

Het nationale aidsplan van Cuba: beeldvorming in een politieke context

Lily Faas

De Cubaanse aanpak van de aidsproblematiek heeft in politieke, medische en juridische kringen ernstige twijfels opgeroepen en leidde zelfs tot veroordelingen. Dit artikel beoogt een bijdrage te leveren aan de discussie door de samenhang van het aidsplan en de socialistische cultuur van Cuba te bestuderen. Hierbij is vooral aandacht besteed aan de beeldvorming omtrent aids in verschillende lagen van de bevolking. Besproken wordt de beeldvorming bij de overheid, de medische stand, de algemene bevolking en de patiënten. De conclusie is dat het nationale aidsplan van Cuba een integraal onderdeel is van de Cubaanse cultuur en niet als afzonderlijk fenomeen be- of veroordeeld kan worden.

Cuba heeft als ontwikkelingsland na de socialistische revolutie van 1959 een modern gezondheidszorgsysteem opgebouwd, dat kwalitatief en kwantitatief niet onderdoet voor dat van de rijke landen. Dit heeft de aandacht van diverse onderzoekers getrokken. De socioloog Navarro zag de Cubaanse aanpak als het model bij uitstek voor alle ontwikkelingslanden. De ontwikkelingswerker Werner deelde Navarro's waardering voor de behaalde resultaten op Cuba, maar uitte zich kritischer ten aanzien van het feit dat er weinig ruimte gelaten werd voor individuele zorg en verantwoordelijkheid. Beide onderzoekers waren zich bewust van de samenhang tussen de Cubaanse gezondheidszorg en de socialistische ideologie. Voor Navarro (1972, 1976, 1983) waren de resultaten van de Cubaanse gezondheidszorg een bewijs voor de waarde van het socialistisch systeem. Werner (1983) daarentegen kwam tot de conclusie dat juist het socialisme een nadelige werking had op de gezondheidszorg.

Een zeer omstreden medisch project op Cuba is het nationale aidsplan, dat in april 1986 in werking werd gesteld. Dit plan houdt in dat de gehele seksueel actieve bevolking op antistoffen tegen het Humaan Immuno-deficiëntie Virus (HIV) getest wordt en dat alle mensen die HIV-seropositief zijn opgenomen worden in sanatoria (isolatie). Officieel geldt dat dankzij de genomen maatregelen de aidsepidemie 'onder controle' is gebracht (MINSAP 1989). Het Cubaanse aidsproject is uniek. Geen enkel land ter wereld heeft een dergelijke oplossing kunnen of willen doorvoeren.

Het is mijn bedoeling de beeldvorming rond dit project in kaart te brengen. Het nationale aidsplan is een project van de Cubaanse regering. De eerste vraag is derhalve hoe de Cubaanse overheid denkt over aids en welke motieven en gedachten ten grondslag liggen aan het nationale aidsplan. Vervolgens wordt onderzocht op welke wijze de regering het plan aan de bevolking heeft gepresenteerd en hoe deze hierop heeft gereageerd. De uitvoerders van het plan zijn de artsen. Aangezien het er alle schijn van heeft dat de medici als groep geen inspraak hebben gehad in de totstandkoming van het aidsplan is het van belang afzonderlijk te onderzoeken hoe de artsen erover denken. Wat de bevolking betreft is het zinvol een onderscheid te maken tussen de opvattingen van de gezonde bevolking en die van HIV-seropositieven, aangezien de gevolgen van het aidsplan voor beide groeperingen wezenlijk verschillen. Ik heb het nationale aidsplan als zeer omstreken aangeduid. Het zal blijken, dat deze uitspraak niet zozeer slaat op de reacties op Cuba als wel op die uit het buitenland. Met name de VS, die sinds de revolutie op voet van oorlog staan met Cuba en die tienduizenden Cubanen als vluchtelingen hebben opgenomen, zijn in het algemeen zeer negatief over de Cubaanse aidsbestrijding. De beeldvorming in de VS over het Cubaanse aidsplan vertoont kenmerken van een psychologische oorlogvoering. Dit heeft weer gevolgen voor de beeldvorming op Cuba ten aanzien van aids, die nog meer anti-Amerikaans werd. Voor de bestudering van de beeldvorming op Cuba is het daarom van belang ook de buitenlandse reacties in het onderzoek te betrekken.

Ik bespreek achtereenvolgens mijn onderzoeksmethoden, de uitvoering van het aidsplan, de beeldvorming van aids bij de regering en het medisch personeel, de acceptatie van het aidsplan door de bevolking en de HIV-seropositieven en de buitenlandse kritiek. Ik zal aan mijn betoog tenslotte enkele conclusies verbinden ten aanzien van een aantal fundamentele problemen die in de discussie over het Cubaanse aidsplan aan de orde komen, zoals aidsvoorlichting, medicalisering, het probleem van de mensenrechten en socialisme en individuele vrijheid.

Onderzoeksmethoden

De bestaande publikaties over het aidsbeleid op Cuba zijn vrijwel zonder uitzondering van journalistieke aard en ontoereikend als bronnen voor het onderzoek naar de verschillende niveaus van beeldvorming betreffende dit beleid. De Cubaanse overheid heeft nooit een uitvoerige en allesomvattende verklaring over haar beleid gepubliceerd. Alle mededelingen van verantwoordelijke functionarissen, hetzij in eigen publikaties hetzij in interviews, zijn fragmentarisch en meestal zeer algemeen. Het verloop van het testprogramma, de inrichting van de sanatoria en de samenstelling van haar bewoners worden niet duidelijk beschreven. Over de instructies aan het medisch apparaat en de voorlichting aan het publiek is vrijwel niets gepubliceerd. Buitenlandse bezoekers (meestal artsen) hebben, onder toezicht, met slechts enkele bewoners van het eerste en grootste sanatorium *Los Cocos* kunnen spreken. Hoe de HIV-seropositieven en aidspatiënten over het beleid denken is dus nagenoeg onbekend. Ook de berichtgeving over de opvattingen van de algemene bevolking is te incidenteel om daaruit enige conclusies te kunnen trekken. De

onderzoeker die inzicht wil krijgen in de beeldvorming betreffende aids en de aidsbestrijding op Cuba is aangewezen op eigen observatie en op gesprekken met de betrokken partijen.

In vrijwel alle publikaties over het aidsproject op Cuba treedt dr.Terry, een van de vice-ministers van volksgezondheid, op als woordvoerder. Zijn officiële taak is de zorg voor de hygiëne en de bestrijding van besmettelijke ziektes, waaronder ook aids wordt gerekend. Hij geldt als de architect van het nationale aidsplan en spreekt altijd op eigen gezag wanneer hij informatie verschaft.

Nadat enkele aanvragen voor onderzoek op Cuba, gericht aan de Universiteit van Havana, onbeantwoord waren gebleven, was het de Cubaanse ambassadeur in Nederland die mij erop wees dat een dergelijk verzoek rechtstreeks aan dr.Terry gericht moest worden. Dankzij de aanbeveling van de ambassadeur en de bemiddeling van de heer Fundora, president van de Cubaanse vredesbeweging, kreeg ik inderdaad toestemming van dr.Terry om onder zijn supervisie voor de periode van een maand onderzoek te doen op Cuba.

