovendien speelt de ernst van de ziekte ook een belangrijke rol bij de keuze voor bepaalde medicijnen. Bij botbreuken en complicaties wordt meestal niet gegrepen naar inheemse medicijnen, maar meteen naar conventionele medicijnen. “Bij een griepje of diarree eerst inheemse medicijnen gebruiken is mijn idee”, zegt Helena (*indígena*). Ze heeft verschillende opties voor haar kinderen als ze ziek worden of als ze een beginnend kwaaltje de kop in wil drukken. Zo geeft ze haar kinderen een limoen voor op hun voorhoofd als ze hoofdpijn hebben of geeft ze thee met kamille te drinken tegen maagpijn.

Ook is het populair om inheemse medicijnen te gebruiken voor de ziekte *los nervios*. Deze ziekte is niet goed aan te duiden, maar wordt omschreven als een onrustig en stressvol gevoel. Het is een mentale aandoening, maar kan soms gepaard gaan met fysieke pijn. Zoals in het hoofdstuk hiervoor ook naar voren kwam, hebben alle doktoren in Santiago conventionele medicijnen gestudeerd in Guatemala-stad of in het buitenland. Hier wordt hen de westerse manier van denken over geneeskunde geleerd. Toch geloven veel doktoren, zoals dokter Yojcom (*indígena*), in Santiago wel in de ziekte *los nervios*, hoewel dit in de westerse geneeskunde deze ziekte als verzinsel wordt afgedaan<sup>21</sup>. De doktoren denken dat één van de redenen dat mensen in Santiago aan *los nervios* lijden komt door het trauma dat mensen hebben opgelopen. In Santiago was in 2005 een watersnoodramp, waarbij vele huizen zijn weggevaagd en veel mensen zijn gestorven. Nog dagelijks kampen patiënten met mentale problemen hierdoor zegt dokter Yojcom. De doktoren adviseren die mensen bepaalde medicijnen te gebruiken die er voor zorgen dat men zich ontspant.

### Verandering van cultuur

Vroeger bestonden conventionele medicijnen eenvoudigweg niet en werden ze dus ook niet gebruikt. Maar ook nu conventionele medicijnen, in bepaalde mate, voorhanden zijn, worden

---

<sup>20</sup> Interview *Comadrona* Fransiska, 14 maart 2011

<sup>21</sup> Interview dokter Miguel Angel Yojcom, 6 april 2011

inheemse medicijnen niet vergeten. Zoals eerder aangegeven, is het deel van de inheemse cultuur en bepaalt het voor een deel de etnische identiteit. Het is echter niet zo dat deze cultuur geïsoleerd leeft en geen invloeden van buitenaf kent. Er is wel een proces van transculturatie (verandering van cultuur door contact) te observeren in de samenleving. Deze transculturatie wordt door mondialiseringsprocessen als toerisme en media gestimuleerd, geeft dokter Walter aan. Zoals Sanabria (2007) schreef komen mensen tegenwoordig meer in aanraking, fysiek en door de media, met andere gewoonten en gebruiken en gaan dit op den duur ook in bepaalde mate gebruiken. Zo kwam ik bijvoorbeeld geregeld vrouwen in Santiago tegen die traditionele kleding droegen, maar daarbij droegen ze wel een riem met FC Barcelona erop, de club waar het hele dorp fan van is. Het kennen van die club van de andere kant van de wereld, geeft aan hoeveel invloed toerisme en media hebben op ideeën en gedrag van mensen.

Op het gebied van de gezondheidszorg verschijnen ook tekenen van transculturatie, want westerse, conventionele medicijnen gaan steeds meer en meer een onderdeel vormen van de cultuur van *indígenas*. In de literatuur worden twee processen getypeerd die van toepassing kunnen zijn als er sprake is van transculturatie; homogenisering en heterogenisering van cultuur (Eriksen 2007). In Santiago is met name een proces van homogenisering aan de gang. Dokter Toc (*indígena*) vertelt namelijk dat beide medicijnen gebruikt worden door inheemsen en hun cultuur dus meer gaat lijken op die van *ladinos*. Dokter Walter (*ladino*) zegt dat er sprake is van wederzijdse uitwisseling. Omgekeerd gebruiken *ladinos* namelijk ook inheemse medicijnen. “Dit is nu meer dan vroeger, omdat deze medicijnen meer geaccepteerd zijn door de *ladinos* zelf”, zegt Elida Bauer. Zij is een *ladina*, maar gebruikt al lange tijd inheemse medicijnen. Ook bereidt ze deze medicijnen voor meerdere personen en geeft ze dan aan bekenden, *indígenas* én *ladinos*. Deze wederzijdse beïnvloeding van culturen constateerde Spitta (1995) ook in haar onderzoek, waardoor mijn bevindingen als een bevestiging kunnen dienen.

Doordat culturen veranderen en kenmerken van elkaar overnemen, kan het steeds lastiger worden voor inheemsen om hun rechten te claimen, vertelt dokter Maynor Toc. In de literatuur kwam naar voren dat er inheemse bewegingen zijn die strijden voor de inheemse rechten (Sieder 2007). Door toerisme en media en daarmee culturele veranderingen wordt het alleen steeds lastiger om vast te stellen wat inheems zijn precies is en om dan rechten te kunnen claimen (Warren 2002). Toch ziet Elida Bauer het positief in als inheemsen zich minder kunnen onderscheiden: “Ik denk dat ik nog kan meemaken dat het niet meer nodig is voor inheemsen om hun rechten te moeten claimen, omdat onze culturen op elkaar lijken en

zij dus meer als gelijken kunnen worden gezien”. En daar heeft ze een punt. Als meer aspecten van de inheemse cultuur, zoals inheemse medicijnen, geaccepteerd worden door andere groepen, is het misschien ook minder nodig om inheemse rechten te claimen.

### Ideeën van artsen over inheemse medicijnen

Het merendeel van de doktoren dat ik gesproken heb in Santiago Atitlán is werkzaam bij de *centro de salud* of zijn privéartsen. De meeste doktoren geven aan in een zekere mate in inheemse medicijnen te geloven. Ook gebruiken de meeste doktoren deze medicijnen ook thuis. Dit zijn *ladino* en *indígena* artsen. Zo stelt dokter Walter (*ladino*) dat inheemse medicijnen “veel minder vies en minder schadelijk voor je lichaam” zijn. Toch werken de artsen hier niet mee tijdens hun werk. Ze zijn namelijk van mening dat zij niet genoeg kennis hebben van de werking van deze medicijnen en daarnaast is het zo dat ze niet mogen werken met deze medicijnen door de regels van hogerhand. Er is namelijk nog veel intolerantie tegenover inheemse medicijnen, omdat dit door sommige personen als lager in de hiërarchie wordt beschouwd dan de westerse, conventionele medicijnen. Dit heeft volgens dokter Marita (*ladina*) namelijk te maken met het feit dat er nog steeds geen echte acceptatie van *indígenas* in Guatemala is. Veel personen die werken bij de overheid zijn *ladino* van afkomst en Carolina en Juan zeggen dat ze het idee dat deze mensen nog steeds moeite hebben met gebruiken van *indígenas* door te voeren bij instanties en dit algemeen te maken. De laatste jaren worden er echter ook wel eens *indígenas* bij de overheid aangenomen, zegt Alex. Dokter Walter vertelt dat hierdoor veel van zijn patiënten denken dat er een grotere kans is dat er meer acceptatie ontstaat van de inheemse medicijnen. Meer *indígenas* in de overheid kan ook betekenen dat *ladinos* juist alles gaan verwerpen wat met *indígenas* te maken heeft uit protest, maar de mensen zijn volgens dokter Walter positief gestemd.

Het ontbreken van inheemse medicijnen in het zorgsysteem vinden veel doktoren wel erg jammer, want ze denken dat bepaalde patiënten die geen conventionele medicijnen willen gebruiken de inheemse medicijnen wel gaan gebruiken en ook beter als het op doktersadvies zou zijn. De meeste doktoren (*ladino* en *indígena*) zouden een zorgsysteem waarin beide soorten zorg bestaan aanmoedigen. Dit staat in contrast met wat ik eerder gevonden heb in de literatuur. Zo schreef Rodriguez (2005) namelijk dat artsen in Latijns-Amerika niet zo positief staan tegenover inheemse zorg. Ook Montenegro & Stephens (2006) vonden in hun onderzoek onder Latijns-Amerikaanse medici dat deze artsen weinig moeten hebben van inheemse medicijnen. De mening van de artsen uit Santiago Atitlán sluit hier dus niet bij aan. Zo zegt dokter Miguel Angel Yojcom (*indígena*) dat door een geïntegreerd zorgsysteem de

artsen makkelijker toegang hebben tot beide soorten medicijnen en een goede combinatie kunnen aanbieden, waardoor de zorg beter wordt voor de patiënten. Dit principe van multiculturalisme, het bestaan van meerdere genezingspraktijken in de gezondheidszorg, vinden veel doktoren dus een goed idee, maar het wordt niet uitgevoerd tijdens hun werk. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de artsen die in een inheems dorp werken, zoals in Santiago Atitlán, bij voorbaat waarschijnlijk al wat toleranter staan tegenover inheemsen en hun medicijnen dan de artsen uit de hierboven beschreven onderzoeken die niet werkten in een overwegend inheems dorp.

