

## **MEDISCHE BIJSTAND IN ONTWIKKELINGSLANDEN, KREATIEF DENKEN EN EEN NIEUWE AANPAK ZIJN GEWENST.**

*"For many years we tried many different programs. All of them -let's understand this- had noble intentions."*

President Bush in Los Angeles, May 9, 1992 (na de ernstige onlusten enkele dagen voordien).

### **A. De Clercq**

*Heidebergen 4  
B-9830 Sint Martens Latem*

### **A. Meheus**

*Departement Sociale Geneeskunde  
Universitaire Instelling Antwerpen*

## **1. Inleiding**

Minder dan zeven jaar voor het jaar 2000, "jaar van gezondheid voor iedereen", blijven de medische problemen in de derde wereld gekarakteriseerd niet alleen door hun ernst maar ook door hun complexiteit.

Best gekend zijn de typische en hoog prevalentie infectieuze en parasitaire ziekten en de onderandere hiermee gepaard gaande ondervoeding. Deze omstandigheden vormen de hoofdoorzaak van de hoge kinder- en zuigelingensterfte en verklaren tegelijk de lage levensverwachting.

Het probleem van de hoge nataliteit en de ongecontroleerde fertiliteit is dan weer met een veelheid van sociale, culturele en sanitaire factoren verstrengd. De cijfers spreken voor zich: momenteel grijpen op wereldvlak 90% van de geboorten plaats in ontwikkelingslanden (150 miljoen in totaal) (1). Terwijl de demografische en economische consequenties hiervan amper te voorspellen zijn, stellen we nu reeds duidelijk de medische repercussies ervan vast. Een voorbeeld is de enorm hoge maternale sterfte (2): de kans bij een vrouw op sterfte ten gevolge van een zwangerschap tijdens de vruchtbare periode van haar leven (d.w.z. de totale fertiliteit in acht genomen) is 1 op 21 in Afrika (4,8%), 1 op 54 in Azië (1,8%) en 1 op 73 (1,4%) in Latijns Amerika. Ter vergelijking in Noord-Europa bedraagt de kans slechts 1 op 10000 (0,01%).

De gezondheidsproblematiek van de derde wereld gaat echter verder dan dat. De laatste decennia stellen we vast hoe in de meeste ontwikkelingslanden de ernstige problemen op het platte land tot een rurale exodus en doorgedreven urbanisatie leiden. In 1989 was reeds veertig procent van de Afrikaanse bevolking geurbaniseerd en men schat dat dit aantal ieder jaar met vijf procent toeneemt. Deze explosieve verstedelijking heeft een reeks nieuwe gezondheidsproblemen met zich meegebracht. Enerzijds hebben we de bedenkelijke hygiënische omstandigheden in de sloppenwijken en de haast ongecontroleerde en oncontroleerbare industriële expansie, gepaard gaand met een massieve pollutie (3). Anderzijds zien we het ontstaan van "eerste wereldziekten" bij de economisch bevoordeligden (cardiovasculaire aandoeningen (4), diabetes etc.).

## **2. Opmerkingen en kritische bedenkingen**

### **2.1. Evidenties**

De medische interventies waarmee we hogervermelde problemen pogen aan te pakken worden doorgaans als volkomen vanzelfsprekend beschouwd zonder dat het principe en de aanpak ervan in vraag worden gesteld. Ten eerste lijkt het volkomen evident dat er nieuwe medische projecten worden opgestart waarbij hospitalen of gezondheidscentra worden gebouwd en artsen en verpleegkundigen worden uitgezonden. Dat we hierbij een artificiële situatie creëren door een "westerse geneeskultuur" te introduceren in een

totaal andere wereld, wordt nog al te vaak vergeten. Dikwijls hebben we culturele oogkleppen en vooroordelen omdat we aannemen dat onze eigen waarden de internationale standaard zijn. Slechts recent worden openlijk vragen gesteld over het nut van sommige interventies. Voorbeeld: de selectie van interventies zoals orale rehydratie (voor diarrhea bij kinderen) en vaccinatieprogramma's is uitsluitend gebaseerd op een keten van veronderstellingen hoe gezondheidsinterventies efficiënt kunnen zijn. Wat ondertussen onvoldoende wordt ingeschat is dat tengevolge van onderliggende sociale en culturele factoren een verlaging in de mortaliteit door één oorzaak niet noodzakelijk wordt omgezet in een verlaging van de algemene mortaliteit. Met andere woorden, een kind kan gered worden van een doodsoorzaak A om tenslotte te sterven aan een doodsoorzaak B. Een voorbeeld komt uit een recent onderzoek in Gambia waar niettegenstaande een vaccinatiecouverture van ongeveer 80%, de sterfte onder de vijf jaar enorm hoog blijft (ongeveer 133 per duizend) (5) te wijten aan een waaier van andere ziekten.

Ten tweede moeten we toegeven en vaststellen dat het succes van onze medische interventies soms weinig overtuigend is. Zevenendertig jaar geleden verklaarde de Wereld Gezondheids Organisatie dat de uitroeiing van malaria vlakbij was. Thans schat men dat malariaparasieten ieder jaar 270 miljoen mensen infekteren; naar schatting twee miljoen mensen sterven per jaar aan malaria (6) (nog steeds beduidend meer dan aan AIDS, maar heel wat minder research fondsen zijn beschikbaar...). Resistentie van de malariaparasiet tegen de beschikbare geneesmiddelen en resistentie van de vektoren tegen de pesticiden vormen een kritisch probleem in Afrika, Azië en Latijns Amerika. Een gelijkaardig verhaal kan over tuberculose worden verteld. De heropkomst van TBC, vooral in het voetspoor van de AIDS-epidemie, is verantwoordelijk voor 7 miljoen nieuwe infecties en 2,5 miljoen sterfgevallen per jaar in ontwikkelingslanden. Deze ziekte is verantwoordelijk voor een kwart van alle vermijdbare sterfte bij volwassenen (7). Andere cijfers die tot nadenken stemmen: de kinder- en zuigelingensterfte neemt niet af of neemt zelfs toe in vele Afrikaanse landen terwijl het fertiliteitsprobleem niet beteugeld is (8). Zonder het over de haalbaarheid van een eventueel curatieve medische bijstand te willen hebben, moet het opkomen van de AIDS epidemie met zijn enorme medische (tot nu toe onoplosbare), sociale en economische last tot nadenken stemmen (9).

Ten derde mag men ook niet het nadelige effect van sommige internationale gezondheidsinterventies ontkennen. De vroegere secretaris-generaal van de WGO heeft zeer uitdrukkelijk gezegd dat er meer kwaad dan goed wordt gedaan met het bouwen van zogenaamde "ziektepaleizen" en dat het bevoorde-

ren van hoge geneeskundige techniciteit vooral dure geneeskundige zorgen garandeert voor enkelen ten koste van de minimale gezondheidsbehoeften van velen. Maar ook: "Een gezondheidssysteem gebaseerd op eerstelijnsgezondheidszorgen kan niet en ik herhaal kan niet gerealiseerd worden, kan zich niet ontwikkelen, kan niet functioneren zonder een netwerk van hospita- len dat deze eerste lijn ondersteunt en die terzelfdertijd andere activiteiten ontwikkelt zoals het begeleiden van de communautaire gezondheidszorg, opleiding van het personeel, het geven van recyclage aan alle personeelscate- goriën en het ondernemen van researchwerk" (10). Daarbij komt nog dat het verlenen van medische bijstand zonder effectieve geboorteregeling op zich aanleiding kan zijn tot een reeks nieuwe problemen (11).