Eenmaal op Cuba kon ik dr.Terry ertoe overhalen mij een onderzoeksperiode toe te staan van drie maanden. Mijn verblijf op Cuba liep van 21 januari tot 14 april 1990. Het werd mij duidelijk dat dr.Terry in het algemeen wantrouwig stond tegenover buitenlandse belangstellenden in het aidsplan. De reden was dat gesprekken van buitenlanders met hem en bezoeken aan het sanatorium in de meeste gevallen geresulteerd hadden in een negatieve berichtgeving. Mijn studie was echter anders dan die van de artsen en journalisten, die mij voorgedaan waren. Ik was de eerste die met een plan kwam voor een wetenschappelijk onderzoek op langere termijn zonder journalistieke bedoelingen en zonder bindingen met buitenlandse gezondheidszorginstellingen. Met name de antropologische benadering die ik voorstelde als een studie van de politieke, sociale en culturele achtergronden van het aidsplan, wekte vertrouwen bij dr.Terry. Daarnaast toonde hij waardering voor het feit, dat ik als verpleegkundige kon participeren in de gezondheidsinstellingen en daarom een aanvaardbare positie kon innemen tegenover de patiënten. Ik moet hieraan toevoegen dat mijn onderzoek voor dr.Terry een nieuw fenomeen was, waarvoor hij geen vaste regels had. Hij was bereid te improviseren maar behield zich het recht voor in te grijpen waar en wanneer hij dat nodig achtte. Er werd een globaal schema afgesproken maar zonder definitieve toestemming. Zo kon het gebeuren dat mijn verblijf in het sanatorium *Los Cocos*, dat op twee weken was gepland, na drie dagen werd afgebroken. Als reden werd opgegeven dat gezien de psychische toestand van enkele bewoners mijn veiligheid niet gewaarborgd kon worden. In feite was nog geen enkele buitenlandse bezoeker langer dan vier uur in *Los Cocos* geweest en werden ongecontroleerde gesprekken met de bewoners als een risico gezien, waarvan de gevolgen niet te overzien waren. Er zou immers een informatiestroom naar buiten kunnen stromen, die hij niet kon controleren.

Gedurende mijn verblijf op Cuba had ik wekelijks een gesprek met dr.Terry variërend van een uur tot een kwartier. Zijn voorstelling van het aidsproject is gezaghebbend. Hij moet dan ook gezien worden als de sleutelfiguur in de officiële beeldvorming. Bovendien verschaftte hij mij interne rapporten over de voortgang van het project en stelde mij in staat een volledig beeld te krijgen van de behandeling van de HIV-seropositieven in de gezondheidscentra. Vervolgens heb ik een groot

aantal artsen en verpleegkundigen kunnen spreken over het aidsproject waardoor ik inzicht kreeg in de mate waarin zij de officiële beeldvorming deelden.

In mijn onderzoek naar de acceptatie van het aidsplan en de officiële beeldvorming ging mijn aandacht in de eerste plaats uit naar degenen die als HIV-seropositieven op de meest dramatische wijze met het plan geconfronteerd werden. Met toestemming van dr. Terry was ik in staat interviews af te nemen van aidspatiënten die in een speciaal ziekenhuis waren opgenomen en van enkele asymptomatische HIV-seropositieven die in *Los Cocos* verbleven of kortstondig in het ziekenhuis waren.

In totaal heb ik veertien personen langdurig kunnen interviewen, elf mannen en drie vrouwen. Vijf mannen gaven aan homoseksueel te zijn, en vier heteroseksueel. Van deze laatsten waren op een na allen *internacionalistas*, dat wil zeggen veteranen uit Angola. Twee mannelijke informanten lieten zich niet uit over hun seksuele oriëntatie. Twee van de drie vrouwen stelden heteroseksueel te zijn, de andere vrouw beschouwde zichzelf als een lesbienne, hoewel zij aangaf sporadisch seksueel contact te hebben met mannen. Van deze groep waren er in november 1990 reeds vijf overleden.

Ik kreeg onbeperkte inzage in de medische dossiers. Dit werd mij toegestaan op grond van mijn status als verpleegkundige, die tot geheimhouding van persoonlijke gegevens is verplicht. In mijn onderzoek heb ik de gegevens van de dossiers dan ook uitsluitend gebruikt als bevestiging van hetgeen de HIV-seropositieven mij in de interviews meedeelden. De interviews werden op één na gehouden zonder de aanwezigheid van derden. De omstandigheden lieten niet toe een bandrecorder te gebruiken. Het contact met de HIV-seropositieven droeg een, wat ik zou willen noemen, 'existentieel' karakter. Sommigen zeiden dat ze graag hun verhaal wilden vertellen in de wetenschap dat ik het zou opschrijven. Op die manier zou nog iets van hen voortleven. Anderen wilden weten of er in Nederland iets aan hun situatie te doen was. Een volgende zag het contact met mij als een lichtpunt in de laatste dagen van zijn of haar leven. In feite ging het dan ook niet om diepte-interviews maar om gesprekken die voornamelijk 'gedragen' werden door de HIV-seropositieven en, waar mogelijk, door mij gestuurd werden volgens een reeks van te voren opgestelde punten. Soms heb ik ook familieleden gevraagd naar hun ervaringen ten aanzien van de verplichte opname van de HIV-drager.

Ik heb uitvoerig studie gemaakt van de aidsvoorlichtings- campagne. Televisieprogramma's over aids van Cubaanse makelij werden bestudeerd. Artikelen in de Cubaanse pers over aids werden opgespoord, journalisten die over aids hadden gepubliceerd werden geïnterviewd, apotheken en huisartsen-praktijken werden gecheckt op aanwezigheid van aids-voorlichtingsfolders en posters. Ik heb ongeveer dertig interviews gehouden over onderwerpen als de test-procedure op antistoffen tegen het HIV, kennis over de ziekte, seksueel gedrag, en opvattingen over het Cubaanse aidsbeleid. De geïnterviewden waren voornamelijk Cubanen die contacten onderhouden met buitenlanders (zeelieden, obers, taxi-chauffeurs) en Cubaanse jongeren. Deze groep informanten lag buiten het gezondheidszorg-circuit, en dus buiten de controle sfeer van dr. Terry.

Het aidsplan

Het testprogramma op antistoffen tegen het HIV en het aantal geconstateerde HIV-seropositieven

De uitvoering van het testprogramma op antistoffen tegen het HIV begon in april 1986. De test werd verplicht gesteld voor alle bloeddonoren, voor personen die sinds 1981 in Afrika waren geweest, en voor seksuele partners van HIV-seropositieven. In juni 1986 werd de testverplichting ook van toepassing op werknemers in de toeristensector, de koopvaardijvloot, de vissersvloot en de Cubaanse luchtvaartmaatschappij. Daarnaast werd de testmaatregel voor personen die vanaf 1981 in Afrika waren geweest herzien: de testplicht werd uitgebreid tot alle burgers die vanaf 1975 een tijd in Afrika hadden doorgebracht. In augustus 1987 werd een begin gemaakt met het testen van zwangeren, ziekenhuispatiënten, mensen met seksueel overdraagbare aandoeningen en gevangenen. Buitenlanders die langer dan drie maanden op Cuba willen verblijven worden sindsdien eveneens tot een test verplicht. Bij HIV-seropositiviteit wordt de buitenlander gerepatrieerd. Het testprogramma werd in hoog tempo doorgevoerd. Cuba telt ongeveer 10 miljoen inwoners. Tot aan januari 1990 waren 6 miljoen burgers getest. Bijna 3 miljoen daarvan vonden plaats in 1989 (MINSAP 1989, 1990).