“Vaak schrijf ik een recept uit en dan zegt de patiënt dat ze er geen geld voor heeft; dan breekt mijn hart” (Ivonne Contreras, *ladina*). Als reactie op deze situatie gaan artsen naar oplossingen zoeken. Zo adviseert Ivonne aan mensen inheemse medicijnen als zij de conventionele medicijnen niet kunnen betalen. Ze kent echter niet zoveel natuurlijke varianten en hierdoor stimuleert ze het gebruik van die inheemse middelen ook niet zoveel als ze zou willen. Daar zou meer gedaan mee kunnen worden, want veel mensen geven aan het fijn te vinden als doktoren zelf ook met inheemse medicijnen zouden werken<sup>22</sup>. Nu vragen ze niet om een inheemse variant omdat ze weten dat die niet beschikbaar is in de zorginstellingen. Naar een natuurgenezer gaan is voor deze mensen geen optie omdat ze daar ook geen geld voor hebben. De inheemse medicijnen die doktoren af en toe wel eens adviseren aan de mensen om te gebruiken staan in het boek<sup>23</sup> dat in elke zorginstelling van de overheid te vinden is. Deze medicijnen zijn onder andere knoflook, kamille, anijs, gerst, pepermunt, gember, lijnzaad, munt, basilicum en aloë vera. Er staat ook bij op welke manier het bereid moet worden en hoe lang het gebruikt moet worden. Zo kunnen mensen sommige natuurlijke planten gewoon vers eten of verwerken in onder andere thee, sap en salades. Vervolgens kunnen de mensen deze producten heel goedkoop op de *mercado* kopen en hier zelf hun medicijnen van maken. Er zijn ook kant-en-klare inheemse medicijnen beschikbaar op de *mercado* die geen bereiding meer nodig hebben, maar meteen gebruikt kunnen worden, zoals het vocht uit de schaar van de krab, waar ik eerder al over vertelde.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat in conventionele gezondheidsinstellingen inheemse medicijnen niet worden gebruikt. Binnen zorginstellingen is dus geen sprake van een uitwerking van multiculturalisme, namelijk het bestaan van meerdere culturele geneeswijzen. Doordat automedicatie echter erg belangrijk blijft, men blijft zelf naar inheemse medicijnen zoeken en dit gebruiken, en artsen redelijk vaak inheemse medicijnen adviseren is er toch

---

<sup>22</sup> Interview Dolores Reanda Xum, 8 april 2011 & Candelaria, 16 april 2011

<sup>23</sup> Normas de Atención en Salud Integral

sprake van een bepaalde uitwerking van dit principe. Een ander principe van multiculturalisme, dezelfde toegang van inheemsen en *ladinos* tot de conventionele gezondheidszorg, wordt in het volgende hoofdstuk besproken.



## Hoofdstuk 5: Toegankelijkheid voor inheemsen tot de conventionele zorg

De patiënten maken vaak dus eerst een keuze voor de medicijnen die ze willen gebruiken en daarna, als dat noodzakelijk is, voor de zorginstelling in het dorp. In dit hoofdstuk ga ik kijken naar factoren die invloed hebben op de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg. Daarna kijk ik naar hoe het activisme leeft onder de inwoners om er wat aan te veranderen. Later komen ook de meningen van de artsen over de toegang van inheemsen aan bod en wordt er aandacht besteed aan genderverhoudingen in Santiago met betrekking tot de conventionele gezondheidszorg.

### Motivatie voor gebruik van een bepaalde zorginstelling

Bij de keuze voor een zorginstelling spelen een aantal dezelfde, maar ook andere zaken een rol in vergelijking met de keuze voor het soort medicijnen. Allereerst speelt geld een grote rol bij de keuze voor een bepaalde zorg. Wanneer men niet genoeg geld heeft, is het uitgesloten gebruik te maken van het *hospitalito* en de privéklinieken. Veel inwoners van Santiago die ik gesproken heb, waaronder Lucy en Candelaria, kunnen zich een bezoek aan het *hospitalito* of een privékliniek niet veroorloven en daardoor komt het merendeel van de patiënten in Santiago uit bij de *centro de salud*, dat gratis is. Deze geldkwestie is ook terug te vinden in de literatuur. Angel-Urdinola (2008) schreef dat inheemse patiënten vaak wel door de deur van een zorginstelling mogen, maar dat het gebrek aan geld ervoor zorgt dat ze geen behandeling kunnen ondergaan. Dit geldprobleem is dus ook terug te zien in Santiago.

Als geld minder een rol speelt, is tijd ook erg belangrijk. Wanneer men meteen een operatie nodig heeft, kan men alleen naar het *hospitalito* gaan. Toen Juan (*indígena*) iets aan zijn ogen moest laten doen en wel genoeg tijd had, ging hij naar Sololá om daar een behandeling te ondergaan. De ernst van de ziekte speelt dus ook een rol in de keuze voor een bepaalde zorginstelling. Belangrijk is wel om te realiseren dat veel patiënten in Santiago weinig geld hebben en dat het dus voor hen eigenlijk al ophoudt om een verdere keuze te maken. Zo ben ik geweest bij een man, Pedro (*indígena*), die eigenlijk een hartoperatie nodig heeft, maar dit niet kan betalen en nu eigenlijk zijn dood ligt af te wachten met wat injecties en een infuus. Deze medicijnen laat hij door Juanna (*indígena*) van de *farmacia* brengen. Zij verwisselt ook zijn infuus als dat nodig is. Meer dan dit kan Juanna niet doen, omdat zij geen medicijnen heeft gestudeerd, waardoor zij maar beperkte kennis heeft.

Wanneer er wel sprake is van de mogelijkheid voor een keuze voor een andere zorginstelling, dan hebben eerdere ervaringen met bepaalde instellingen ook invloed op de

keuze voor een bepaalde zorgvoorziening. Zo vertelde Chonita Mendoza (*indígena*) dat ze lang geleden een nare ervaring had gehad in het *hospitalito*. “Sindsdien ben ik er nooit meer geweest”. Uit gesprekken met mijn informanten bleek, dat wanneer men het gevoel heeft dat de artsen geen goede attentie geven, autoritair zijn of zelfs tegen hen schreeuwen, ze niet meer terug willen naar die instelling. Ze hebben het gevoel dat de artsen hen niet willen of kunnen begrijpen<sup>24</sup>. In de literatuur wordt dit impliciete discriminatie genoemd (Scull 2009). Ze krijgen hierdoor angst en durven niet meer terug te komen. Uit de gesprekken met mijn informanten kan ik opmaken dat zij zich af en toe gediscrimineerd voelen en dat deze discriminatie impliciet plaatsvindt (dus door middel van autoritaire houdingen en het niet willen of kunnen begrijpen van de patiënt).

Dit niet kunnen begrijpen van de patiënten heeft onder andere te maken met een taalbarrière, wat de toegang tot de gezondheidszorg bemoeilijkt. De doktoren spreken over het algemeen namelijk alleen maar Spaans en enkele woorden Tz’utujil, de lokale taal in Santiago. Veel mensen, en vooral ouderen, spreken alleen maar Tz’utujil en geen Spaans. Dat het consult hierdoor moeilijk wordt, werd voor mij heel duidelijk tijdens een observatie in de *centro de salud*: “Waar heeft je moeder precies last van?” vraagt dokter Toc (*indígena*) aan de dochter van de vrouw. Na een korte woordenwisseling zegt het meisje van een jaar of tien dat haar moeder zo’n last van haar buik heeft. “Wat heeft ze dan de afgelopen dagen gegeten?” “Juist heel weinig omdat ze zich al niet lekker voelde geloof ik”, zegt het meisje schuchter tegen dokter Toc. “Let heel goed op” zegt dokter Toc, “zij moet met dit recept naar de *farmacia* gaan, het driemaal daags innemen en alleen maar water drinken. Zorg jij dat je moeder dit heel goed snapt en dit advies opvolgt?”. Het meisje en haar moeder, die bij het weggaan voor het eerst een woord zegt, “*gracias*”, vervolgen als het meisje het tenminste goed begrepen heeft, hun weg naar de *farmacia*. De kinderen leren de laatste jaren op school steeds meer Spaans en hierdoor spreekt de jongere generatie een beter woordje Spaans. Het is dan ook niet ongewoon dat het kind aan de dokter moet uitleggen wat zijn moeder mankeert, zoals bovenstaand fragment laat zien. De *enfermeras*, doktersassistenten, spreken wel Tz’utujil en springen daarom af en toe bij om te vertalen. Deze situatie is natuurlijk niet ideaal; de *enfermera* heeft op deze manier weinig tijd voor haar eigen werk en het duidelijk maken wat nu echt het probleem is van de patiënt, gebeurt indirect en lukt soms niet zo goed. Tijdens mijn observaties bleek dat deze taalbarrière vaak voorkomt tijdens een doktersbezoek. Deze observaties komen echter niet overeen met wat ik in de literatuur heb gevonden. De

---

<sup>24</sup> Interview Katy, 21 maart 2011, Juan, 13 april 2011 & Dolores Reanda Xum, 8 maart 2011

auteurs (Angel-Urdinola 2008 & Johnston 2005) leggen daar meer de nadruk op kosten en het letterlijk mogen betreden van een kliniek en hebben geen aandacht voor de taalbarrière, dat volgens mij onderzoek in Santiago waar veel mensen Spaans niet goed spreken ook een belangrijke factor is bij toegang tot gezondheidszorg. Hun onderzoeken vonden echter plaats in landen waar de bevolking de officiële taal van het land beheerst en het is dus logisch dat er in die onderzoeken geen aandacht is gegeven aan de taalbarrière.