Tenslotte wordt het nu duidelijk dat gezondheid een geheel van factoren is (zie bijlage determinanten van gezondheid) die intiem met elkaar verbonden zijn en het strikt medische overstijgen. Bovendien is het bijzonder belangrijk te beseffen dat naargelang de kulturele context begrippen en waarden als "leven", "dood", "strijd voor het leven", "kinderen" en "nageslacht" een totaal andere betekenis en appreciatie qua belangrijkheid hebben, zodat het als norm beschouwen van onze inzichten terzake in twijfel kan worden getrokken.

## 2.2. Huidige situatie

De tijden en de omstandigheden veranderen. Wat misschien een goede politiek was in de vijftiger of zestiger jaren is niet noodzakelijk optimaal aan de vooravond van het jaar 2000. Meer dan in het verleden dient rekening gehouden worden met de lokale nationale prioriteiten en de socioculturele kontekst. Het gezondheidsprofiel van een land of regio wordt inderdaad bepaald door een unieke combinatie van ekologische, anthropologische, kulturele, sociale en economische factoren. In de koloniale periode en (in sommige gevallen) nog geruime tijd nadien greep de besluitvorming (o.a. voor het stellen van medische prioriteiten) hoofdzakelijk plaats in de vroege- re overzeese hoofdstad of door middel van haar vertegenwoordigers ter plaatse.

Thans hebben we een min of meer aanzienlijke groep nationale, in het postkoloniale tijdperk gevormde, dikwijls bekwame krachten (zoals in elke groep waar ook ter wereld) op medisch en paramedisch gebied. Maar een aantal problemen bedreigen deze toestand. Teneerste stellen we vast hoe het

onderwijs en de opleiding van deze (para-)medici na het terugtrekken van de (post)koloniale ondersteuning in sommige gevallen kwalitatief aanzienlijk verminderde. Ten tweede zijn vele van hen gedemotiveerd om nog verder te werken in een systeem dat in vele regio's geringe geldelijke en infrastructuurele valorisatie biedt, om nog niet te spreken over gewone veiligheidsgaranties.

Gevolgen:

- rurale exodus van het medisch en paramedisch personeel, sneller dan de algemene exodus van platteland naar stad;
- uitwijking (indien maar enigszins mogelijk) naar het buitenland of binnen het land naar internationale projecten met betere werkvoorwaarden: dokters uit Zimbabwe Zambia of zelfs Zaïre wijken uit naar Zuid-Afrika waar de weddeschalen hoger liggen en waar tevens een relatief tekort is aan dokters (in Zuid-Afrika zijn de studiekosten te betalen door de student en/of zijn familie hoog).

Ander voorbeeld: duizenden Filippijnse verpleegsters werken in de USA. Men moet er ook op wijzen dat gezien het grote tekort aan verplegend personeel de USA speciale voordelige immigratievoorwaarden verlenen aan deze professionele groep. In de jaren 80 tot 84 vertrok een derde van de Ghanese geneesheren naar het naburige Nigeria gezien de veel voordeliger werkvoorwaarden. Ten derde ligt in vele ontwikkelingslanden het probleem ook niet aan een onvoldoende aantal westers-getrainde dokters. Derde wereld landen zoals Egypte en Pakistan hebben reeds 4000 tot 6000 werkloze geneesheren. Zelfs Bangladesh kan geen werk geven aan al zijn afgestudeerden. Mexico heeft een associatie van werkloze dokters (12). Tienduizend Indische dokters studeren (volgens officiële statistieken) elk jaar af (13). India is heeft te kampen met armoede, epidemieën zoals diarrhea, malaria en tyfus, niettegenstaande een verwachte verhouding dokter/bevolking van 1 op 2450 in het jaar 2000 (overeenkomstig met de normen van de WGO). India heeft trouwens twaalfduizend dokters werkzaam buiten India. In Senegal verklaren 150 dokters zich werkloos (onafgezien van het aantal Senegalese dokters werkzaam in Frankrijk) (14). Tenslotte kan ook een slechte geografische verdeling van het medisch personeel tot problemen leiden. Zo is ruim een derde van het totale aantal dokters in Rwanda werkzaam op slechts twee (stedelijke) plaatsen. Dergelijke toestanden bestaan sinds lang in Zuid-Amerika waar bijvoorbeeld tot 80% van de dokters in de steden werken.

Een ander fenomeen is het eeuwig studeren, liefst in het buitenland... Meerdere gevallen zijn bekend van medisch personeel dat van verschillende donorlanden telkens weer een andere studie- of stagebeurs bekomen. Dit is trouwens een bekend verschijnsel in ook andere niet medische sectoren. In vele ontwikkelingslanden is het selectiesysteem voor studiebeurzen of stages niet gebaseerd op verdiensten maar notoir korrupt. Betekent dit dat een hoop geld gespendeerd wordt aan de verkeerde kandidaat (15)? Voor zover bekend, werd nooit een objectieve evaluatie gemaakt van de vele tientallen studiebeurzen toegekend in de medische sector in bijvoorbeeld de afgelopen 10 jaar. In Rwanda, behorend tot de twintig armste ter wereld, zijn in 1991 bijvoorbeeld 126 paramedici afgestudeerd, het ministerie van gezondheid kon slechts 40 posten budgeteren, spijtig genoeg veel te weinig zou men denken, welnu slechts een twintigtal kandidaten hebben zich aangeboden! Velen willen verder studeren... of werken in een privé apoteek en andere dergelijke instellingen met een aantrekkelijker salaris en ook minder of helemaal geen wacht- en nachtdienst. Dit terwijl het deficit aan gezondheidspersoneel zich vooral laat voelen in de paramedische, sector. Onafhankelijk hiervan zien we ook dat een hoge diagnostische techniciteit niet kan gecorreleerd worden met adequate therapie ofwel omdat ze onbestaande is (cfr de AIDS-pathologie) ofwel te duur (in vele ontwikkelingslanden is radiotherapie onbestaand ofwel ontoegankelijk voor de overgrote meerderheid van de bevolking). Bovendien wordt de technische diagnostiek in de geest van derdewereldbewoners vaak als een onderdeel van de therapie beschouwd zodat ze in feite gedupeerd worden. In het algemeen is de rol van de geneesheer secundair aan het voorschrijven van geneesmiddelen en diagnostische tests (eigen ervaring). Op therapeutisch vlak stellen we te dikwijls een overconsumptie vast. Het verwekken van microbiële resistentie tengevolge van overmatig en onoordeelkundig gebruik van antibiotica is eveneens een ware ramp in derdewereld landen

Buiten overconsumptie is er ook heelwat medische kwakzalverij. Het laatste wat derde wereld landen nodig hebben is charlatans (met of zonder diploma) (16). Alhoewel het charlatanisme ook in de in de geïndustrialiseerde wereld bestaat, zijn de kosten van charlatanisme voor de derdewereld enorm: het al lage inkomen wordt verspild en er zijn ernstige bijwerkingen van onnodige maar krachtige medicaties. Weerom heeft de AIDS-epidemie hiervan enkele (droevige) voorbeelden gegeven (bijvoorbeeld zieken die alle bezit uitgeven aan een zogenaamd wondermiddel, charlatans met hét nieuwe middel tegen AIDS ontvangen worden door staatshoofden enz.).