Het testprogramma draagt een pragmatisch karakter. Alle individuen uit bovengenoemde groepen staan namelijk bij de overheid geregistreerd, en zijn derhalve gemakkelijk aan medische controle te onderwerpen. Binnen dit pragmatisch beleid wordt wel impliciet één groep onderscheiden, die verhoogd risico loopt op HIV-besmetting, te weten de groep Cubanen die op de een of andere manier contact heeft met buitenlanders. De Cubaanse regering gaat er echter vanuit dat iedereen besmet kan worden. Het ligt dan ook in de bedoeling uiteindelijk de gehele seksueel actieve bevolking regelmatig te testen. De Cubaanse burger die niet tot bovengenoemde groepen behoort is in principe vrij een test te ondergaan. Die vrijheid is echter relatief, omdat de overheid alles in het werk stelt de mensen ervan te overtuigen, dat testen noodzakelijk is voor de volksgezondheid. Er is dus sprake van sociale dwang.

In april 1990 bedroeg het aantal HIV-seropositieven 422. Hieronder waren 115 vrouwen en 307 mannen, waarvan 203 heteroseksuelen en 104 'homobiseksuelen'. De betekenis van de term 'homobiseksueel' zal verderop uitgelegd worden. De groep HIV-seropositieven telt drie kinderen. Er zijn zeven gevallen van besmetting via bloedtransfusie, twee hiervan betreffen hemofilie-patiënten. Van de 422 besmettingsgevallen hebben er 63 aids ontwikkeld, 26 daarvan zijn overleden.¹

HIV-besmetting op Cuba vindt voornamelijk plaats via seksuele overdracht. Een rapport van januari 1990 (MINSAP), toen het aantal HIV-seropositieven 392 bedroeg, gaf aan dat 361 van hen (92.1%) via seksueel contact besmet waren. Van 22 personen (5.6%) kon men de weg van transmissie niet traceren. Van de via seksuele overdracht geïnfecteerden werd gezegd dat 217 (60%) rechtstreeks door een buitenlander, en 144 indirect, dat wil zeggen via een Cubaanse partner die seksueel contact had gehad met een buitenlander, besmet waren. Aan deze laatste groep

moeten naar alle waarschijnlijkheid worden toegevoegd de 22 gevallen waarvan het patroon van overdracht niet bekend is.²

De HIV-prevalentie onder de Cubaanse bevolking is laag, namelijk 4,2 per 100.000 inwoners. Voor de VS en Nederland bijvoorbeeld bedraagt deze respectievelijk 400 en 55 per 100.000 inwoners. Ook het aantal klinische aidsgevallen op Cuba is gering, te weten 63. Dat wil zeggen 0,63 per 100.000 inwoners. Ter vergelijking: voor de VS bedraagt dit cijfer 43,3, voor Nederland 7,2, voor Brazilië 7,4, voor de Dominicaanse Republiek 17,6 en voor Kenya 24,0. Bij de drie laatst genoemde landen moet bovendien onderrapportage in aanmerking genomen worden (Bartlett 1989; Van de Water et al. 1990; NCAB 1989; WHO 1990).

Isolatie van HIV-seropositieven in sanatoria

Overeenkomstig het in 1982 afgekondigde Artikel 54 uit het decreet 'Basis maatregelen ten aanzien van hygiëne', waarin de isolering van mensen met besmettelijke ziekten verordend wordt, werden HIV-seropositieven verplicht tot opname in een sanatorium (MINSAP 1989). Het eerste sanatorium *Los Cocos*, gesitueerd in een buitenwijk van Havana, werd in april 1986 opgericht. In april 1990 telde het 298 bewoners.

Het sanatorium Los Cocos

Het sanatorium beslaat een gebied van ongeveer 40 hectare, en is geheel afgeschermd door een muur. Aan de twee ingangen staan bewakers in uniform. Het is onmogelijk het sanatorium zonder pasje in of uit te gaan.

De bewoners krijgen een speciaal dieet en programma voor lichamelijke oefening. Het sanatorium heeft een ziekenboek, waar bewoners ter observatie van klachten kunnen worden opgenomen. Hierbij worden twee typen patiënten onderscheiden: de HIV-drager die voor het eerst klachten ontwikkelt, en de aidspatiënt die naast perioden van lichamelijke stabiliteit te maken krijgt met perioden waarin nieuwe klachten zich voordoen of oude opleven. Behandeling is gratis en vrijwillig. Voor HIV-seropositieven zonder symptomen behoort vroegbehandeling tot de mogelijkheden.

De bewoners krijgen hun volledig salaris uitgekeerd. Zij die niet bij het arbeidsproces betrokken waren krijgen een uitkering. In het sanatorium zijn mogelijkheden voor arbeid, studie en recreatie. Onder de bewoners bevinden zich vier artsen en drie verpleegkundigen die zelf HIV-drager zijn en in het sanatorium hun vak uitoefenen. Een speciaal gebied in het sanatorium is gereserveerd voor landbouw. Regelmatig worden er excursies georganiseerd.

In het sanatorium is seksuele omgang niet verboden, veel aandacht wordt besteed aan veilig vrijen. In het sanatorium zijn 28 huwelijken gesloten. In het weekend gaan de bewoners met verlof naar huis. Wel wordt middels psychologisch onderzoek bepaald of dit zelfstandig of onder begeleiding van een (para)medicus moet geschieden. In het sanatorium mogen de bewoners bezoek ontvangen. Speciale aandacht wordt besteed aan het welzijn van de familie-leden van de bewoners, die vaak in een sociaal isolement terecht komen. Echtparen waarvan de één drager is van het

HIV en de andere niet worden immers door de week van elkaar gescheiden. Wanneer een besmet echtpaar onbesmette kinderen heeft, dienen deze kinderen bij andere familieleden zoals ooms, tantes of grootouders ondergebracht te worden. Ontsnappingspogingen uit het sanatorium worden bestraft met een geldboete.³

Decentralisatie-beleid

De overige 98 HIV-seropositieven zijn verdeeld over drie andere sanatoria, die allen begin 1989 werden opgericht, en in verschillende provincies van Cuba gevestigd zijn. Dit is het gevolg van een decentralisatie-beleid, waarbij HIV-seropositieven die niet uit Havana afkomstig zijn de mogelijkheid wordt geboden dichterbij huis, familie en werk te wonen. Het Ministerie van Volksgezondheid (*Ministerio de Salud Pública*- MINSAP) wil middels het decentralisatie-beleid de reïntegratie in de samenleving van HIV-seropositieven bewerkstelligen. De bedoeling is dat de sanatoria uiteindelijk het karakter zullen krijgen van een poli-kliniek, gespecialiseerd in HIV-ziekte. Andere voordelen van de decentralisatie zijn kostenbesparing (bijvoorbeeld de reiskosten van het weekend verlof van de patiënten komen te vervallen) en vermindering van sociale spanningen gepaard gaande met de grootschaligheid van *Los Cocos*.⁴ instellingen die zich met de zorg voor HIV-seropositieven bezighouden

Wanneer een HIV-seropositieve of aidspatiënt klachten ontwikkelt waarbij intensieve medische behandeling geboden is, men denke hierbij aan de behandeling van een ernstige longontsteking of darmproblemen, wordt deze van het sanatorium overgeplaatst naar het medisch instituut voor tropische ziekten Pedro Kouri (IPK), te Havana. Zodra de lichamelijke toestand van de patiënt het toelaat, volgt de terugkeer naar het sanatorium.