Daarnaast heeft de keuze voor een zorginstelling ook nog te maken met de verzekering die patiënten dan al niet hebben. Zo hebben de mensen die werken voor de overheid een *seguro social*, vertelt Juan, die postbode is en dus werkt voor de overheid. Dit is een soort verzekering, waarbij zij elke maand verplicht 125 *quetzales* moeten betalen en dan kunnen zij gebruiken maken van de IGSS (*International Guatemalteco Seguridad Social*) in Sololá of Guatemala-stad. Bij een *emergencia* word je snel geholpen hier, maar wanneer je niets ernstig hebt moet je erg lang wachten, omdat er heel veel mensen voor één dokter zijn. Dit heeft tot gevolg dat Juan wel elke maand betaalt voor de sociale verzekering, maar toch een privékliniek bezoekt, omdat hij snel geholpen wil worden.

### Actie?

De mensen in Santiago klagen over het algemeen niet snel over hun toegang tot de zorginstellingen, maar als ze erover vertellen blijkt wel dat ze ontevreden zijn. Helena (*indígena*) vindt het vervelend dat er veel geld neergelegd moet worden voor iets wat heel belangrijk is, “iedereen wil namelijk gezond zijn!”, en waar iedereen recht op heeft. Ook vindt zij het erg jammer dat de betere zorginstellingen veel verder weg zijn. Mensen hebben vaak het geld en de tijd niet om gebruik te maken van deze zorginstellingen en hierdoor voelen veel inwoners van Santiago zich uitgesloten van goede zorg<sup>25</sup>. Veel inwoners zijn namelijk aangewezen op de *centro de salud* en uit mijn observaties blijkt dat daar weinig materialen aanwezig zijn en de patiënten denken dat de dokter hen niet altijd even goed wil begrijpen, wat een gevolg kan zijn van impliciete discriminatie (dit bleek uit de paragraaf hiervoor). Een andere klacht die mij vaak ter ore is gekomen is de wachttijd. Het is de hele dag spreekuur in de *centro de salud*, *hospitalito* en *clínica* Rxiin Tnamet en dit is van acht uur ’s ochtends tot 5 uur ’s middags. Een mogelijkheid tot afspraken maken is er niet, wat leidt tot lange wachtrijen bij de instellingen. De *clínica* gaat daarna dicht, maar de *centro de salud* en het *hospitalito* zijn daarna open voor noodgevallen. Toch geven veel bewoners aan dat wanneer ze ’s nachts

---

<sup>25</sup> Interview Juanna, 31 maart 2011 & Chonita Mendoza, 8 maart 2011

komen, hen wordt verteld dat ze tot de volgende morgen moeten wachten<sup>26</sup>. Dokter Marcello (*indígena*) vertelt dat de doktoren 24 uur achter elkaar in de zorgvoorziening werken en ze slapen dus ook 's nachts op hun werk. Daarna hebben ze drie dagen rust. Het lange wachten op hun beurt voor een behandeling wordt door de patiënten vaak als ontevredenheid genoemd. Ook op de medicijnen moet lang gewacht worden. Soms is een specifiek medicijn pas vijftien dagen later beschikbaar, zegt dokter Orfelía (*indígena*). Het komt daardoor voor dat dat wel eens te laat is en de patiënt overlijdt. De patiënten en doktoren zijn van mening dat er te weinig zorginstellingen, doktoren, materialen en medicijnen zijn om alle mensen snel te helpen, waardoor veel patiënten van goede zorg worden uitgesloten<sup>27</sup>.

Toch lijken veel mensen zich er bij neer te leggen en zich aan te passen aan de situatie. Er zijn weinig mensen te vinden die erg strijdlustig zijn en dingen zelf willen veranderen. Ze willen het wel vaak anders, ze weten uit eigen ervaring of door verhalen hoe het er bijvoorbeeld in Guatemala-stad aan toe gaat, maar ze weten vaak niet wat ze moeten doen om het anders te krijgen en hebben het gevoel dat er toch niet naar hen wordt geluisterd. Daarnaast hebben ze vaak ook geen tijd om zich met dit soort zaken bezig te houden omdat er brood op de plank gekregen moet worden. Zo zei Lucy (*indígena*): “Wie runt er dan mijn winkel, als ik mij bezighoud met verbeteringen voor de zorg?” Ze kunnen zich het vaak niet veroorloven om tijd te besteden aan actievoeren, omdat in die tijd ook geld verdiend kan worden. In Santiago zijn nog nooit protestacties geweest. Helena vertelt dat mensen wel eens individueel of in groepjes naar de *municipalidad* gaan om om verandering te vragen. Schriftelijk kunnen ze vaak niks aanvragen omdat ze vaak niet kunnen lezen en schrijven. De mensen die meer geld hebben (en vaak kunnen lezen en schrijven) bezoeken de *centro de salud* niet en bemoeien zich er dan ook niet mee. Tijd en geld spelen dus een rol bij actievoeren, maar ook het gebrek aan het kunnen lezen en schrijven. En wanneer er iemand dan eens om verandering vraagt, ziet degene er nauwelijks wat van terug. Dit draagt ook niet bij aan het vertrouwen in de gemeente/overheid. Veel mensen, zoals Helena en Alex, zeggen dat de burgemeester van Santiago geen goede man is. Hij laat zich te weinig aan de mensen zien en is één dag in de maand beschikbaar voor vragen. De mensen hebben het gevoel dat hij de mensen in Santiago niet begrijpt en misschien ook niet wil begrijpen. Lucy geeft aan dat ze zich er maar bij neer probeert te leggen omdat ze naar eigen zeggen “hoofdpijn krijgt” als ze aan de politiek denkt. Net als Lucy houden de inwoners zich dan maar liever bezig met hun werk en familie en proberen om die manier een goed leven te leiden en te krijgen. Uit de

---

<sup>26</sup> Interview Katy, 21 maart 2011 & Dolores Reanda Xum, 8 maart 2011

<sup>27</sup> Interview dokter Maynor Toc, 16 april 2011, Dolores Reanda Xum, 8 maart 2011 & Lucy, 7 april 2011

literatuur bleek dat er in Guatemala inheemse bewegingen zijn voor het behouden of verkrijgen van rechten (Becker 2008). In Santiago leeft dit helemaal niet, zoals uit deze paragraaf blijkt. Ook zijn er geen lokale protestbewegingen te vinden die hun oorsprong zouden kunnen vinden in die nationale bewegingen. Naar eigen zeggen hebben mensen de tijd, het geld, de capaciteiten en het vertrouwen niet voor actievoeren<sup>28</sup>.

#### Mening van de artsen over de inheemse bevolking

“Jullie moeten ook doen wat ik zeg, jullie weten niet wat het beste is voor haar, ik heb hier voor gestudeerd! Niet voor eigen doktertje spelen, dan zie je wat er van komt!”. Bijna briesend staat Miguel Angel Yojcom (*indígena*) tegenover een vrouw met een huilend baby'tje in haar armen. “Dit is nou al de derde keer in twee weken dat ze hier is”, roept hij gefrustreerd naar mij.

De avond ervoor had ik nog een lang interview met dokter Yojcom. Hierin vertelde hij dat veel artsen, net als veel inwoners in Santiago, *indígena* van afkomst zijn en dat zij daardoor niet negatief denken over hun patiënten vanwege de bepaalde etniciteit die ze hebben. Een principe van multiculturalisme, dezelfde toegang van alle bevolkingsgroepen tot de conventionele zorg, geldt voor Santiago vinden zij. De doktoren vinden het namelijk belangrijk dat elk persoon dezelfde rechten heeft, en in hun geval dan met name op goede gezondheidszorg, en ze proberen daarom iedereen zo goed mogelijk te helpen. Mijn observatie de volgende dag stelt deze uitspraken in een ander daglicht. Het bleek namelijk uit deze en meerdere observaties dat de artsen (*ladinos* en *indígenas*) vaak een autoritaire houding aannemen in de spreekkamer, wat voort kan komen uit hun gevolgd opleiding. Ze hebben namelijk niet een erg hoge pet op van veel van de lokale mensen vanwege de manier waarop ze omgaan met hun gezondheid en met het advies van de doktoren en denken het zelf beter te weten omdat ze medicijnen gestudeerd hebben, zoals het fragment hierboven van dokter Yojcom aangeeft. Dit onderscheid tussen inheemsens gaf Warren (2002) ook aan in zijn onderzoek. Hierin zei hij dat de kloof tussen *ladinos* en *indígenas* kleiner wordt door onder andere mondialiseringsprocessen en opleiding, maar dat dit wel kan zorgen voor onderscheid tussen *indígenas* onderling (Warren 2002). De artsen tonen niet veel begrip voor de patiënten tijdens het consult en zijn meestal erg streng, zoals ik zelf heb geobserveerd.