Bovendien geven ontwikkelingslanden gemiddeld 4 tot 5 maal meer uit aan defensie of veiligheid dan aan gezondheidszorg (17). Daaruit besluiten dat medische (en andere) hulp pervers is, is slechts een kleine stap: deze hulp laat aan de staat immers toe meer uit te geven aan defensie, zodat enerzijds een militaire oligarchie ontstaat aan het hoofd van belangrijke geldmiddelen en anderzijds politiek en oorlogsgeweld uitlokt of onderhoudt, wat dan op zijn beurt weer medische bijstand noodzakelijk maakt. Een perfect voorbeeld van de klassieke vicieuze cirkel (18) (zie bijlage: geweld als oorzaak van achteruitgang van de volksgezondheid).

Een andere perversiteit is dat vele Afrikaanse landen 10 à 30% van hun nationaal budget voor gezondheid uitgeven aan speciale medische zorgen in het buitenland praktisch uitsluitend ten voordele van leden van de lokale politieke en economische nomenklatura. Wat te denken wanneer een land zoals Rwanda dat tot 10% van het nationale budget voor gezondheid uitgeeft aan een honderdtal patiënten (door het betalen van medische zorgen in het buitenland) terwijl 7 miljoen het moet stellen met de overige 85%?

### **2.3. Motivaties**

Nog zeldzamer worden onze motivaties om medisch actief te zijn in de derde wereld in vraag gesteld.

Ieder van ons ziet zijn werk door een kaleidoskoop van gemengde motivaties waarbij de balans continu naar een of andere motivatie overslaat. De eerste vraag die moet beantwoord worden is waarom de internationale medische samenwerking, zowel op persoonlijk als op institutioneel of op nationaal vlak werd gecreëerd. Wanneer men deze motieven wil analyseren komt men tot een aantal 'belangen' die apart of gekombineerd medische hulpverlening onderbouwen:

#### Staatsbelang

Bescherming van de eigen bevolking tegen tropische ziekten. Om de internationale handel te beschermen was het noodzakelijk de verspreiding van epidemische (vooral tropische ziekten) onder controle te houden. Het in quarantaine houden van 'gevaarlijke' patiënten begon in de 19de eeuw. Ook werden investeringen in geneeskundige grenscontrole prioritair voor de

nationale gezondheidsverantwoordelijken. Dergelijke maatregelen zijn helemaal niet zo historisch als ze lijken! Ter gelegenheid van de AIDS-pandemie zijn grenscontrolemaatregelen terug aan de orde. De immigratieregeling van de USA weigert bijvoorbeeld HIV-positieve personen de toegang tot het land. Dit is een massieve overreactie wanneer men bedenkt dat de USA thans ongeveer een tiende van de wereldpopulatie HIV-besmetten telt (1 à 1,5 miljoen op een totaal van 10 tot 15 miljoen HIV-geïnfekteerden, deze verhouding zal evenwel in de toekomst afnemen). Het nut van deze maatregel werd trouwens aangevallen door de WGO en epidemiologen waar ook ter wereld. Toch hebben meer dan veertig landen één of andere immigratiebeperking tegenover HIV-positieven. Verschillende landen weigeren bijvoorbeeld HIV-positieve beursstudenten, deels om dezelfde reden. De aanpak van Cuba voor haar HIV-positieve bevolking is levenslange quarantaine met volledig salaris of toelage, indien werkloos bij de diagnose, en huisvesting in gegroepeerde residentiële woningen (19)!

Thans wordt echter de aandacht verschoven van quarantainemaatregelen en controle aan de eigen grenzen naar onderzoek en controle van de epidemie aan de bron. De intensieve internationale aanpak van het AIDS-probleem en het ter beschikking stellen van zeer belangrijke fondsen moet ook ten dele in dit perspectief worden gezien.

### Eigenbelang

De meest duidelijke groep van motivaties voor iedere ontwikkelingshelfer of organisatie is eigenbelang. Let wel, dit staat niet gelijk aan egoïsme. Een normale dosis eigenbelang kan door iedereen worden aangenomen, integendeel de opofferings- of martelaarshouding van diegene die beweert geen enkel voordeel of voldoening te behalen van overzeese activiteiten lijkt daarentegen erg verdacht. Op het persoonlijk vlak is het meest evidente aspect van zelfbelang het feit dat het werken in landen overzee als "interessant" en "aangenaam" wordt ervaren. Het is moeilijk van dit imago van eigenbelang af te raken, vooral omdat de overzeese werker meestal een loon en een behuizing heeft die ver boven het lokale gemiddelde uitsteken. Niet zelden ontwikkelt zich dan een ghettomentaliteit waarbij de ontwikkelingshelfer zich afsluit van het lokale milieu of zelfs door dit milieu wordt uitgesloten.

Commerciële activiteiten (bijvoorbeeld mijnindustrie) zijn natuurlijk ook gebaseerd op eigenbelang, zodat ook economische belangen om medische



hulpverlening kunnen vragen. Kosten-batenanalyse maakt immers duidelijk dat het aanbieden van een goede gezondheidszorg voor arbeiders en hun families in streken met ontoereikende gezondheidszorgen de productie bevordert.

#### Altruïsme, religieuze motieven en sociale rechtvaardigheid

De meeste personen en organisaties zouden graag laten geloven dat de redenen om te werken in overzeese gebieden van louter humanitaire aard zijn. Altruïsme sluit een complex spectrum van attitudes in. Het is daarbij onmogelijk de motivaties van eenieder juist te beoordelen, des te meer daar het helpen van een hulpbehoevende ook ten goede komt aan de helper zelf.

Vele Niet-Gouvernementele Organisaties (NGO's) hebben gepoogd een imago van puur altruïsme voor te staan. Of ze daarin geslaagd zijn valt inderdaad te betwijfelen (20).

Missies en missionarissen maken ook aanspraak op puur altruïstische motivatie. Interpretatie van hun motivatie is hier ook complex gezien. Het uitermate moeilijk is om een onderscheid te maken tussen de verwachtingen van een spirituele beloning en de gewone overwegingen van zelfbelang. Missie-hospitelen en missiegezondheidscentra hebben zich geconcentreerd op direct medisch-klinische hulp met een onmiddellijke, dramatische en gratifiërende impact. Ze hebben zich de laatste tijd ook toegelegd op de eerste lijn gezondheidszorg voor de arme plattelandsbevolking. Tevens hebben ze een aantal pilootprojecten op gang gebracht die gerust als voorbeeld kunnen gesteld worden en navolging verdienen. In Rwanda is er bijvoorbeeld de centrale voor distributie en aanmaak van essentiële geneesmiddelen en materiaal. Anderzijds kunnen religieuze motieven ook remmend werken voor een degelijk gezondheidsbeleid. Zo dient vermeld dat een aantal religieuze organisaties (niet uitsluitend katholieke) om principiële redenen weigeren effectieve moderne geboorteregeling te verlenen binnen de structuur van hun gezondheidscentra. Daar in vele ontwikkelingslanden 50% of meer van de gezondheidszorg in handen is van deze sector, beperkt deze houding in niet geringe mate de vrije keuze van de patiënt.