Succumberende patiënten blijven niet in het IPK maar worden overgebracht naar de intensive care afdeling van het ziekenhuis voor chirurgie en interne geneeskunde, Miguel Enrique, in het centrum van Havana. De patiënt die succumberend wordt in Los Cocos krijgt de keuze daar te blijven in plaats van naar de meer 'steriele medische omgeving' van het Miguel Enrique overgeplaatst te worden. In dit laatste ziekenhuis worden ook aidspatiënten verpleegd met ernstige neurologische uitvalsverschijnselen, en zij die een operatie moeten ondergaan.⁵

Voorlichtingsactiviteiten van het MINSAP

Aan het (para)medisch apparaat

Het bureau van dr. Terry dat in kleine kring het nationale aidsplan had opgesteld was bij de uitvoering op het gehele medische apparaat van Cuba aangewezen. Het ging immers om een actie die het gehele volk betrof. De opvangcentra voor HIV-seropositieven en aidspatiënten concentreerden zich aanvankelijk alleen in Havana, maar de testcentra waren over het hele land verspreid. Bovendien was voor de opsporing van de test-kandidaten de medewerking van alle huisartsen nodig. Hoe de instructie aan het medisch apparaat in zijn werking is gegaan heb ik niet kunnen nagaan. Wel stelde dr. Terry mij twee rapporten van het MINSAP ter beschikking

die duidelijk bedoeld waren als interne informatie voor het medisch apparaat. Ze waren in grote aantallen aanwezig op het bureau van dr. Terry.

Het eerste rapport was in het Spaans en Engels gesteld en had als titel *SIDA: programa de control en Cuba- cronologia/AIDS: control program in Cuba-chronology*. Het bevatte een overzicht van het aidsproject van 1983 tot september 1989. Het tweede rapport dat alleen in het Spaans was gesteld, bevatte gedetailleerde gegevens van 1989 tot aan 16 januari 1990. De rapporten gaven niet alleen een overzicht van de voortgang van het aidsproject, ze gingen ook in op de oorzaken van aids op Cuba en verklaarden onder andere waarom het land zo'n gering aantal besmettingsgevallen kende. Ongetwijfeld had het MINSAP al eerder dergelijke rapporten opgesteld als informatie voor alle gezondheidsinstellingen en gaven de genoemde rapporten de laatste stand van zaken weer. De Engelse vertaling van het eerste rapport moet gezien worden als een hulpmiddel voor artsen bij het verschaffen van informatie aan buitenlanders.

Het valt op dat het bureau van dr. Terry in de communicatie met artsen en verpleegkundigen nauwelijks of geen gebruik schijnt te maken van de medische tijdschriften of van medische publikaties. In het Cubaanse tijdschrift voor verpleegkundigen is tot op heden geen enkel artikel over aids verschenen. In het Cubaanse standaardwerk *Aids: Infectie-ziekte ten gevolge van HIV*, van de hand van Emilio Quesada Ramirez et al. dat in 1987 verscheen en 310 pagina's telt, worden er slechts zes gewijd aan aids op Cuba. Dr. Terry kon mij geen exemplaar ter beschikking stellen. De auteurs van dit werk stelden ook een zes-delige serie samen onder de titel 'Opleidingsprogramma over Aids' bestemd voor verpleegkundigen. Ook hier ontbreekt een uitvoerige uiteenzetting van het nationale aidsplan. Genoemde publikaties vallen buiten de verantwoordelijkheid van dr. Terry, die voor zijn communicatie met het medisch apparaat zijn eigen weg gaat. Deze weg onttrekt zich geheel aan het oog van het grote publiek en ook aan dat van de buitenlandse geïnteresseerden.

Aan de Cubaanse bevolking

Een tweede voorlichtingsactiviteit betreft het Cubaanse publiek. Voor de bestudering van deze voorlichting verwees dr. Terry mij naar het nationale centrum voor gezondheidsvoorlichting, dat in een dependance van het MINSAP-gebouw gevestigd was. Hier werden mij video-cassettes van vier televisieprogramma's van elk drie uur ter beschikking gesteld. Ze waren geproduceerd tussen september 1987 en juni 1989 door het centrum onder regie van een medewerker. Dr. Terry trad veelvuldig op in deze films. Daarnaast verzorgde het centrum radio-programma's over aids en produceerde het folders en posters die over het gehele land verspreid werden. Het centrum verzorgde niet de contacten met de algemene pers, die zowel voor binnen- als buitenland actief was. De algemene pers valt weer onder de directe controle van dr. Terry.

Voor zover ik kon nagaan nam de voorlichting aan het grote publiek pas een aanvang in het laatste kwartaal van 1987, de datum van vertoning van de eerste televisiefilm, anderhalf jaar na het in werking treden van het nationale aidsplan. Voor die datum werden de maatregelen van het aidsplan zonder ruchtbaarheid naar buiten uitgevoerd. In het midden van 1987 waren ongeveer 140 HIV-seropositieven

in het sanatorium opgenomen en was te voorzien dat meer zouden volgen. Zonder de nodige voorlichting zou dit tot onrust kunnen leiden onder de bevolking. Bovendien kwam de WHO in februari 1987 met een alternatief preventie-plan dat haaks stond op het Cubaanse, waardoor het MINSAP gedwongen werd de bevolking tijdig in te lichten over de eigen zienswijze.

Het nationale centrum voor gezondheidsvoorlichting verrichtte onderzoek naar 'kennis, houding en gedrag' ten aanzien van aids. Dit onderzoek stond onder leiding van de epidemiologe Ana Teresa Farinas. Zij stelde mij twee rapporten ter beschikking, het eerste van 1987 en het tweede van september 1989, die uitsluitend voor intern gebruik in het MINSAP opgesteld waren. Het is aan te nemen dat het eerste onderzoek van 1987 ter ondersteuning diende van de geplande voorlichtingscampagne. Vermeld wordt dat 254.000 Cubanen door het nationale centrum over aids ondervraagd zijn.