Ondanks vele pogingen en hun overtuigende rede, geeft dokter Yojcom aan dat veel van hun advies in de wind wordt geslagen. Als mensen de medicijnen al kopen, nemen veel

---

<sup>28</sup> Interview Lucy, 7 april 2011, Helena, 4 maart 2011 & Candelaria, 15 april 2011

mensen hun medicijnen maar een paar dagen in, ook al zegt dokter Yojcom dat de patiënten ze een hele week moet gebruiken. Ook worden voorlichtingsfolders vaak niet gelezen en meteen weggegooid. Dit zie je al aan de verfrommelde foldertjes die dichtbij de *centro de salud* op de grond liggen. Volgens dokter Yojcom interesseert het de mensen vaak niet, maar vaak kunnen ze ook niet genoeg Spaans om het helemaal te kunnen begrijpen (zie de taalbarrière die besproken is in het begin van dit hoofdstuk). Het resultaat hiervan is dat veel mensen na twee weken gedwongen moeten terug keren naar de zorginstelling omdat de aandoening nog steeds niet weg is. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel, wat veel doktoren erg vervelend vinden. Ook andere artsen geven in gesprekken aan dat het erg frustrerend is dat ze de kennis wel hebben, maar door gebrek aan materialen en medicijnen hun beroep niet goed kunnen uitvoeren. Als ze daarnaast merken dat de patiënten hen niet begrijpen of hun advies ook nog eens in de wind slaan, wordt het allemaal wel een erg moeilijke zaak. Volgens hen is de behandeling van een patiënt op deze manier een bijna onmogelijke opgave, wat veroorzaakt wordt door het gebrek aan spullen en de patiënten zelf. De impliciete discriminatie die in mijn theoretisch kader naar voren kwam, is in Santiago bovendien ook waar te nemen. Scull (2009) schreef daarover dat mensen vaak stereotypen in het hoofd hebben en daar onbewust naar handelen. Dit heb ik ook ervaren in de zorginstellingen in Santiago. Veel artsen, zoals dokter Yojcom, zeggen dat ze hun patiënten willen behandelen en hen wel gelijkwaardig vinden, maar in de praktijk nemen ze een autoritaire houding aan, zijn ze soms onbeschoft en vinden ze hun patiënten minder slim op het gebied van gezondheid, waardoor de patiënten geen optimale, goede zorg ontvangen.

### Genderverhoudingen in Santiago Atitlán

Uit de literatuur bleek dat gender ook een factor is dat van invloed is op de toegang van inheemsen tot de gezondheidszorg. Doyal (2006) schreef over biologische verschillen die ervoor zorgen dat mannen andere ziektes hebben dan vrouwen en een andere aanpak vereisen. Tijdens mijn interviews met de doktoren in Santiago bleek dat zij niet echt aandacht hebben voor die biologische verschillen. Dokter Toc zegt dat dit onder andere komt door het feit zij nauwelijks materiaal hebben om goede zorg te verlenen en die speciale zorg dus soms niet kunnen verlenen. Daarnaast wordt het niet geleerd anders om te gaan met vrouwen dan met mannen.

Bertakis et al. (2000) schreven over het feit dat veel meer vrouwen de zorginstellingen bezoeken. In Santiago Atitlán heb ik dit ook waargenomen. Het merendeel van de patiënten bezoekt vaak alleen een zorginstelling of komt met hun kindje. Hierdoor zie je dat in Santiago

veel meer vrouwen dan mannen een zorginstelling bezoeken, omdat het de taak van de vrouw is om voor de kinderen te zorgen<sup>29</sup>. Zelfs wanneer een vrouw zwanger is, komt ze alleen voor controle. Dit heeft te maken met de rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Zo heerst er de gedachte dat de man hoort te werken en dat het niet mannelijk is om zo zorgzaam voor een vrouw te zijn om met haar mee te gaan naar een dokter<sup>30</sup>. Deze bevindingen over de rol van mannen en vrouwen had Doyal (2006) ook in zijn onderzoek gedaan.

Ook de relatie tussen mannen en vrouwen heeft zijn invloed op de toegang van vrouwen tot de gezondheidszorg. Zo moeten de vrouwen vaak toestemming aan hun man vragen om bepaalde medicijnen te gebruiken. Of wanneer een dokter adviseert om meteen naar een andere plek te gaan omdat het ernstig is, gebeurt het vaak dat de vrouwen eerst naar huis willen om toestemming te vragen aan hun man. Dokter Toc vertelt me dat er soms een vrouwelijke patiënt half huilend en smekend komt vragen of ze alsjeblieft eerder geholpen kan worden omdat ze op tijd thuis moet zijn en anders geslagen wordt door haar man. Bovendien verschijnen er met enige regelmaat woedende mannen die schreeuwen wat er nu met hun vrouw is gedaan. Ook ben ik daar een keer getuige van geweest:

Dokter Orfelía (*indígena*) vertelt mij tijdens een interview dat zij die week een gesprek heeft gehad met een man, Diego (*indígena*), en zijn vrouw, (Isabel, *indígena*), samen over anticonceptie. Het stel had namelijk al 6 kinderen en vond het nu wel welletjes. Dokter Orfelía vertelde aan hen dat zij een soort plaatje onder de huid van de vrouw kon plaatsen (wat om de zoveel tijd hormonen afgaf) waardoor de vrouw niet meer zwanger zou raken. “Doe maar, dan zijn we van het gezeur af”, had Diego gezegd. Isabel had nergens mee ingestemd, maar werd geacht het goed te vinden als de man dat ook vond<sup>31</sup>. Zodoende plaatst Orfelía het plaatje een week later (wat ik observeerde) en Isabel gaat naar huis. Een half uur later komt ze met een woedende Diego terug. “Er wordt geen materiaal in mijn vrouw geplaatst, zijn jullie nou helemaal gek geworden!”, roept hij, terwijl hij door een arts-assistent op afstand wordt gehouden. Dokter Orfelía wil nog met de man in gesprek gaan, maar die is niet voor rede vatbaar. Orfelía wordt gedwongen het plaatje te verwijderen. Diego bleek dus verkeerd begrepen te hebben wat die vorm van anticonceptie inhield.

Uit deze anekdote wordt nogmaals duidelijk wat voor invloed mannen op, in dit geval, het lichaam van de vrouw hebben. Als het de man niet zint, dan gebeurt het niet of wordt het teruggedraaid. Remennick (2006) schreef dat mannen het vaak ook niet goed vinden dat

---

<sup>29</sup> Interview dokter Miguel Angel Yojcom, 6 april 2011

<sup>30</sup> Interview Chonita Mendoza, 8 maart 2011 & Helena, 4 maart 2011

<sup>31</sup> Dokter Orfelía, 14 april 2011

mannelijke dokters hun vrouw onderzoeken. Dit gegeven heb ik in Santiago niet heel duidelijk kunnen terugvinden. Mannen willen een bepaalde controle hebben over (het lichaam van) hun vrouw, maar het maakt voor veel mannen niet zoveel verschil of hun vrouw wordt onderzocht door een mannelijke of vrouwelijke dokter (dokter Orfelía geeft namelijk aan dat zij nauwelijks specifieke verzoeken krijgt dat een vrouw of haar man haar als arts willen), zolang zij maar de eindcontrole hebben, zoals uit het fragment hierboven blijkt.

Een principe van multiculturalisme, dezelfde toegang van *indígenas* en *ladinos* tot de conventionele gezondheidszorg, is behandeld en daaruit blijkt dat deze toegang niet hetzelfde is. *Indígenas* ervaren veel meer problemen bij de toegang en er kan dan ook gesteld worden dat er niet echt sprake is van multiculturalisme wat betreft dezelfde toegang. Twee uitwerkingen van principes van multiculturalisme heb ik in de voorgaande hoofdstukken behandeld. In het volgende hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies hierover gepresenteerd en wordt er daarmee antwoord gegeven op mijn centrale vraagstelling.



## Hoofdstuk 6: Conclusie

Deze scriptie heeft als doel om te kijken of er nog sprake is van discriminatie in de conventionele gezondheidszorg en op welke manier dat zich manifesteert in een land als Guatemala dat zich presenteert als multiculturele staat (Rasch 2008). Ik heb me gericht op de conventionele gezondheidszorg en stelde de centrale vraag: *Hoe brengen de zorgverleners en inheemse patiënten multiculturalisme in de praktijk in de conventionele gezondheidszorg in Santiago Atitlán in Guatemala?* Het begrip multiculturalisme heb ik onderzocht aan de hand van de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg en het bestaan van verschillende culturele genezingspraktijken in de conventionele gezondheidszorg. Mijn deelvragen werden zo geformuleerd dat ik een goede indruk kreeg van de actoren in het zorglandschap in Santiago Atitlán en dat de meningen en ervaringen van de artsen én patiënten goed naar voren kwamen wat betreft de inheemse genezing en de toegang van inheemsen tot de conventionele gezondheidszorg.