Een toenemend aantal organisaties is begaan met sociale rechtvaardigheid en mensenrechten. Voor ontwikkelingslanden zijn de belangrijkste mensenrechten niet alleen van politieke aard maar ook en vooral het recht op gezond-

heid, behuizing, onderwijs, voeding, een betere levenskwaliteit voor de kinderen en een betere rol voor de vrouw (21).

#### Wetenschappelijke uitdaging

Een andere groep van motivaties die heel wat heeft geproduceerd dank zij dikwijls intense inspanningen is de wetenschappelijke uitdaging op gebied van tropische gezondheidsproblemen (gele koorts, malaria enz.). Nergens komt dit beter tot uiting dan in de thans aan gang zijnde research op AIDS, die aan heelwat universitair de kans heeft gegeven om een doktoraatsthesis of andere wetenschappelijke voldoeningen te behalen. Nochtans een aantal van deze onderzoeksprojecten zijn teveel "researcher driven" zodat de daadwerkelijke toepassing van de research op de lokale bevolking niet altijd duidelijk is.

Er kan ook veel geleerd worden door vergelijkende epidemiologie met gezondheidsproblemen van rijke landen (kanker, hartziekten enz.)

### **3. Nieuwe banen voor medische samenwerking?**

#### **3.1. Mogelijke oorzaken van inefficiënte of onaangepaste geneeskundige samenwerking.**

##### Inleiding

Gezondheidsinterventies, voorgesteld of soms min of meer opgedrongen (zgn "donor driven") door de ontwikkelingsexperten van donorlanden aan de bijgestane landen, blijken later dikwijls onaangepast aan de reële noden. Met andere woorden: "pet notions from east and west, many not fully understood even in the country of origin - were applied in Africa in order to bring it into the mainstream of international development... development theorists drew heavily not only on Europe and North America, but on Asia and Latin America - particular China and India - for their assumptions about agrarian

institutions, economic behavior, and empirical evidence about the development process..." (22).

Veruit de belangrijkste reden van die "onaangepastheid" is een **gebrek aan betrouwbare gegevens**.

Rationele planning van medische interventies en systematische analyse zijn uiteraard slechts mogelijk met nuttige, betrouwbare informatie.

Men kan drie niveaus van objectieve informatie onderscheiden:

1. Het eerste niveau is dat van de politieke beslissing en de officiële beleidsdocumenten.

In het beste geval is het beleid rationeel en aangepast aan de noden van een bevolking. Al te dikwijls blijkt er echter een enorme kloof tussen woord en daad (zgn "lipservice") te bestaan zodat deze informatiebron geen enkele houvast betekent voor concrete ontwikkelings-samenwerking.

Het beleid kan ook van meet af aan irrationeel zijn (23) zodat het zeker geen basis kan vormen voor een zinvolle (medische) ontwikkelingsstrategie.

Enkele voorbeelden: wanneer de politieke autoriteiten aan de top beslissen om het aantal gezondheidscentra binnen de vijf jaar te verdubbelen, of dat een nieuw hospitaal moet gebouwd worden met gesofisticeerde dienstverlening en apparatuur (bijvoorbeeld scanner, hartchirurgie), dan kunnen gezondheidsplanners zich niet veroorloven deze zogenaamde "politieke wil" te negeren. Deze politieke wil kan geïnspireerd worden door demagogie, megalomanie, egoïsme, corruptie enz... Een dergelijke "planificatie" houdt meestal weinig of geen rekening met de prioriteiten van het geheel van de bevolking, evenmin met de werkingskosten en is als dusdanig een van de grote oorzaken van "witte olifanten" (24). Hier moet onmiddellijk aan toegevoegd dat ook positieve resultaten mogelijk zijn. Politieke wil aan de top (zoals voor China en Cuba), aan de basis zoals in Sri Lanka (tot aan de burgeroorlog), in Kerala (deelstaat van India), Costa Rica en Nicaragua heeft ervoor gezorgd dat de gezondheidsindicatoren van deze welbepaalde landen, niettegenstaande een soms laag BNP, significante verbeterd zijn, veel meer dan andere landen met een gelijkwaardig BNP. De positieve balans van deze gezondheidszorg moet wel worden afgewogen tegen eventuele negatieve maatschappelijke aspecten zoals bijvoorbeeld de restrictie van de persoonlijke

vrijheid (Cuba, China). Anderzijds is in sommige Afrikaanse landen de inbreng van internationaal gesteunde projekten, met elk hun eigen agenda en prioriteiten, dermate groot dat er van een nationaal gecoördineerd beleid nog nauwelijks sprake kan zijn.

2. Het tweede informatieniveau betreft bestaande rapporten en jaarverslagen.

Normaal moeten deze rapporten gemakkelijk in staat zijn belangrijke trends of nieuwe opkomende problemen in een land duidelijk en tijdig aan te tonen. In de praktijk zijn deze echter dikwijls onvolledig, inaccuraat, verouderd of niet meer beschikbaar. Vaak zijn deze rapporten een compilatie van ruwe data die niet aan kritische analyse werden getoetst. Andere rapporten missen dan weer representativiteit. Zo zullen hospitaalstatistieken een vertekend beeld geven van de levensomstandigheden van de volledige gemeenschap. Een belangrijk aspect (zeker in hospitaalstatistieken) is dat het volume van de verstrekte diensten niet gecorreleerd wordt met de risicopopulatie met andere woorden een hospitaal kan dikwijls een groot deel van zijn werk spenderen aan eerste lijn gezondheidszorg voor de nomenklatura terwijl de reële noden van kwetsbare groepen worden verwaarloosd.

Niet zelden stelt men, op alle niveaus, ook een zekere onwil vast om een gegeven informatie mede te delen of te verspreiden, zodat een objectieve beoordeling van bestaande gezondheidssituaties nog meer bemoeilijkt wordt. Ook wordt soms selectieve informatie doorgegeven die dan een vertekend beeld geeft van de reële situatie (25). Het blijkt dan voor een buitenstaander uiterst moeilijk een objectief beeld te krijgen van die toestand. Een ander aspect is dat inaccurate gegevens worden overgeschreven in andere rapporten van (buitenlandse) experts (26). Het is duidelijk dat dit uiterst belangrijk niveau, een onmisbare schakel in een rechtvaardig en efficiënt gezondheidsbeleid, zeer grote leemtes vertoont. Het inzicht in het belang van juiste informatie is er vooral gekomen door de snelle verspreiding van de AIDS-epidemie. Niet in het minst omdat de geïndustrialiseerde wereld hier zelf alle belang bij heeft!

3. Het derde niveau is de informatie specifiek gekollekteerd ter gelegenheid van de planificatie van een bepaald projekt.