De officiële beeldvorming

Aids: een ziekte uit het buitenland

Toen het aidsprogramma in april 1986 van start ging kende Cuba slechts een tiental HIV-seropositieven, terwijl in die tijd de berichten over de omvang van de HIV-besmetting in Noord-Amerika zeer alarmerend waren. Ook van Afrikaanse landen, waar duizenden Cubanen werkzaam waren, was bekend dat de aidsepidemie dramatische vormen had aangenomen. Het lag daarom voor de hand dat de Cubaanse overheid ter voorkoming van besmetting wees op het gevaar uit het buitenland. In haar beeldvorming ging Cuba echter verder en stelde dat alle Cubaanse besmettingsgevallen terug te voeren waren op contacten met buitenlanders. Dr. Terry bracht deze mening expliciet tot uiting in een artikel van mei 1986 in het partijblad *Granma* waarin hij concreet aangaf dat de eerste aidspatiënt die op Cuba overleed (in april van dat jaar) in New York besmet was geworden. De vermelding van de VS in verband met de eerste aidsdode staat niet op zichzelf. In de officiële beeldvorming figureren de VS als besmettingshaard bij uitstek. In het MINSAP rapport van 1989 wordt als verklaring van het geringe aantal besmettingsgevallen op Cuba de Amerikaanse blokkade genoemd, die de mogelijkheid van contacten tussen Cubanen en Amerikanen sterk reduceerde.

In dit beeld past ook de Cubaanse opvatting, dat het HIV ontstaan zou zijn in Amerikaanse laboratoria. In de eerste televisiefilm van september 1987 treedt de Amerikaan John Stockwell op, ex-kolonel van de CIA, die verklaart dat de CIA zich al twintig jaar met biologische oorlogvoering bezighoudt en dat bij een *killer-virus* als het HIV serieus gedacht moet worden aan een "per ongeluk dan wel opzettelijk geïnitieerd experiment".

Het aidsproject richt zich op de gehele bevolking zonder onderscheid van zogenaamde risicogroepen

In het aidsproject gaat de overheid ervan uit dat er op Cuba geen aanleiding is bepaalde sociale groeperingen aan te wijzen als risicogroepen, zoals in het buitenland gebeurt. Daar zijn in de opvatting van Cuba armoede, prostitutie, druggebruik en homoseksualiteit de hoofdoorzaken van de verspreiding van het HIV. Dankzij de socialistische revolutie bestaan deze oorzaken niet in de Cubaanse samenleving. De overheid vindt het niet moeilijk aan te tonen dat er geen echte armoede bestaat op Cuba en dat de gehele bevolking in gelijke mate deelt in de uitstekende voorzieningen betreffende gezondheid en hygiëne.

Prostitutie wordt gezien als een gevolg van armoede en is dan ook door de revolutie uitgebannen. De nu opkomende prostitutie in de toeristenindustrie wordt gezien als een moderne uitwas, waartoe vrouwen of mannen zich laten verleiden om buitenlandse luxe goederen te bemachtigen. Wanneer ze buitenlands geld aannemen, worden ze beschuldigd van overtreding van de deviezenwet. Hun seksuele contacten met buitenlanders worden op dezelfde wijze als een risico beschouwd als de contacten van iedere willekeurige Cubaan(se) met buitenlanders.

De strenge wetgeving ten aanzien van drugs ontmoedigt drughandel en -gebruik. Wie zich met drugs inlaat en betrapt wordt komt in de gevangenis terecht, en wordt als iedere andere gevangene getest op antistoffen tegen het HIV. Intra-veneus druggebruik als risicofactor voor besmetting met het HIV komt derhalve op Cuba niet voor.⁶

De officiële opvatting over homoseksuelen als risicogroep is gecompliceerder. De eerste aidsdode werd uitdrukkelijk als homoseksueel aangeduid, maar in de feitelijke registratie van de seksuele geaardheid van de HIV-seropositieven ontbreekt de benaming homoseksualiteit als aparte categorie. Die registratie gaat uit van de indeling: heteroseksuelen en homo-biseksuelen. Ongeveer een kwart van alle HIV-seropositieven wordt tot deze laatste categorie gerekend.

Het gebruik van de vakterm homobiseksueel, veelal als één woord geschreven, komt overeen met de verborgen wijze waarop de homoseksueel in de Cubaanse maatschappij optreedt. Deze biedt namelijk geen ruimte voor een openlijke status van homoseksualiteit en Cuba kent dan ook geen duidelijk homoseksuele subcultuur. De meeste homoseksuelen zijn getrouwd of presenteren zich als biseksueel. Deze situatie wordt verklaard door een voorgeschiedenis van onderdrukking van homoseksuelen sinds de socialistische revolutie en door de dominerende *machocultuur*. In het socialisme geldt homoseksualiteit als een produkt van de decadentie en fascistische perversie van de bourgeoisie en wordt daarom als subversief en contrarevolutionair gezien, gericht tegen de samenleving. In de Cubaanse *machocultuur* wordt alleen de man, die er vrouwelijk uitziet of zich vrouwelijk gedraagt als homoseksueel gezien. Zo'n man wordt *loca* genoemd, dat wil zeggen 'gek'. Net als de vrouw is ook de vrouwelijk man lustobject van de macho-man die als *activo* zich zowel de meerdere van de vrouw voelt als van de homoseksuele man. Op Cuba worden gelijkwaardige relaties tussen mannen dan ook niet erkend. Het gevolg was dat duizenden homoseksuelen naar het buitenland uitweken, culminerend in de zogenaamde Mariël bootvlucht van 1980 naar de V.S., waarbij naar schatting tien

tot twintigduizend homoseksuelen betrokken waren (Young 1981; Van den Boogaard 1982).

De Cubaanse regering heeft zich er uitdrukkelijk voor gehoeven in de aidsbestrijding homoseksuele relaties tussen mannen als een extra risico te benadrukken. Op de eerste plaats wilde ze hiermee voorkomen dat met name in het buitenland de strenge regels van het aidsplan in het verlengde gezien zouden worden van de homo-onderdrukking uit het verleden. Maar vervolgens gaf de seksualiteitscultuur op Cuba geen aanleiding seksuele relaties tussen mannen te onderscheiden van heteroseksuele omgang, omdat in beide gevallen anaal verkeer niet ongebruikelijk was.⁷ Terecht schrijft de op Cuba gevestigde Amerikaanse journaliste Karen Wald (1989) dat de aidsvoorlichting op Cuba vrij was van homofobie. De vakterm homobiseksueel komt alleen in ambtelijke stukken voor. In de voorlichting aan het algemene publiek wordt geen nadruk gelegd op de speciale risico's voor homoseksuelen.

De overheid concludeert dat aids op Cuba geen ziekte is van 'marginale groeperingen' zoals dat in de VS, Europa en de Derde Wereld het geval is. Integendeel, een aantal HIV-seropositieven zijn zelfs veteranen die in Angola gediend hebben, revolutionairen bij uitstek. De overheid stelt dat patiënten behandeld worden om wat ze hebben en niet om wat ze zijn.