Het is gebleken dat er in Santiago Atitlán redelijk veel actoren zijn die zich bezighouden met de gezondheidszorg. Zo zijn er diverse privéartsen, waarbij voor het consult betaald moet worden. De meeste artsen bieden conventionele zorg aan, maar met name *sanjurines*, *brujas*, *sacerdotes Maya* en *comadronas* werken met inheemse medicijnen. Daarnaast bevinden zich er twee privéklinieken, de *clínica* Rxiin Tnamet en het *hospitalito*, welke allebei conventionele zorg aanbieden en waar men voor een behandeling moet betalen. De kerk houdt zich ook bezig met zorg, maar dit is meer incidenteel. De staat gaat over de *centro de salud* en de *puestos de salud*. Deze voorzieningen werken alleen met conventionele medicijnen en zijn gratis. Het verschil tussen privéklinieken en de staatsvoorzieningen zijn duidelijk merkbaar. In de staatsvoorzieningen zijn heel weinig apparatuur, medicijnen en artsen aanwezig (hoewel de hoeveelheden in de privéklinieken ook niet te vergelijken zijn met de aantallen in grotere steden in Guatemala) waardoor sommige mensen naar andere grote steden uitwijken. Ik heb hierdoor een aantal aanwijzingen dat er in Santiago waarschijnlijk sprake is van staatsdiscriminatie als er wordt gekeken naar de gezondheidszorg. Ieder mens heeft recht op goede gezondheidszorg en de staat moet daarvoor zorgen (VN 2007). In Santiago schiet de overheid echter tekort en de mensen moeten goede gezondheidszorg in een grotere, *ladino* en *indígena* gemengde, stad vinden. De *farmacias* hebben een prominente rol in het zorgstelsel in Santiago Atitlán. Ze hebben ten eerste een groot deel van de conventionele medicijnen tot hun beschikking, maar daarnaast geven ze ook veel adviezen en

injecties en brengen ze medicijnen rond. Veel mensen leunen op de *farmacias* voor adviezen en conventionele medicijnen, zonder of met bezoek aan andere zorginstellingen.

Ik kan stellen dat deze conventionele en inheemse actoren niet echt veel samenwerken. Zo moet inheemse genezer Diego Mendoza niets van andere inheemse genezers hebben als *sanjurines* of *sacerdotes Maya* omdat die volgens hem “kwakzalvers zijn”. Maar ook de conventionele artsen moeten in het algemeen niet zoveel hebben van inheemse genezers. Dokter Walter vindt hun eigen kennis op het gebied van gezondheidszorg beter, omdat “wij wel een echte geneeskundige opleiding hebben gedaan”. Toch is er één redelijk goede samenwerking te constateren tussen conventionele en inheemse artsen. Zo werken de artsen van de *centro de salud* nauw samen met *comadronas*, vroedvrouwen. Veel zwangere vrouwen willen graag bijgestaan worden bij de bevalling door een *comadrona*, omdat ze die vertrouwen en liever geen man aan hun lichaam willen hebben. Deze samenwerking is tot stand gekomen nadat bleek dat veel baby’s en moeders stierven als er alleen een *comadrona* bij de bevalling was. Nu worden er regelmatig bijeenkomsten georganiseerd met *comadronas* en artsen, waardoor er wederzijds vertrouwen ontstaat. In de literatuur die ik bestudeerd heb is bijna niets te vinden over succesvolle samenwerking, iets wat ik in Santiago dus wel geconstateerd heb. Toch blijven verschillen in perceptie van oorzaken van de problemen bij ziekte een echt goede samenwerking in Santiago Atitlán de weg staan. Dit sluit aan bij wat Muller & Steyns (1999) ook gevonden hadden in hun onderzoek.

Ik heb me in mijn onderzoek dus op uitwerkingen van twee principes van multiculturalisme gericht bij de hiervoor besproken zorginstellingen in Santiago Atitlán. Dit betreffen het bestaan van meerdere culturele genezingspraktijken in de conventionele zorg en dezelfde toegang van inheemsen en *ladinos* tot de conventionele gezondheidszorg. Ik kan concluderen dat er op een bepaalde manier sprake is van een uitwerking van een principe van multiculturalisme, namelijk het bestaan van verscheidene culturele genezingswijzen. Inheemse medicijnen nemen namelijk (nog steeds) een belangrijke plaats in in het zorgsysteem in Santiago Atitlán. Vroeger bestonden conventionele medicijnen eenvoudigweg niet, maar ook nu conventionele medicijnen, in bepaalde mate, voorhanden zijn, worden inheemse medicijnen niet vergeten. Het is een deel van de inheemse cultuur en zoals eerder aangegeven, is het een deel van de etnische identiteit. Het is echter niet zo dat deze cultuur geïsoleerd leeft en geen invloeden van buitenaf kent. Er is wel een proces van transculturatie merkbaar in de samenleving. Deze transculturatie wordt door toerisme en media gestimuleerd. Zoals Sanabria (2007) schreef komen mensen tegenwoordig meer in aanraking, fysiek en door

de media, met andere gewoonten en gebruiken en gaan dit op den duur ook in bepaalde mate gebruiken. Ook op het gebied van gezondheidszorg is er verandering merkbaar. Er is wederzijdse beïnvloeding gaande, want inheemsen gebruiken namelijk meer conventionele medicijnen dan vroeger, en *ladinos* gebruiken meer inheemse medicijnen.

De patiënten, *indígena* en *ladino*, hebben verscheidene redenen om te kiezen voor deze soort medicijnen. Zo speelt mee dat mensen denken dat inheemse medicijnen minder slecht zijn voor je lichaam dan conventionele medicijnen en geen andere organen aantasten in je lichaam. Ook zijn de lagere kosten van inheemse medicijnen een reden om hiervoor te kiezen. Daarnaast hebben veel inheemsen de overtuiging dat inheemse medicijnen door God mogelijk zijn gemaakt en de conventionele medicijnen niet, dus daarom willen ze (alleen) die medicijnen gebruiken. Ook zeiden mijn informanten dat de ernst van de ziekte bepalend is voor de keuze voor het soort medicijnen. In de literatuur in mijn theoretisch kader werd niet zo de nadruk gelegd op de rol die religie bij het gebruik van inheemse medicijnen heeft en daarmee de etnische identiteit, net zo min als de lagere kosten hiervan. Deze redenen zouden dus als aanvulling kunnen worden gezien op de bestaande literatuur voor de motivatie voor het gebruik van inheemse medicijnen.

De patiënten, *ladino* en *indígena*, gebruiken veel inheemse medicijnen thuis, deze bereiden ze vaak zelf, maar in de zorginstellingen wordt niet gewerkt met inheemse medicijnen (behalve bij de inheemse privégenezers). De *ladino* en *indígena* artsen die daar werken geloven wel in inheemse medicijnen en gebruiken dit ook thuis, maar werken er niet mee op hun werk. Dit komt omdat zij vinden dat ze er te weinig kennis van hebben en daarnaast is het zo dat ze niet mogen werken met deze medicijnen door regels van hogerhand. Soms adviseren ze het wel aan mensen die geen geld hebben voor conventionele medicijnen. De doktoren vertelden mij dat ze een zorgsysteem waarin beide soorten zorg bestaan wel zouden aanmoedigen. Dit staat in contrast met wat ik eerder gevonden heb in de literatuur. Zo schreef Rodriguez (2005) namelijk dat artsen in Latijns-Amerika niet zo positief staan tegenover inheemse zorg. Ook Montenegro & Stephens (2006) vonden in hun onderzoek onder Latijns-Amerikaanse medici dat deze artsen weinig moeten hebben van inheemse medicijnen. De mening van de artsen uit Santiago Atitlán sluit hier dus niet bij aan, maar daar moet wel bij aangetekend worden dat de artsen in Santiago Atitlán, een overwegend inheems dorp, waarschijnlijk toleranter tegenover inheemse zorg staan, dan artsen die in overwegend *ladino* steden werken (zoals in bovengenoemde onderzoeken). Al met al kan ik stellen dat, ondanks dat er geen inheemse medicijnen worden gebruikt binnen zorginstellingen, doordat automedicatie erg belangrijk blijft, patiënten blijven zelf naar inheemse medicijnen zoeken en

dit gebruiken, en artsen redelijk vaak inheemse medicijnen adviseren er toch sprake is van een bepaalde uitwerking van multiculturalisme wat betreft culturele geneeswijzen in Santiago Atitlán. Doordat veel inheemse mensen nog wantrouwend staan tegenover conventionele medicijnen en bijvoorbeeld ook geen anticonceptie willen gebruiken, denk ik dat het juist een goed idee is om die inheemse medicijnen te gaan gebruiken in de conventionele gezondheidszorg. Conventionele artsen zouden training kunnen krijgen over de werking en het gebruik van die medicijnen en op deze manier kan de zorg beter worden aangepast op de wensen van de patiënt.