Deze basisgegevens voor een projekt moeten verzameld worden door een deskundig team specialisten. Zoiets vergt tijd en geld. Deze minimuminformatie moet een geheel van gegevens bevatten waarvan de voornaamste zijn:

3.1 Deskundig oordeel: alhoewel hun objectiviteit niet altijd boven alle verdenking staat, moet men erkennen dat de ervaren deskundigen over het algemeen belangrijke kwalitatieve aspecten van een situatie kunnen inschatten die niet of moeilijk kunnen worden uitgedrukt in kwantitatieve data.

3.2 Populatie: grootte en karakteristieken.

3.3 Aktuele gezondheidsstatus en zijn problemen (bijvoorbeeld nutritionele status, endemiën enz.).

3.4 Lokalisatie en organisatie van de gezondheidszorg, inbegrepen personeel. Het is toch ondenkbaar, maar dit gebeurt, bijstand te verlenen in de vorm van medische of paramedische experts aan een ontwikkelingsland, dat niet in staat is een bijgehouden algemene lijst voor te leggen van alle medici en paramedici en hun kwalificaties, werkzaam in dit land. Het gevolg is dat in meerdere gevallen een klaarblijkelijk, ten gunste van politieke en economische elites, irrationeel personeelsbeleid van het ontwikkelingsland moet opgevangen worden door duurbetaalde experts van een donorland. Donorlanden verkiezen blijkbaar de ogen te sluiten voor dergelijke scheefgegroeide toestanden. Eventueel wordt wel gevraagd hieraan wat te doen, maar slechts nadat de interventie reeds op gang wordt gebracht, terwijl dit normaal een voorafgaande voorwaarde moet zijn. Organisaties zoals de Wereldbank of het IMF zijn blijkbaar tot hetzelfde besluit gekomen voor wat betreft hun tussenkomsten.

3.5 Financiële bronnen: eigen (gemeenschap), staat, donor etc.

3.6 Lokale gezondheidsstatistieken: zie boven.

Besluit: degelijke informatie bij de aanvang van een projekt werd of wordt dikwijls verwaarloosd of is op zijn minst onvolledig zodat later een evaluatie moeilijk of onmogelijk wordt. Deze informatie is uitermate belangrijk indien men het gezondheidsimpakt van een interventie wil meten. **Indien men de juiste startgegevens niet kent is iedere latere evaluatie betreffende impact op drijfzand gebouwd.** Zo leest men, na een interventie van verschillende tientallen miljoenen dollar, in een rapport van US AID: "... it is not unreasonable to attribute much of the improvement in health status to the development of the health services system" (27). Dergelijke niet objektieve "evaluatie", zelfs al was ze maar ten dele onjuist, kan een oorzaak zijn van enorme geldverspilling. Het lijkt tenslotte meer kost-efficiënt geld en tijd te besteden aan een grondige verzameling van deze gegevens vooraleer een interventie te starten. Eveneens een belangrijke oorzaak van onaangepastheid is een te eng medische aanpak Het "produceren" van gezondheid moet zoals de landbouwproductie in een breder sociaal, economisch en politiek geheel vervat zijn dat uitstijgt boven louter biomedische technologie.

### 3.2. Voorwaarden voor een goede medische samenwerking.

De noden van de derde wereld bestaan niet uit het aantrekken van buitenlandse medische mankracht om louter, meestal dure, substitutie-geneeskundige handelingen te verrichten ofwel om louter aan biomedische research te doen. Deze periode is voorbij. Andere onaangepaste medische tussenkomsten komen nergens beter tot uiting dan in de AIDS-research waar de geïndustrializeerde wereld veel meer geïnteresseerd is in biomedisch research en het op punt stellen van testen en therapiën (niet betaalbaar en dus niet toegankelijk voor de derde wereld) of van vaccins. Een gedeelte van de AIDS research in ontwikkelingslanden wordt of werd, het weze gezegd, gedaan door westerse onderzoekers (in het slechtste geval met zogenaamde "safari research" op weinig scrupuleuze wijze de kwetsbare toestand van een patiënt exploiterend) die hun carrière maken bij middel van data verzameld in Afrika, en dit nog bovendien vaak met de hulp en de medewerking van lokaal, onderbetaald, medisch en paramedisch personeel. Anderzijds hebben research en interventies om gedragspatronen te doen veranderen een heel wat kleiner aureool. De studie van gedragspatronen en hoe ze te veranderen om de verspreiding van het HIV virus tegen te gaan is nochtans even belangrijk en moeilijk als het bestuderen van de moleculaire biologie van het virus. Op korte termijn nochtans is het verbeteren van onze kennis over gedragspatro-

nen misschien het enige middel om de verspreiding van de ziekte tegen te gaan (28).

Na deze overwegingen kunnen we een aantal criteria definiëren. Deze criteria beschrijven automatisch de vereiste kwalifikaties van de uitgestuurde experts.

Een medische interventie moet dus:

1. Multidisciplinair en multidimensioneel opgevat zijn.

Research in gezondheid bestaat uit meer dan alleen maar laboratoriumwerk of klinisch epidemiologische onderzoek. Grotere medische interventies moeten zich de diensten kunnen veroorloven van een expert in gezondheids-economie en de mogelijkheid hebben om over betrouwbare gegevens te beschikken en bij middel van enquêtes aan een continue evaluatie te doen. Ook moet de mogelijkheid van een kwaliteitscontrole ingebouwd worden. Deze multidisciplinaire kontekst-specifieke aanpak wordt beschouwd als de noodzakelijke band met het beleid en de politieke besluitvorming.

Jammer genoeg is de medische wereld dikwijls een behoudsgezinde kracht (ook in ontwikkelingslanden) ten voordele van curatieve interventies, van hoge kostprijs/lage toegankelijkheid en van de tendens om de sociale dimensies van een patiënt of een gemeenschap te negeren en om de patiënt eerder te zien als een objekt dan wel als een persoon.

2. Onevenwichten vermijden tussen stad en platteland.

3. Voldoende aandacht geven aan vorming.

4. Versnippering vermijden, ook in het aantal projekten van éénzelfde donorland. Het is beter één goed uitgebouwd projekt te financieren dat als voorbeeld kan dienen, dan vele kleinere projekten in stand te houden. Teveel verschillende partners in een enkel nationaal programma (vb 15 verschillende donors in één enkel nationaal AIDS programma!) werkt ook versnippering in de hand

5. Naast projekten ook programmahulp bieden.

Financiële hulp in de vorm van het uitbetalen van lonen of het ter beschikking stellen van een fonds voor aankoop van bijvoorbeeld essentiële geneesmiddelen.

### **3.3. (On)aangepast profiel van de internationale gezondheidswerker?**

In het algemeen bestaat technische bijstand uit het op tijdelijke basis (korte of lange termijn) aanbieden van gekwalificeerd personeel van buitenuit voor taken waarvoor het bijgestane land geen of een onvoldoende aantal lokale krachten heeft. Dikwijls wordt een significant deel van het projectbudget gespendeerd aan technische bijstand en de buitenlandse expert kan eventueel een belangrijke post bezetten binnen het project.

Kritiek op technische personeelsbijstand zowel in termen van zijn filosofische verrechtvaardiging als van praktisch nut (teveel substitutie en te weinig andere rollen, zie verder), is thans zeer verspreid zowel bij de donorlanden als bij de bijgestane landen. Deze kritiek heeft dikwijls te maken met ontevredenheid over de kwaliteit (die met name de veel hogere weddeschalen niet verrechtvaardigt) van de technische bijstand en over de preciese rol van dit personeel.