De socialistische ideologie en het aidsplan

Dankzij de socialistische revolutie werden armoede, prostitutie en druggebruik uitgebannen, en werd een belangrijke voedingsbodem voor de verspreiding van het HIV weggenomen. Maar ook het aidsplan zelf wordt gezien als resultaat van socialistische gezondheidszorg. Met het voorhanden zijn van een centraal gediende netwerk van ziekenhuizen, poliklinieken en huisartspraktijken was het mogelijk in korte tijd een test-systeem op te stellen, waarmee de gehele bevolking werd bereikt. De socialistische staat stelde bovendien geen financiële beperkingen, hoewel dr. Terry hierbij benadrukte dat het geringe aantal besmettingsgevallen voorkwam dat de kosten niet meer op te brengen waren. Bij grotere aantallen van besmettingsgevallen zou opname in sanatoria onbetaalbaar worden. Het MINSAP rapport van 1989 noemt ook het feit, dat het ontbreken van commerciële uitgangspunten Cuba ervoor behoedde dat goedkope maar onveilige bloedprodukten uit het buitenland werden aangeschaft.

Van meer fundamentele aard is het socialistische principe dat alle burgers in gelijke mate recht hebben op de door de staat geboden zorg. Het is vanwege dit principe dat Cuba een medische methode zocht om de gehele bevolking te beschermen tegen de verspreiding van het HIV. Kapitalistische landen, zoals de VS, zijn daarin niet geslaagd omdat hun gezondheidszorg niet het welzijn van alle burgers beoogt maar slechts diensten verleent aan degenen die het kunnen betalen. Voor Cuba wordt derhalve het succes van het nationale aidsplan als bewijs aangevoerd voor de juistheid van het socialisme. Het is dezelfde redenering die we bij de socioloog Navarro zien: het socialisme als praktische noodzaak. Navarro (1972, 1976, 1983) spreekt in het bijzonder over de oplossing van de gezondheidsproble-

men in ontwikkelingslanden maar ten aanzien van de aidsproblematiek in de VS zou hij dezelfde redenering kunnen toepassen.

Bij de pragmatistische benadering van het socialisme als basis van gezondheidszorg op Cuba valt ook de term 'dialectiek'. Dr. Terry ziet het nationale aidsplan als een dialectisch proces. Hij bedoelt hiermee dat het aidsproject geen dogmatisch plan is maar voortdurend aangepast moet worden aan veranderde situaties en nieuwe inzichten. De meest radicale verandering van het plan zal plaatsvinden wanneer een vaccin tegen het HIV ter beschikking komt. Maar ook in de huidige situatie kunnen veranderingen noodzakelijk blijken. Bij de instelling van het sanatoriale regime in 1986 ging de minister er nog van uit, dat de progressie van asymptomatische HIV-seropositiviteit naar aids slechts enkele maanden of jaren zou duren. Inmiddels staat vast dat dit proces wel tien of meer jaar in beslag kan nemen. Hierop besloot de verantwoordelijke minister over te gaan tot de hierboven genoemde decentralisatie-politiek met als uiteindelijk doel een zo groot mogelijke integratie van HIV-seropositieven in de samenleving. De spreiding van sanatoria over het gehele land bevordert dat gezonde HIV-seropositieven in hun eigen omgeving wonen en aan het arbeidsproces deel nemen. Deze ontwikkeling is nog in het beginstadium en voor zover ik weet zijn er nog geen gevallen bekend van HIV-seropositieven die buiten de sanatoria werken. Wat echter van belang is, is het feit dat het nationale aidsplan niet als een star systeem wordt opgevat en dat bij veranderde inzichten nieuwe wegen worden gezocht. Dit 'dialectisch proces' is, zo zegt men, eigen aan het Cubaanse socialisme en getuigt van een pragmatische aanpak van sociale problemen, van welke aard ook.

De massale controle van de HIV-verspreiding

Het nationale aidsplan volgt de weg van de massale controle in de vorm van algemeen testen en isolatie van HIV-seropositieven. Van het individu wordt in eerste instantie alleen gevraagd dat hij of zij medewerking verleent aan de algemene maatregelen. Dit systeem wijkt sterk af van de preventie-maatregelen, die door de WHO worden aanbevolen en die in de meeste landen gevolgd worden. Haar aanbevelingen van veilig vrijen en condoomgebruik gaan er vanuit dat besmetting met het HIV voorkomen kan worden door voorzorgsmaatregelen die ieder individu vrij kiest. In het algemeen geldt dat in de socialistische gezondheidszorg de individuele zorg en verantwoordelijkheid minder geactiveerd worden dan in een kapitalistisch systeem, waar een beroep op een arts gewoonlijk betaald moet worden. Bovendien zal een socialistische staat, die zich verantwoordelijk voelt voor de gezondheid van haar burgers, bepaalde risico's verbonden aan persoonlijke keuzes trachten te vermijden door algemene maatregelen te nemen.

De Cubaanse overheid beroept zich in haar verantwoording van haar aidsplan echter niet alleen op genoemde socialistische principes. Als belangrijke reden voor de algemene controle noemde dr. Terry tevens de seksualiteitscultuur van de Cubanen, die het gebruik van condooms en de idee van veilig vrijen niet of nauwelijks verdraagt. In dit verband noemde hij vooral het *macho*-gedrag van de Cubaanse mannen, die geen beperkingen zouden dulden in hun seksuele vrijheden, zoals promiscuïteit en anaal homo- en heteroseksueel verkeer. Met andere woorden,

dr. Terry gelooft niet in de werkzaamheid van een systeem dat veranderingen van seksueel gedrag bij de Cubanen beoogt op grond van persoonlijke keuzes. De staat was derhalve genoodzaakt algemene maatregelen dwingend op te leggen.

De medische beeldvorming van het aidsplan

In de tot nu toe beschreven officiële beeldvorming van het aidsplan gold een taalgebruik dat voor het grote publiek toegankelijk was. Daarnaast heeft zich op Cuba ook een medisch taalgebruik over aids ontwikkeld, dat uitsluitend in de kringen van het medisch personeel gangbaar is.

Betreffende de oorsprong van aids bevestigden enkele artsen de theorie die ook bij de voorlichting aan de bevolking een rol speelt, namelijk dat aids een produkt is van Amerikaanse laboratoria. Zij zagen een mogelijke parallel tussen aids en bepaalde epidemische vormen van biologische oorlogvoering en noemden in dit verband de haemorrhagische dengue (soort gele koorts) die in 1981 Cuba teisterde. In minder dan zeven weken werden toen 270.000 slachtoffers geteld, waarvan 113 met dodelijke afloop. Omdat de eerste gevallen geregistreerd werden in de nabijheid van het vliegveld, en de veroorzaker van de ziekte de muskiet *aedis aegypti* nooit eerder op Cuba wasesignaleerd, rees de verdenking dat het ging om een vorm van biologische oorlogvoering. Fidel Castro legde wekenlang bezoeken af in de ziekenhuizen en wees in een redevoering van 26 juli 1981 op het reële gevaar van de Amerikaanse biologische oorlogvoering. Over de bestrijding van aids zeggen de artsen dat deze overeen komt met die van andere niet-endemische, besmettelijke ziekten op Cuba, zoals malaria en lepra. Dergelijke besmettelijke ziekten worden bestreden langs de weg van de 'actieve vigilantie', dat wil zeggen dat de gezondheidszorg actief is in de opsporing van de besmettingsgevallen. Men wacht niet tot de burgers zich melden nadat symptomen van de ziekte zich aangediend hebben. Als na een verplichte controle blijkt dat iemand besmet is, volgt isolatie en behandeling. Op exact dezelfde wijze wordt ook de aidsproblematiek aangepakt.