Ik heb ook gekeken naar de toegang van inheemsen en *ladinos* tot de conventionele gezondheidszorg. Daarbij bleek dat het gebrek aan geld veruit de grootste factor was die toegang tot goede zorg onmogelijk maakt voor de *indígenas*. In het *hospitalito* zijn namelijk de meeste artsen, apparatuur en medicijnen, maar deze instelling is voor veel patiënten onbetaalbaar en ze zijn daarom aangewezen op de *centro de salud*, waar haast niks van dit alles voorhanden is. Daarnaast is de taalbarrière een belangrijke factor. Veel (oudere) inheemse mensen spreken heel matig Spaans, waardoor ze niet goed kunnen uitleggen wat ze mankeren en hierdoor goede zorg mislopen. Ook door met name impliciete discriminatie van de artsen (autoritaire houdingen en het niet willen begrijpen van de patiënten) zorgt ervoor dat veel inheemsen niet meer terug durven komen. De impliciete discriminatie die in mijn theoretisch kader naar voren kwam, is in Santiago ook waar te nemen. Scull (2009) schreef daarover dat mensen vaak stereotypen in het hoofd hebben en daar onbewust naar handelen. Dit heb ik ook ervaren in de zorginstellingen in Santiago Atitlán. Veel artsen zeggen dat ze hun patiënten willen behandelen en hen wel gelijkwaardig vinden, maar in de praktijk nemen ze een autoritaire houding aan en vinden ze hun patiënten minder slim op het gebied van gezondheid. Dit onderscheid tussen inheemsen (de meeste artsen in Santiago zijn namelijk ook *indígena*) gaf Warren (2002) ook aan in zijn onderzoek. Hierin zei hij dat de kloof tussen *ladinos* en *indígenas* kleiner wordt door onder andere mondialisering en opleiding, maar dat dit wel kan zorgen voor onderscheid tussen *indígenas* onderling (Warren 2002). Ook hebben genderverhoudingen invloed op de toegang van inheemsen tot de gezondheidszorg (dit geldt ook voor *ladinos*, maar in mijn onderzoek richt ik me op *indígenas*). Zo moeten de vrouwen vaak toestemming aan hun man vragen om bepaalde medicijnen te gebruiken. Als het de man niet zint, dan gebeurt het niet of wordt het teruggedraaid.

Uit de literatuur bleek dat er in Guatemala inheemse bewegingen zijn voor het behouden of verkrijgen van rechten (Becker 2008). In Santiago leeft dit echter helemaal niet.

Ook zijn er geen lokale protestbewegingen te vinden die hun oorsprong zouden kunnen vinden in die nationale bewegingen. Naar eigen zeggen hebben mensen er de tijd, het geld, het vertrouwen en de zin niet voor. Echt sprake van multiculturalisme wat betreft goede, dezelfde toegang voor beide bevolkingsgroepen tot de conventionele gezondheidszorg is in Santiago nog niet waar te nemen. *Indígenas* hebben vaak minder geld, spreken de Spaanse taal minder goed, ervaren impliciete discriminatie van artsen en hebben minder mogelijkheden om goede zorg buiten Santiago te zoeken, waardoor zij veelal moeten omgaan met slechtere gezondheidszorg dan de *ladinos*.

Uiteindelijk kan ik stellen dat het met uitwerkingen van principes van multiculturalisme in de gezondheidszorg nog niet heel goed gesteld is in Santiago Atitlán. Uit mijn onderzoek kan geconcludeerd worden dat er nog wel sprake is van een bepaalde vorm van discriminatie van inheemsen in de gezondheidszorg en dat dit onder andere betrekking heeft op hun toegang en hun genezing. Er is dan met name sprake van impliciete discriminatie en discriminatie vanuit de staat. Als dit in de conventionele gezondheidszorg zo is, dan is het ook belangrijk om te kijken of dit in andere aspecten van de samenleving ook nog het geval is en of daar bijvoorbeeld door middel van educatie aan kinderen wat aan gedaan kan worden, zodat het mogelijk zou kunnen worden dat de inheemsen op den duur een gelijke positie zouden kunnen innemen in de samenleving.

## Literatuurlijst

Amnesty International

2010 Groepsrechten. Elektronisch document,  
[http://www.amnesty.nl/encyclopedie\\_lemma/1190](http://www.amnesty.nl/encyclopedie_lemma/1190), 16 januari 2011.

Anderson, B.

1983 *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*.  
London: Verso Books.

Angel-Urdinola, D., Cortez, R. and K. Tanabe

2008 *Equity, Access to Health Care Services and Expenditures on Health in Nicaragua*. The  
World Bank Discussion Paper: Washington.

Barth, F.

1969 *Ethnic Groups and Boundaries: the Social Organization of Culture Difference*. Oslo:  
Universitetsforlaget.

Becker, M.

2008 *Indigenous Movements in Latin America*. Elektronisch document,  
[http://www.yachana.org/research/oxford\\_movs.html](http://www.yachana.org/research/oxford_movs.html), 10 december 2010.

Berman, B.M. et al.

1996 *Physicians' Attitudes toward Complementary or Alternative Medicine: a Regional  
Survey*. *Journal of the American Board of Family Practice* 9(1):70-316-366.

Bertakis, K.D et al.

2000 *Gender Differences in the Utilization of Health Care Services*. *Journal of Family  
Practice* 49(2):147-152.

Breger, Rosemary Anna and Hill Rosanna

1998 *Cross-cultural Marriage: Identity and Choice*. Oxford: New York.

Bricker, Victoria R.

1981 *The Indian Christ, the Indian King: The Historical Substrate of Maya Myth and Ritual*. Austin: University of Texas Press.

Constantine, M.G., Myers, L. and M. Kindaichi

2004 *Exploring Indigenous Mental Health Practices: The Roles of Healers and Helpers in Promoting Well-Being in People of Color*. *Counseling and Values* 48(2):110-125.

Doyal, L.

2001 *Sex, Gender, and Health: the Need for a New Approach*. *British Medical Journal* 323(7320):1061-1063.

Doyle, K.

2008 *Guatemala's Genocide: Survivors Speak*. *NACLA report on the Americas* 41(3):3-5.

Eriksen, T.H.

2002 *Ethnicity and Nationalism: Anthropological Perspectives*. London: Pluto Press.

2007 *Globalization*. Oxford: Oxford International Publishers.

Fischer, E.F.

1999 *Cultural Logic and Maya Identity. Rethinking Constructivism and Essentialism [and Comments and Reply]*. *Current Anthropology* 40(4):473-499.

Frankema, E.

2008 *The Historical Evolution of Inequality in Latin America. A comparative analysis, 1870-2000*. Proefschrift, Universiteit Groningen.

Fulmer, A.M., Godoy, A.S. and P. Neff

2008 *Indigenous Rights, Resistance, and the Law: Lessons from a Guatemalan Mine*. *Latin America Politics and Society* 50(4):91-122.

Gibbons, J. and B.K. Ashdown

2010 *Ethnic Identification, Attitudes, and Group Relations in Guatemala*. *Psychology* 1:116-127.

Gijsberg Van Wijk, C.M.T. et al.

1996 Gender Perspectives and Quality of Care: towards Appropriate and Adequate Health Care for Women. *Social Science and Medicine* 43(5):707-720.

Guidieri, R.

1988 *Ethnicities and Nations: Processes of Interethnic Relations in Latin America, Southeast Asia, and the Pacific*. London: MacMillan Press.

Gulliver, P.H.

1971 *Review of Ethnic Groups and Boundaries: the Social Organization of Culture Difference*. *New Series* (6)2:308.

Horton, R.

2006 Indigenous Peoples: Time to Act Now for Equity and Health. *Lancet* 367(9524):1705-1708.

International Labour Organization

2010 Convention No. 169. Elektronisch document, <http://www.ilo.org/indigenous/Conventions/no169/lang--en/index.htm>, 17 december 2010.

Johnson, D.

2004 The Urban Escape Hatch: Nationalist Rhetoric and Ethnic Conflict within Guatemala. *Journal of Urban History* 31(1):124-132.

Johnston, L.

z.j. Indigenous Healing. Elektronisch document, <http://www.sci-therapies.info/Indigenous.htm>, 12 december 2010.

Jump, J. et. al.

1998 Physicians' Attitudes towards Complementary and Alternative Medicine. *Integrative Medicine* 1(4):149-153.



Kraidy, M.

2005 *Hybridity, or the Cultural Logic of Globalization*. Philadelphia: Temple University Press.

Levers, L.L.

2006 *Samples of Indigenous Healing: The Path of Good Medicine*. *International journal of Disability, Development and Education* 53(4):479-489.

Lima, S.

2010 *The Right to Health for Indigenous People in Guatemala*. Elektronisch document, <http://www.northumberlandview.ca/index.php?module=news&func=display&sid=4893>, 4 december 2010.

Little, J.

2006 *Indigenous Healing*. Elektronisch document, <http://www.thefreelibrary.com/Indigenous+healing%3A+revolving+in+the+natural+world%3A+in+the+beginning,...-a0143240238>, 11 december 2010.

Marrone, S.R.

1999 *Designing A Competency-Based Nursing Practice Model in A Multicultural Setting*. *Journal for Nurses in Staff Development* 15(2):56-62.

Montenegro, R.A. and C. Stephens

2006 *Indigenous Health in Latin America and the Caribbean*. *Lancet* 367(9525):1859-1869.

Muller, A. and M. Steyn

1999 *Culture and the Feasibility of a Partnership between Westernized Medical Practitioners and Traditional Healers*. *Society in Transition* 30(2):142-156.

Okin, S. M.

1999 *Is Multiculturalism Bad for Women?* New Jersey: Princeton University Press.