Voor de medische ontwikkelingshelfer kunnen we drie modellen onderscheiden:

1. Substitutieve rol: buitenlands expert doet het werk terwijl een lokale kracht wordt opgeleid (in binnen- of buitenland). In dit model ligt vooral de nadruk op professioneel technische ervaring.

Opmerking: dit is een oplossing voor een korte termijn ; aangepast voor vrijwilligers.

Kritiek: in theorie zou deze functie alleen voor een beperkte tijdsduur kunnen gelden, nochtans ziet men in de praktijk dat deze substitutieve functie in een aantal medische projecten de norm wordt, niettegenstaande het feit dat ondertussen lokale krachten werden gevormd die dan na verloop van tijd, niet zelden overstappen naar andere functies al of niet verband houdend met hun opleiding. Het gevolg is dat de substitutieve functie van de medische expert, in feite alleen verantwoord op korte termijn, blijft voortduren...



2. Opleiding/Onderwijskundige rol: adviserende, geen besluitvormende functie ; verantwoordelijk voor het overbrengen van techniek en kennis aan homologen ; prioriteit wordt gegeven aan kandidaten met goede academische training.

Opmerking: objectieven zijn gemengd, kan een substantiële bijdrage geven, langere termijn. Kritiek: in sommige medische projecten worden deze eerste twee rollen als complementair beschouwd. Dit is echter niet mogelijk indien vanwege het ontvangende land geen duidelijk personeelsbeleid bestaat zodat de buitenlandse expert niet totaal wordt opgeslorpt door substitutie-geneeskunde. Dit model is evenmin mogelijk indien de "expert" onvoldoende wetenschappelijke en/of communicatiekwaliteiten heeft en dan ook gewoon niet aanvaard wordt in deze rol. Het is ook zo dat in de medische sector de mening heerst, in vele gevallen onderhouden door de experts, dat een buitenlands aureool noodzakelijk is voor het beoefenen van "moderne geneeskunde". (zie bijlage voor wat betreft de opleidingen in het buitenland).

3. Organisatorische, adviesgevende, begeleidende, inspirerende rol: identificatie van trends en prioriteiten in de gezondheid van een bevolking. Hier gaat de voorkeur uit naar personen met een persoonlijk engagement en de nodige kwalificaties om tussen te komen op verschillende organisatorische niveaus.

Opmerking: het objectief is dubbel: produceren en organiseren. De expert dient goede analytische en schrijfkwaliteiten te hebben Staat meestal buiten het enge kader van een specifiek project. Goede relaties met lokale organisatie zijn onontbeerlijk.

Kritiek: het is moeilijker efficiëntie en werkvolume te beoordelen dan voor de twee vorige modellen. De functie is politiek gevoelig zowel aan de kant van donor als van receptor.

### **Samenvatting, stellingen:**

1. Rationele planning van medische interventies en systematische analyse zijn slechts mogelijk mits nuttige, betrouwbare informatie.

2. De noden van de derde wereld worden niet opgelost door het aantrekken van buitenlandse medische mankracht om louter, meestal dure, substitutie geneeskundige handelingen te verrichten. Het "produceren" van gezondheid, zoals bij de landbouwproductie, moet gesitueerd worden in een breed

sociaal, economisch en politiek kader, dat uitstijgt boven louter biomedische technologie.

3. Er is in een aantal projecten mogelijks teveel buitenlands personeel en te weinig aandacht voor de revalorisatie van het lokaal personeel. Het is zeker meer kost-efficiënt lokaal personeel meer te betalen en waarschijnlijk ook beter voor de leefbaarheid van een projekt.

4. Uit wat voorafgaat blijkt duidelijk dat in de opleiding van de internationale gezondheidswerker rekening dient gehouden te worden met een nieuw profiel. Dit profiel is een combinatie van terreinwerk, ervaring in gezondheidsbeleid met inbegrip van de financiële aspecten van gezondheidszorg en de mogelijkheid de gezondheidszorg te zien in een complex geheel dat rekening houdt met anthropologische en economische dimensies.

5. Naast projectenhelp is ook programmahulp nodig, met name financiële hulp in de vorm van het uitbetalen van lonen of het ter beschikking stellen van een fonds voor aankoop van bijvoorbeeld essentiële geneesmiddelen.

## 5. Bijlagen

### Bijlage 1

#### *Determinanten van de gezondheid van een bevolking*

1. Erfelijkheid: vb sikkelcel anemie.

2. Milieu: zuiver water, sanitaire voorzieningen, behuizing, sociale rust. Alhoewel niet steeds vermeld, heeft politiek geweld een substantiële invloed op de gezondheid en op de gezondheidsstructuren van een gemeenschap (zie bijlage 2).

3. Voeding en voedingsdeficiënties (avitaminosen, iodeficientie, ijzerdeficientie etc.) gereflecteerd o.a in lage gewichtstoename tijdens de zwangerschap, en in laag geboortegewicht. Ieder jaar worden 22 miljoen kinderen geboren met een geboortegewicht onder de 2500 gr (29).

4. Onderwijs.

5. Inkomen: de ontwikkelingslanden worden gekarakteriseerd door een enorme politieke, economische, sociale en kulturele verscheidenheid. Ze worden slechts verenigd door één factor: vergeleken met geïndustrialiseerde landen leeft de meerderheid van hun bevolking in armoede. Een van de resultaten van armoede is een slechte gezondheid en een hoge mortaliteit. In ontwikkelingslanden worden verschillen in inkomen per capita meestal gereflecteerd in een lagere of hogere levensverwachting. Nochtans moet hier onmiddellijk aan toegevoegd dat er soms een opvallend verschil is in levensverwachting tussen landen met een gelijkwaardig nationaal inkomen per capita. Mortaliteit blijft hoog in sommige landen zoals West-Afrika en Noord Afrika, zowel als in sommige petroleum uitvoerende landen. Daarentegen hebben sommige landen met een gelijkwaardig inkomen zoals Costa Rica, Cuba, China en Sri Lanka een veel hogere levensverwachting. Deze laatste landen hebben, voor alle lagen van de bevolking, een belangrijke proportie van hun bruttonationaal produkt besteed aan efficiënte gezondheidszorg met inbegrip van geboortepanning (en meestal zonder buitenlandse hulp).

6. Levensstijl: roken, drinken, seksuele promiscuïteit.

7. Socio-kultureel bepaalde gewoonten en inzichten in gezond en ziek zijn. Het belang van ziekteinzicht van de patiënt mag niet onderschat worden daar de niet westerse gezondheidszorg (familie en genezers) in zeer vele gevallen de eerste is die wordt aangesproken. Bijvoorbeeld : orale rehydratie, levensreddend voor infantiele diarree kan geweigerd worden omwille van socio-kulturele vooroordelen.