Omdat aids niet als endemisch wordt gezien, lijkt het geen toeval dat de specialistische behandeling van aidspatiënten plaatsvindt in het ziekenhuis voor tropische aandoeningen (IPK). Verschillende artsen waren van mening dat de behandeling van aidspatiënten in het IPK meer een praktische reden had en geen medische classificatie van aids als tropische ziekte betekende. Hoewel de artsen misschien niet eenduidig denken over het niet-endemische karakter van aids, overheerst toch de mening dat aids bestreden moet worden zoals bijvoorbeeld malaria en schijnen ze de mening te onderschrijven dat verandering in seksueel gedrag geen afdoende maatregel is. Discussies over het nut van condooms heb ik bij artsen niet aangetroffen. Waarschijnlijk beschouwen ze zich als niet competent in dit vraagstuk.⁸

Acceptatie van het nationale aidsplan op Cuba

Uit de vele interviews met artsen en verpleegkundigen heb ik de indruk gekregen dat zij het regeringsbeleid voor de bestrijding van aids volledig goedkeuren. Hierbij moet ik opmerken dat het medisch personeel in staatsdienst is en vanuit hun

afhankelijkheidspositie gemakkelijk geneigd is de medische voorschriften van de staat op te volgen. Discussies over de sociale, psychologische en politieke achtergronden van het plan werden nauwelijks gevoerd.

Enig systematisch onderzoek naar de reactie van de bevolking op het aidsplan in de vorm van enquêtes was onmogelijk. Het enige wat ik kon doen was een klein aantal Cubaanse burgers interviewen, die min of meer toevallig op mijn weg kwamen. Het zijn er ongeveer dertig geweest, die ik heb kunnen ondervragen. Onder dezen was er slechts één, die het aidsbeleid omschreef als 'totalitair, excessief en repressief'. Alle anderen zeiden vrijwillig de HIV-test ondergaan te hebben, zij het niet zonder angstgevoelens. De isolatie van HIV-seropositieven werd gezien als een vreselijke maar noodzakelijke maatregel. De noodzaak tot algemeen testen en gedwongen isolatie van HIV-seropositieven werd verklaard vanuit de bestaande sexualiteitscultuur, die vooral de mannen de grootst mogelijke vrijheid in seksueel gedrag toekende. Condooms werden zonder uitzondering als onbruikbaar beschouwd. Enkele mannelijke informanten in Havana zeiden in het weekend voorzichtig te zijn met 'slippertjes' omdat dan de patiënten uit *Los Cocos* 'los waren'. Een dergelijke uitspraak is nauwelijks serieus te nemen, omdat de inwoners van *Los Cocos* in het algemeen onder begeleiding met weekend-verlof gaan. Ze duidt wel aan, dat de bevolking zich seksueel veilig weet vanwege de isolatie van de HIV-seropositieven. Dit gevoel van veiligheid is ongetwijfeld de belangrijkste reden, waarom de Cubaanse bevolking met het aidsbeleid instemt. Op de vraag wat gedacht werd van een blijvende terugkeer van HIV-seropositieven in de samenleving werd vaak met heftige afwijzing gereageerd. Het gevoel van veilig te zijn op Cuba houdt ook in, dat Cubanen zich in het buitenland onveilig voelen. Enkele Cubaanse bezoekers die ik in de straten van Amsterdam begeleidde, toonden zich ontzet toen zij te horen kregen dat HIV-seropositieven en zelfs aidspatiënten zich vrij over straat konden bewegen.

Op Cuba worden gevoelens tegenover buitenlanders, meestal toeristen, in sterke mate beheerst door de scheiding tussen buitenlanders en Cubanen om economische redenen. Voor buitenlanders is een apart leefcircuit ingericht, waar ze met buitenlandse valuta moeten betalen. Ieder contact van Cubanen met buitenlanders kan daarom de verdenking oproepen, dat de valuta-wet overtreden wordt. In deze context zijn de publieke waarschuwingen voor seksueel contact met buitenlanders vanwege het risico van HIV-besmetting gemakkelijk door te voeren. Het buitenlandse toerisme wordt zowel door de regering als de bevolking als een economische noodzaak gezien en heeft niet als doel inter-menselijke contacten te bevorderen. De waarschuwingen tegen seksuele contacten met buitenlanders zijn dan ook in de eerste plaats bedoeld voor degenen, die in de toeristen-industrie werkzaam zijn. De algemene bevolking komt in feite nauwelijks in aanraking met toeristen en voelt zich dan ook niet aangesproken door de waarschuwingen. Wel is de bevolking er zich van bewust dat de buitenlanders in eigen land de veiligheid ten aanzien van HIV-besmetting, zoals Cuba die kent, missen. Alleen wanneer de toeristen op Cuba op HIV getest zouden worden, zouden ze delen in de veiligheid van Cuba. Hieraan is gezien de doelstellingen van het toerisme geen behoefte.

Het ligt voor de hand dat de gezonde bevolking, die de veiligheid ten aanzien van aids op Cuba als een groot goed ervaart, het nationale aidsplan positiever waardeert

dan de HIV-seropositieven die gedwongen in een sanatorium moesten wonen en slechts een beperkte mate van bewegingsvrijheid buiten het sanatorium kennen. In mijn interviews met hen zijn twee reacties duidelijk naar voren gekomen. Allen onderschrijven de medische doelstelling van het sanatorium en zijn van mening dat de (para)medische staf strijdt voor het behoud van hun leven. Ze waren zich ervan bewust dat de geboden verzorging te danken was aan de socialistische principes van Cuba. Wat velen echter niet inzagen was de noodzaak tot isolatie ter voorkoming van besmetting van gezonde seksuele partners. Ze waren van mening dat degenen die weet hebben van hun HIV-seropositieve status in de meeste gevallen zelf de verantwoordelijkheid zouden kunnen dragen om anderen niet te besmetten. Vrouwen gaven echter toe, dat zeker niet alle mannen in dit opzicht te vertrouwen waren en dat het sanatoriale regime niet geheel ongegrond was. Sommige patiënten toonden zich intens verbitterd over het feit dat ze in isolatie moesten leven. Een gewezen internationalist, die in Angola voor het socialisme had gediend, vond het een onrecht dat hij na gebleken besmetting met het HIV naar het sanatorium moest. Hij had immers zijn verantwoordelijkheid getoond als trouwe socialist en waarom zou hij die verantwoordelijkheid niet kunnen dragen in zijn seksueel gedrag?

Verskillende patiënten drongen aan op een verbetering van het sanatoriale regime. Verbetering of *rectificación* is een gangbare politieke term, waarmee aangegeven wordt dat bepaalde officiële maatregelen, vooral op economisch gebied, door veranderde omstandigheden aangepast moeten worden. Dit principe zou nu gelden voor de isolatie van HIV-seropositieven. Deze strenge maatregel zou aanvankelijk noodzakelijk geweest zijn, maar zou in de gegeven omstandigheden versoepeld moeten worden. Met name voor degenen die getoond hadden verantwoording te kunnen dragen. De toepassing van het rectificatie-principe op het aidsplan door de patiënten sluit aan bij het dialectisch proces waar dr.Terry over sprak en schijnt derhalve ingegeven te zijn door de overheid zelf.