Olthuis, G. and Heteren, G. van

2003 *Multicultural Health Care in Practice*. *Health Care Analysis* 11(3):199-206.

Orellana, S.

z.j. From the Tzutujil Mayas. Elektronisch document,  
<http://www.santiagoatitlan.com/History/Conquest/conquest.html>, 8 juni 2011.

Patrinos, P.M.

1997 Differences in Education and Earnings across Ethnic Groups in Guatemala. *Quarterly Review of Economics and Finance* 37(4):809-821.

Portman, T. and M. T. Garrett

2006 Native American Healing Traditions. *International Journal of Disability, Development and Education* 53(4):453-470.

Preda, A.

2003 The Principle of Self-Determination and National Minorities. *Dialectical Anthropology* 27(3):205-226.

Rasch, E.D.

2008 Representing Mayas: Indigenous Authorities and the Local Politics of Identity in Guatemala. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Remennick, L.

2006 The Challenge of Early Breast Cancer Detection among Immigrant and Minority Women in Multicultural Societies. *Breast Journal* 12(1):103-110.

Rodriguez, L.

2005 Latin America. Elektronisch document,  
<http://www.un.org/esa/socdev/publications/Indigenous/Chapter%205.pdf>, 16 december 2010.

Reidel, L.

2010 What are Cultural Rights? Protecting Groups With Individual Rights. *Journal of Human Rights* 9(1):65-81.

Sanabria, Harry

2007 *The Anthropology of Latin America and the Caribbean*. Pearson Education: Boston.

Scull, N.

2009 *Generación de Generación: Ladino Perspectives on Relations with Indigenous Groups in Guatemala*. *Psychology and Developing Societies* 21(2):209-234.

Sieder, R.

2007 *The Judiciary and Indigenous Rights in Guatemala*. *International Journal of Constitutional Law* 5(2):211-220.

Spitta, S.

1995 *Between Two Waters: Narratives of Transculturation in Latin America*. Houston: Rice University Press.

Taylor, D.M. and F.M. Moghaddam

1987 *Theories of Intergroup Relations*. *International Social Psychological Perspectives* 59-84.

Thorp, R., Caumartin, C. and G. Gray-Molina

2006 *Inequality, Ethnicity, Political Mobilisation and Political Violence in Latin America: The Cases of Bolivia, Guatemala and Peru*. *Bulletin Of Latin American Research* 25(4):453-481.

Valladares, D.

2010 *Inheemse Guatemalteken Nog Slechter Dan Vroeger*. Elektronisch document, <http://www.mo.be/artikel/inheemse-guatemalteken-nog-slechter-dan-vroeger>, 10 december 2010.

Verenigde Naties

2007 *Verklaring van de Rechten van de Inheemse Volken*. Elektronisch document, <http://www.nciv.net/site3/pages/voorlichting/Dossiers/DossierAV.htm>, 16 december 2010.

Vermeulen, H. and C. Govers

1997 *The Politics of Ethnic Consciousness*. Basingstoke, Hampshire: MacMillan Press.

Vogt, E. Z.

1964 Ancient Maya and Contemporary Tzotzil Cosmology: A Comment on Some Methodological Problems. *Society for American Archeology* 30(2):192-195.

Wahner-Roedler, D.L. et al.

2006 Physicians' Attitudes Toward Complementary and Alternative Medicine and Their Knowledge of Specific Therapies: A Survey at an Academic Medical Center. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* 3(4):495-501.

Walt, G.

1998 Globalisation of International Health. *Lancet* 351(9100):434-437.

Warren, K.B.

2002 *Indigenous Movements, Self-Representation and the State in Latin-America*. Austin: University of Texas.

Whitman, M.

2001 Understanding the Perceived Need for Complementary and Alternative Nutraceuticals: Lifestyle Issues. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 5(5):190-194.

Wilson, R.

1995 *Maya Resurgence in Guatemala*. Norman: University of Oklahoma Press.

1997 *Human Rights, Culture & Context*. London: Pluto Press.

World Health Organization

2001 Guatemala. Elektronisch document, <http://www.paho.org/english/sha/prflgut.htm>, 10 december 2010.

## **Bijlage 1. Reflectieverslag**

28 februari 2011: “Daar zit ik dan, in Guatemala in een tuktuk, op weg naar mijn eerste officiële afspraak. Gister ben ik rond gaan lopen in het dorp en heb een kijkje genomen in het *hospitalito* en er werd mij gezegd dat ik vandaag moest terugkomen om 8.00 uur. Met goede moed heb ik voor de eerste keer in mijn eentje een tuktuk staande gehouden, die mij in vliegende vaart naar het ziekenhuis brengt. De secretaresse herkent mij van de dag ervoor en vraagt mij plaats te nemen. Twintig minuten later, volgens mij nog best snel hier als ik de colleges in Utrecht over veldwerk moet geloven, word ik verwacht bij de directeur. Hij luistert aandachtig, maar kijkt niet meteen erg enthousiast, waardoor ik een beetje zenuwachtig word. Een Engelstalige vrouw komt binnenlopen en verduidelijkt het probleem: eigenlijk laten ze geen studenten toe en ze willen exact weten wat voor gevolgen mijn studie voor de bevolking heeft. Ik moet mijn vragen in het Spaans opsturen en wederom de volgende dag weer terugkomen. Wat een domper. Een beetje ontdaan loop ik weg. Er is geen nee gezegd, maar vriendelijk was het allerminst. Hopelijk krijg ik morgen een ja, want anders moet ik goed gaan nadenken hoe ik dit onderzoek ga fixen”.

Dit stukje uit mijn dagboek geeft mijn eerste echte dag van mijn veldwerk weer. Ik zag mijn onderzoek meteen in duigen vallen. Ik dacht nog wel dat Geert Mommersteeg in zijn college had gezegd dat de crisisfase zich pas veel later zou aandienen! Een dag later vertelde de directeur dat ik inderdaad geen onderzoek daar mocht doen. Wat nu? Ik nam mezelf voor met veel mensen een praatje te maken en te vertellen dat ik geen onderzoek mocht doen in het *hospitalito*. Al snel ontmoette ik Salvador Sojuel, die vertelde dat hij veel privéartsen kende en mij die avond wel verschillende personen en gebouwen wilde wijzen die te maken konden hebben met mijn onderzoek. Uiteindelijk ben ik met veel verschillende personen en instellingen in contact geraakt, en dit veld is waarschijnlijk diverser geworden dan als ik in het *hospitalito* onderzoek had gedaan, want dan werd ik niet zo gedwongen meer contacten te maken in het dorp.

De contacten met de artsen waren veelal formeel, behalve met de artsen Miguel Angel Yojcom en Maynor Toc. Met de meeste patiënten en inwoners heb ik eerst een vriendschappelijke band opgebouwd om vervolgens de informatie meer in de richting van mijn onderzoek te sturen. Ik probeerde dit te doen zodat zij mij zouden gaan vertrouwen en de informatie betrouwbaarder en diepgaander werd. Ik heb tegen iedereen bij de eerste kennismaking wel gezegd dat ik in Santiago als onderzoekster aan de slag was, maar heb het

bij de meeste personen in de volgende informele gesprekken niet of nauwelijks gehad over mijn onderzoek. Zo kwam ik in de eerste weken ook veel te weten over het dagelijks leven in Santiago, iets wat ik ook erg leuk en interessant vond. Vervolgens heb ik de informele gesprekken en daarnaast de echte interviews gestuurd in de richting van mijn onderzoek. Ik heb het idee dat ik hierdoor goede, betrouwbare data heb weten te krijgen.

Ik was me met name in het begin erg bewust van mijn rol als onderzoekster. Door de colleges en de boeken over veldwerk had ik bepaalde tips in mijn achterhoofd opgeslagen. Zo dwong ik mezelf iedereen over mijn reden van verblijf te vertellen, ging ik ieder dag naar bepaalde vaste plekken en zorgde ik ervoor dat ik mensen niet betaalde of omkocht. Ik had best nog wel moeite met het idee dat ik, rijke westerling en lekker voor de studie naar het buitenland, tijd en informatie van de mensen daar vroeg, terwijl ze er eigenlijk niets aan hadden en niets voor terugkregen. Naarmate ik beter bevriend werd met bepaalde informanten, kocht ik af en toe een ijsje of wat drinken om mijn dank te laten blijken.

Ik vond het tof om een keer op een andere manier in het buitenland te zijn dan als toerist. Natuurlijk heb ik ook mijn dieptepuntjes gekend en had ik er af en toe helemaal geen zin meer in, maar over het algemeen vond ik het erg leuk om als veldwerker bezig te zijn. Wel vond ik het soms lastig om die vreselijke omstandigheden in de zorgvoorzieningen te zien en was ik erg gefrustreerd toen bleek dat bij stroomuitval de *centro de salud* geen generator heeft. Het was interessant en bijzonder om zulke situaties van dichtbij mee te maken, maar ik moest soms ook wel slikken. Bovendien moest ik soms bepaalde drempels over (vooral in het begin met contacten maken) waar ik flink tegenop zag, maar mezelf wel toe dwong, en achteraf ben ik heel trots dat het gelukt is en heb ik op persoonlijk gebied ook veel geleerd van deze veldwerkervaring.