8. Autonomie van de vrouw in een gegeven maatschappij. De rol en de rechten van de vrouw in de meeste culturen van de derde wereld verschillen aanzienlijk van die van hun westerse sexgenoten. Afrikaanse vrouwen

produceren tachtig procent van het voedsel. Ze zijn dikwijls de hoofdverantwoordelijke voor het aanbrengen van water en hout. Terzelfdertijd hebben ze een zeer hoge kinderlast en talrijke zwangerschappen. Dikwijls zijn ze de laatsten om enige inspraak te hebben in de gezondheidspolitiek en de allerlaatsten om voordeel te halen uit ontwikkelingsprojecten. In de meeste maatschappijen worden zonen meer geapprecieerd dan dochters ("gender discrimination"). Deze discriminatie kan zeer vroeg beginnen: dochters worden vroeger gespeend, of krijgen helemaal geen borstvoeding in geval van jongen-meisje tweeling. Jonge meisjes krijgen minder vroeg medische zorg enz. Deze vooroordelen hebben dikwijls een negatief effect op de houding van de vrouw tov haar eigen lichaam, zodat pijn en ziekte worden aanvaard als deelluitmakend van haar bestaan.

Alhoewel niemand het belang van toegankelijkheid tot onderwijs zal betwisten, is de autonomie van de vrouw een veel breder concept dan formeel onderwijs alleen. Dit concept verdient een grotere bekendheid. Het verhogen van het studieniveau van de vrouw kan in sommige kulturen meer aanvaardbaar zijn dan kulturele interventies die een grotere autonomie en bijgevolg een betere positie van de vrouw zouden geven (bijvoorbeeld de vrijheid om aan contraceptie te doen zonder uitdrukkelijke toelating van de man ; deze vrijheid zou vooral in landen met hoge fertiliteit een directe invloed hebben op de gezondheid van de vrouw). Het gevolg hiervan is dat de input van een beter studieniveau niet noodzakelijk gereflekted wordt in een beter gezondheidspeil van de vrouw zelf en / of haar kinderen. Men heeft zich waarschijnlijk te veel geconcentreerd op het formele onderwijs van de vrouw en de bredere sociokulturele kontekst verwaarloosd (30).  
Het jaar 2000, "jaar van gezondheid voor iedereen" uitgezonderd voor de vrouw ?

9. Preventieve zorg bijvoorbeeld vaccinatie, profylaxie tegen malaria, etc

10. Medische curatieve zorg

## **Bijlage 2**

*Politiek geweld in de derde wereld: een gezondheidsprobleem.*

Systematisch politiek geweld bestaat in vele delen van de wereld, maar komt opvallend meer voor in derde wereld landen. Het neemt verschillende vormen aan en is verantwoordelijk voor een groot aantal doden en enorme vernieling. Relatief weinig gegevens zijn bekend over de gevolgen van dit

'staatsgeweld' op de gezondheid van een gemeenschap of het individu (31). Hooguit beschikt men over een aantal geïsoleerde getuigenissen.

Voor de gezondheidsverantwoordelijken is politiek geweld een belangrijk probleem omdat het :

- een belangrijke oorzaak van onmiddellijke morbiditeit en mortaliteit kan zijn
- belangrijke langdurige gezondheidseffecten voor een bevolking kan hebben
- de bestaande gezondheidsinfrastructuur ontwricht of vernietigt

Men kan vier grote vormen van politiek geweld onderscheiden:

1. Structureel geweld: sociale ongelijkheid, onrechtvaardigheid, en de slechte verdeling van de inkomsten en van de politieke macht kan men terecht als vormen van 'geweld' beschouwen.

Structureel geweld is belangrijk: in praktisch iedere samenleving zijn er bevolkingsgroepen wier basisbehoeften niet zijn voldaan, die gediskrimineerd worden, en aan wie elke deelname in de machtsuitoefening of in de beleidsbeïnvloeding wordt ontzegd. Het gebrek aan of ongelijke toegang tot de determinanten van de gezondheid - voedsel, behuizing, sanitair, water, inkomen enz. - hebben grote ongelijkheden in de gezondheid tot gevolg.

Zo hebben de economische interventieprogramma's van IMF en Wereldbank prijsstijgingen van het basisvoedsel en verhoogde kost van de gezondheidszorg tot gevolg gehad. Het uitvoeren van deze maatregelen heeft trouwens in verschillende landen aanleiding gegeven tot opstanden van het armste segment van de bevolking (Algerije, Nigeria, Liberia, Soedan, Zambia.)

2. Repressie: directe vormen van repressie die worden opgelegd, gewoonlijk door de staat in de vorm van bijvoorbeeld politieke moord, arbitraire opsluiting, martelingen, verdwijningen. In sommige situaties kan een niet-goevernementele oppositie ook haar toevlucht nemen tot repressieve activiteiten teneinde haar objectieven te bereiken.

3. Reaktief geweld: het antwoord van onderdrukte groepen op het geweld dat ze ondergaan, of geweld van de geprivilegiëerde klasse tegen reformistische en revolutionaire bewegingen. Geweld tegen de staat wordt uitgedrukt in staatsgrepen, onlusten, guerilla-oorlog en in andere oorlogsvormen. Twee vormen van reaktief geweld kunnen worden onderscheiden: de eerste is geweld gericht tegen de staat als oppositie tegenover haar repressieve acties of gericht tegen haar rol in het bevorderen van de voorwaarden tot structureel geweld. Een tweede type is het geweld uitgevoerd door zogenaamde

uiterst rechtse of uiterst linkse (bijvoorbeeld Sendero Luminoso, Peru) groeperingen tegen verkozen regeringen in een poging om ze te diskrediteren en tot machtsovergave te dwingen.

4. Oorlogsgeweld: het gebruik van militair geweld heeft tot doel veranderingen te brengen ofwel de status quo te behouden. Het bestaan van militarisme en militarisatie zijn belangrijke componenten van deze vorm van geweld. " Lage intensiteit oorlog " kan onderhouden worden door buitenlandse machten om een bestaand regime te ondermijnen.

Militarisme kan gedefiniëerd worden als een verhoogde tendens van de staat of van belangrijke machtsgroepen binnen de staat, beroep te doen op geweld als een normale politieke taktiek.

Militarisatie wordt gekarakteriseerd door een uitbreiding van bewapening, het opdrijven van de destructieve capaciteit van de wapens, verhoging van de militaire effectieven en een verhoging van de defensieuitgaven (32).

De grote bedragen besteed aan wapens en militair personeel ondermijnen de economische funderingen, noodzakelijk voor de ontwikkeling en dus ook voor gezondheidsontwikkeling, door het afleiden van kapitaal, van research capaciteit en van personeel van burgerlijke naar militaire activiteiten. Oorlogsgeweld heeft een hoge tol geëist in de derde wereld: meer dan 80% van de doden en het merendeel van de gekwetsten zijn burgers.

tabel 1

Plaats	Periode	Doden	Verplaatste populatie
Ethiopië	1962-'89	100.000	1.740.000
Mozambique	1976-'89	107.000	1.400.000
Sudan	1983-'89	290.000	2.500.000
Uganda	1981-'89	100.000	312.000
Liberia	1989-'91	20.000	500.000
Rwanda	1990-'94	250.000 à 500.000	1.000.000 à 1.500.000

Zowel het reactieve als het oorlogsgeweld hebben significante gevolgen gehad in termen van gezondheid. Sterfte, ondervoeding tengevolge van de schade berokkend aan de landbouwsector, ontredde van de gezondheidsdiensten, een overgang van primaire gezondheidszorg naar tertiaire zorg (verzorging - medisch en chirurgisch - van gekwetsten), onderbreking van vaccinatieprogramma's, vernietiging van de socio-ekonomische infrastructuur noodzakelijk voor de promotie van de gezondheid, desorganisatie van voedselbedeling hebben allen een zeer hoge tol geëist. Ten slotte is het oorlogsgeweld in Oost- Afrika volgens vele waarnemers en onderzoekers, een directe oorzaak geweest van de verspreiding op grote schaal van het AIDS-virus. Uganda telt thans naar schatting 1.3 miljoen HIV seropositieven op een totaal van 18 miljoen inwoners (33).