Ik vond het heel bijzonder om twee maanden in Santiago Atitlán te mogen wonen. De mensen waren vanaf dag één geïnteresseerd in mij en wilde mij wel wegwijs maken. Na een tijdje was het zelfs zo dat als ik voor de lunch op tijd thuis wilde zijn, ik er rekening mee moest houden dat ik zeker drie bekenden tegenkwam die allemaal een paar minuten van mijn tijd vroegen. Ik heb vaak onwijs gelachen en veel geleerd van deze mensen. Ze leven heel anders dan ik gewend ben en denken ook over sommige dingen anders, maar door bepaalde gebeurtenissen blijkt ineens dat je toch heel veel gemeen hebt. En dat vind ik heel waardevol om te onthouden.

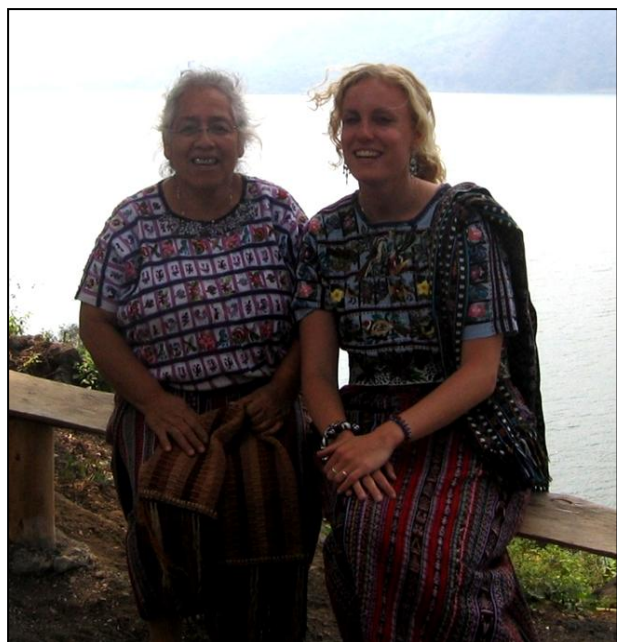
Hieronder heb ik twee foto's toegevoegd die een kleine impressie geven van hoe ik mijn veldwerk aangepakt en uitgevoerd heb en hopelijk kunnen de foto's een heel klein beetje mijn ervaringen en gevoel hierbij overbrengen.

1. Deze foto laat één van de plekken zien waar ik veel tijd doorbracht voor mijn onderzoek; in de *farmacia* van Juanna. Hier kletste ik met haar over alledaagse dingen en ook over mijn onderzoek. Doordat er steeds mensen met klachten komen, gebeurt er veel en knoopte ik vaak met hen ook een praatje aan. Informele



gesprekken en observaties zijn methoden die ik hier vrij vaak uitvoerde. Daarnaast hielp ik Juanna met dingetjes in de *farmacia* die gedaan moesten worden. Op deze foto ben ik medicijnen aan het tellen en legt zij mij uit waar die medicijnen voor zijn en of het vaak verkocht wordt.

2. Deze foto vertelt ook veel over hoe ik als veldwerker te werk ben gegaan. Ik liep vaak rond in het dorp en maakte met veel mensen een praatje en deed soms mee met dingen als ze me dat vroegen. Dit moment, waar ik typische *traje* draag en een rondje door het dorp loop, vond niet direct plaats in mijn onderzoeksgebied, maar zorgde er wel voor dat mensen mij (her)kenden. Ik vond het belangrijk om, in een bepaalde mate, op te gaan in de cultuur en open te staan voor nieuwe dingen. Ik kreeg hierdoor *credits* van de mensen en bouwde een goede relatie met ze op.



## **Bijlage 2. Samenvatting in het Spaans/ Resumen en Español**

El colonialismo en América Latina es muy importante para entender la distinción entre los dos grupos étnicos (ladinos y indígenas) y el origen de la discriminación en los países en América Latina (Frankema 2008). Ya bajo el colonialismo la gente consideró un indígena como menos que un ladino. Los derechos de los indígenas todavía siguen siendo violados, aunque los países de América Latina se presentan como estados multiculturales (Rasch, 2008). El reconocimiento del multiculturalismo implica en particular la concesión de los derechos de grupo (Sieder 2007: 213). El multiculturalismo es la idea que toda persona tiene derecho a la igualdad de respeto y cuidado y no debe ser tratado como un subordinado (Okin, 1999). Para mi investigación, esto significa que cada grupo cultural tiene derecho a la misma atención sanitaria y la igualdad del tratamiento. El objetivo de esta tesis fue investigar si todavía existe discriminación en la atención sanitaria convencional y como esto se manifiesta en un país como Guatemala que se presenta como un nación multicultural (Rasch 2008).

Me dirigí a la atención sanitaria convencional y tuve como pregunta central: *¿Cómo ponen los médicos y los pacientes el multiculturalismo en práctica en la atención sanitaria convencional en Santiago Atitlán en Guatemala?* Examiné el concepto de multiculturalismo a través a ver al acceso de los indígenas a la atención sanitaria convencional y la existencia de los diferentes cuidados culturales en atención sanitaria convencional. Formulé mis subpreguntas en esa forma que yo obtuve una buena impresión de los actores en la atención sanitaria en Santiago Atitlán y que las opiniones y las experiencias de los médicos y sus pacientes fueron evidente respeto del cuidado indígena y el acceso de los indígenas a la atención sanitaria convencional.

Mi investigación se llevo a cabo en Santiago Atitlán en Guatemala. Viví allí con una familia dos meses de 25 Febrero 2011 hasta 22 Abril 2011. Mi población de estudio fueron los médicos indígenas y ladinos de las diferentes instituciones de salud (con las medicinas indígenas y convencionales) y sus pacientes. La mayoría de los pacientes con quien he hablado es indígena, pero algunos de origen ladino también. Una farmacéutica también fue muy importante para mi investigación. Allí yo usé principalmente el método de observación participante. Este método usé también especialmente en el centro de salud y en los puestos de salud. Además, obtuve mucha información por medio de las entrevistas con los médicos y por medio de las conversaciones informales con los pacientes en Santiago Atitlán.



La investigación muestra que hay muchos actores en la atención sanitaria en Santiago Atitlán. Hay varios médicos privados, que deben ser pagados por consultoría. La mayoría de los médicos usan medicinas convencionales, pero los sanjurines, brujas, sacerdotes Maya y comadronas trabajan con las medicinas indígenas. Además hay dos clínicas privadas, la clínica Rxiin Tnamet y el hospitalito, que ofrecen el cuidado convencional y un tratamiento donde se tiene que pagar. La iglesia también se ocupa de la atención sanitaria, pero esto es más incidental. El estado administra el centro de salud y los puestos de salud. Estas instituciones sólo funcionan con las medicinas convencionales y son gratuitas. Puedo decir que estos actores (convencionales e indígenas) no trabajan mucho juntos. Sin embargo, hay una cooperación muy buena entre los médicos convencionales e indígenas. Los médicos del centro de salud tienen una colaboración con comadronas. Muchas mujeres embarazadas quieren tener la asistencia de una comadrona durante el parto, porque confían las comadronas y prefieren no tener los hombres en sus cuerpos. Esta colaboración se formó cuando parecía que muchos bebés y madres se morían cuando sólo una comadrona estaba en el parto. Ahora hay reuniones periódicas con los médicos y comadronas, que se encarga de la creación de confianza mutua.

Yo me dirigí en mi investigación a dos principios del multiculturalismo en las instituciones de salud en Santiago Atitlán. Estas incluyen la existencia de los diferentes cuidados culturales en la atención sanitaria convencional y el acceso de los indígenas a la atención sanitaria convencional. Puedo concluir que en los diferentes cuidados culturales hay multiculturalismo en cierto modo. Las medicinas indígenas tienen (todavía) un lugar importante en el sistema de salud en Santiago Atitlán. Estas medicinas no se utilizan en la mayoría de las instituciones, pero la gente usa especialmente mucho en su casa. He encontrado que la automedicación sigue muy importante, la gente busca y usa las medicinas indígenas, y los médicos a menudo recomiendan las medicinas indígenas, y entonces yo puedo decir que hay un cierto tipo de multiculturalismo en el sistema de salud en Santiago Atitlán. Hay todavía muchos indígenas que tienen dudas acerca de las medicinas convencionales, por ejemplo, no quiere utilizar un método anticonceptivo, y entonces creo que es una buena idea para empezar a utilizar estas medicinas indígenas en la atención sanitaria convencional. Es bueno cuando los médicos convencionales pueden obtener lección acerca del funcionamiento y el uso de estos medicamentos y por lo tanto el cuidado puede ser adaptado mejor a las necesidades del paciente.

También examiné el acceso de los indígenas a la atención sanitaria convencional. No es posible observar buen acceso a las instituciones de salud convencional para los indígenas en Santiago y entonces de esa forma no hay multiculturalismo. Indígenas tienen menos dinero, pueden hablar peor el idioma español, experimentan la discriminación implícita por médicos y tienen menos oportunidades para buscar la buena atención sanitaria fuera de Santiago. Se encarga de que a menudo tienen que manejar con peor atención sanitaria que los ladinos.