In een aantal landen waren gezondheidswerkers specifieke doelwitten voor repressieve behandeling (El Salvador, Mozambique, Nicaragua, Guatemala, Somalië), dit in totale overtreding van de internationale codes die de veiligheid van gezondheidswerkers verzekert in oorlogstijd.

---

Met dank aan P.Leroy, H.Trog en J.Debar voor het nazien en opmerkingen. De opinies in dit artikel uitgedrukt zijn uitsluitend deze van de auteurs en niet van een of andere organisatie.

---

#### VOETNOTEN

1. UNICEF. The State of the World's Children 1994.
2. Jaarlijks sterven volgens schattingen van de Wereld Gezondheids Organisatie (WGO) ongeveer 500.000 vrouwen tengevolge van verwikkelingen in de zwangerschap of tijdens de geboorte. In sommige streken zoals bijvoorbeeld Zuid-Amerika is ongeveer de helft hiervan tengevolge van clandestiene abortus.
3. Met alle gevolgen vandien, niet in het minst van industriële catastrofes cfr Bhopal, India 1984 en Dakar, Senegal 1992.

4. Cardiovascular diseases in developing countries. An epidemic that can be prevented. Editorial BMJ vol 305, p. 1170-1171, 1992.
5. UNICEF. The State of the World's Children 1994.
6. In: Newsweek, 30 November 1992.
7. 3,5 miljoen van de 4,4 miljoen patiënten met TBC én AIDS leven in Afrika onder de Sahara. In New Scientist, 28 november 1992, p. 7.
8. UNICEF. The State of the world's children 1987, p. 91.
9. Een studie in Uganda voorziet tengevolge van de AIDS mortaliteit 5 tot 6 milj weeskinderen in het jaar 2010. In: International Family Planning Perspectives vol 17, n° 1, maart 1991. In Tanzania verwacht men tegen het einde van de jaren 90 een half miljoen weeskinderen. In "Orphelins du Sida" C. Mukoyogo & G. Williams. TASO. London 1991.
10. Mahler H. in "Spotlight on the cities" WHO uitgave 1989.
11. King M.: Demographic entrapment. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 1993) 87, Supplement 1, 23- 28.
12. 15 000 geneesheren in Mexico zijn geheel of gedeeltelijk werkloos. Health, Policy and Planning vol 8, n° 4 december 93, p. 315-326.
13. The Lancet. Vol 338: oct 12, 1991.
14. Une démocratie pour l'Afrique. R. Dumont 1991.
15. 50% van de Algerijnse studenten in het buitenland komt na gedane studies niet terug. RFI 6 April 1992.
16. The poor need no more charlatans. E. Einterz in The Lancet vol 339; March 28, 1992 p. 795-796.
17. 3% vermindering van de militaire uitgaven in derde wereld landen kan per jaar 25 miljard £ vrijmaken voor ontwikkeling. Tenminste een vierde van de de schuldenlast van de derde wereld is het gevolg van militaire aankopen. Bron: Military expenditure and foreign aid: should they be linked ? A Zwi & A Ugalde in BMJ vol 304, p. 1421-1422, 30 May, 1992.
18. In 1986 gaf de derde wereld 6.1% van het BNP uit aan defensie tegenover 1.3% van het BNP aan gezondheid. Bron: Wereldbank, Report 1988 Enkele percentages van overheidsuitgaven: Defensie: Rwanda 8.9% 1986), Uganda 13.9% 1987), Gezondheid: Rwanda 3.0% 1987), Uganda 4.1% 1987). Bron. Wereldbank. African Economic and Financial Data (1989). Landen met grote



militaire uitgaven krijgen tweemaal zoveel hulp per capita vergeleken met landen die minder spenderen aan militairen en wapens. Bron: The Economist May, 7, 1994.

19. Cuba's response to the HIV Epidemic. E PÄrez - Stable. Am J Pub Health vol.81, n° 5, May 1991 p. 563.
20. Zie ook "Het orkest van de Titanic". Werken aan andere Noord-Zuid Verhoudingen. H. Achterhuis e.a. Student Aid. VUB PRESS. 1993.
21. In de Canadese ontwikkelingsorganisatie moet ieder projektaanvraag aantonen dat hiermede een verbetering van de rol van de vrouw bereikt wordt.
22. Hyden G. "African Social Structure and Economic Development" London 1986.
23. Irrationeel komt dikwijls slechts als dusdanig over bij het donor land. De perceptie van de realiteit is niet altijd dezelfde voor donor of acceptor.
24. Voorbeeld: het ultramoderne Filippijns Hart Centrum voornamelijk gebruikt door lokale en regionale miljonairs en hun cliënten en door misschien 10% behoeftigen slurpt praktisch 25% van het totale budget op voor de gezondheidszorg. in R Green. Politics, Power and Poverty in Soc.Sci. Med. Vol 32, no 7, p. 745-755, 1991.)
25. Zie ook bijvoorbeeld in andere sectoren: het verdoezelen of ontkennen van hongersnood in een bepaald landsgedeelte zoals bijvoorbeeld in Ethiopië onder verschillende regimes.
26. Van de 12 miljard dollar die ieder jaar gespendeerd word door de donorlanden voor training, opstellen van projekten etc. gaat 90% naar de honoraria van buitenlandse experts. De helft van deze technische hulp gaat naar Afrika. Dit betekent volgens de heer Haq van de UNDP dat "Afrika per capita misschien meer slecht advies heeft gekregen dan eender welk continent". Bron: The Economist, May, 7, 1994. p. 22.
27. Muhondwa E. The role and impact of foreign aid in Tanzania's health development. Third Takemi symposium in International Health. Tokyo.1988.
28. Out of step on AIDS. Editorial. New Scientist, 29 June 1991.
29. UNICEF, Annual Report 1992.
30. Routes to low mortality in poor countries. Population and Development Review 12, 171-220, 1986. J. Caldwell.

31. Political Violence in the Third World: a public health issue. A. Zwi & A. Ugalde. *Health Policy and Planning* ; 6 3): 203- 217.1991. De voornaamste elementen uit dit artikel worden in deze bijlage opgenomen.
32. In de periode van 1960 tot 1987 heeft de derde wereld 400 miljard \$ uitgegeven aan bewapening. De stijging van wapeninvoer door derde wereldlanden is veel sneller dan de stijging van de economische hulp. Verschillende derde wereld landen hebben bovendien hun militaire produktie ontwikkeld en zijn zelf producent en uitvoerders geworden van wapens Zuid-Afrika, Israel, Brazilië, Argentinië, Chili en Egypte). Bron. Wereldbank. *African Economic and Financial Data*.1989.
33. *World AIDS* n° 18, Nov 1991.