Naast de officiële beeldvorming, geleid door het bureau van dr.Terry en gesteund door de medische stand en de meerderheid van de Cubaanse bevolking is er een tweede officiële instantie, die zich met de voorlichting over aids bezighoudt en in het preventie-beleid andere opvattingen huldigt. In het nationale centrum voor seksuele opvoeding is het vooral de seksuologe Professor Monika Krause die zich verzet tegen dr.Terry's opvatting dat het gebruik van condooms op Cuba een 'verloren strijd' is.

Volgens Krause biedt juist het condoom de oplossing voor een aantal problemen op het gebied van seksualiteit waar de Cubaanse samenleving heden ten dage mee worstelt. Het condoom kan ongewenste zwangerschappen voorkomen en een einde maken aan het gebruik van abortus als voorbehoedsmiddel: dertig procent van alle abortussen in Cuba betreft vrouwen onder de twintig jaar. Voor de vrouw die geen kinderen meer wil, is het condoom ook een uitkomst. Vaak krijgen deze vrouwen echter het advies zich te laten steriliseren. Het condoom biedt bescherming tegen alle geslachtsziekten, ook aids. Het is de sleutel tot veilig vrijen. Het argument dat het condoom niet honderd procent bescherming biedt vindt Krause uiterst zwak: het gebruik van steriele handschoenen door artsen en verpleegkundigen bij medische ingrepen biedt evenmin honderd procent veiligheid, toch zal niemand het nalaten ze te gebruiken. De officiële opvatting dat het seksuele gedrag van Cubanen

niet veranderbaar is wordt volgens Krause door de cijfers weerlegd. In de eerste vijf maanden van 1988 steeg de verkoop van condooms met 38 procent en deze trend zet zich voort. Onderzoek heeft bovendien uitgewezen dat Cubaanse jongeren in de leeftijd van 15-18 jaar niet negatief stonden tegenover condoomgebruik, hoewel positieve antwoorden ten aanzien van condoomgebruik afnamen naarmate de leeftijd steeg.

Het is opvallend dat Krause een parallel trekt tussen abortus en sterilisatie enerzijds en de maatregelen van het nationale aidsplan anderzijds. Beide zijn radicale medische en sociale ingrepen in situaties waar meer persoonsgerichte oplossingen, zoals het gebruik van condooms, mogelijk zijn. Het feit dat vooral de jeugd ontvankelijk is voor condooms zou erop kunnen wijzen, dat de Cubaanse maatschappij aan het veranderen is en oude denkpatronen omtrent seksualiteit en *machismo* vervangen worden door ideeën van gelijkheid tussen man en vrouw, en van wederzijdse persoonlijke verantwoordelijkheid in het seksueel verkeer.

Buitenlandse kritiek

Vanaf medio 1987 verschenen in de Amerikaanse pers negatieve geluiden over het Cubaanse aidsplan. Het is geen toeval dat deze negatieve reacties naar buiten kwamen vlak nadat de WHO, waarin de VS een belangrijke plaats innemen, op 1 februari 1987 haar eigen *Global Program on AIDS* (GPA) lanceerde. Het GPA week sterk af van het Cubaanse aidsplan. In de strijd tegen HIV-ziekte stelt de WHO informatie en educatie voorop met het doel veranderingen in seksueel risicovol gedrag teweeg te brengen. Over het testen op antistoffen tegen het HIV zegt de WHO dat het uitsluitend mag gebeuren op basis van vrijwilligheid. Tenslotte wijst de WHO erop dat de aidspreventie een antagonisme teweeg brengt tussen het zelfbeschikkingsrecht van het individu en de plicht van de overheid de samenleving te beschermen. Toch wordt het wenselijk geacht de rechten van het individu te laten prevaleren boven die van de gemeenschap (Tarantola 1988). De Cubaanse benadering van de aidsproblematiek werd hiermee veroordeeld. De voormalig directeur van het GPA, Jonathan Mann, heeft menig maal gewezen op de discriminatoire aspecten van het Cubaanse aidsbeleid.

De kritiek uit de VS was niet eensluidend en lijkt in sterke mate bepaald door de politieke oriëntatie van de verschillende critici. Naar de VS uitgeweken Cubanen, waaronder ook artsen, benadrukken bijvoorbeeld dat het HIV op Cuba reeds in 1980 voorkwam. Een aantal Cubaanse immigranten die in dat jaar met de Mariël bootvlucht in Miami aankwam bleek namelijk HIV-seropositief te zijn. De uitgeweken Cubanen vinden het moeilijk te geloven dat de eerste aidsdode op Cuba pas in april 1986 werd genoteerd en het door dr. Terry opgegeven aantal HIV-seropositieven achten zij onwaarschijnlijk laag. Zij vermoeden dat het MINSAP om politieke redenen de statistieken vervalst. De Cubaanse regering schildert aids immers af als een ziekte die alleen het decadente Westen treft, een ziekte die aan socialistisch Cuba voorbij zal gaan. Een ander punt van kritiek betreft de testprocedure op antistoffen tegen het HIV. Er wordt getwijfeld aan de nauwkeurigheid van de test omdat ze uitgevoerd wordt met een Cubaans produkt dat wellicht niet aan de

internationale eisen voldoet. Het is mogelijk dat mensen ten onrechte als HIV-seropositief worden aangemerkt en op valse gronden onderworpen worden aan het sanatorium regime. In feite concluderen de uitgeweken Cubanen dat het Cubaanse aidsplan geheel past bij een land dat gebukt gaat onder een totalitair marxistisch-leninistisch regime (De Medina 1987; Radio 'Jose Marti' 1988; Betancourt 1988; Gordon & Paya-Reinaldo 1989).

Van geheel andere orde is de kritiek van Amerikaanse gay-activisten. Zij zien de isolatie van Cubaanse HIV-seropositieven als een variant op de anti-homo politiek van de jaren zestig, toen Cubaanse homoseksuelen 'ter heropvoeding' in speciale kampen werden geïnterneerd.⁹ Deze gay-activisten wijzen er bovendien op dat er in de VS ultra-rechtse politieke groeperingen zijn, zoals neo-nazi's en de Klu Klux Klan, die voorstanders zijn van isolatie van HIV-seropositieven. Linkse groeperingen in Amerika komen evenmin tot een veroordeling van het Cubaanse aidsbeleid. De gay-activisten concluderen dat rechts en links in Amerika kennelijk een issue hebben gevonden waarover zij het eens zijn: Castro's aidsbeleid mag (Goldstein 1989; Segrest & Zeskind 1989)!

Een volgende groep critici, die sterk gekant is tegen het marxisme, betoogt dat Castro's militaire betrokkenheid bij Angola zich tegen Cuba zal keren. Miljoenen werden geïnvesteerd om in Angola een marxistisch regime in het zadel te helpen, en een front op te werpen tegen het imperialisme. Naar Cuba terugkerende en met het dodelijke HIV-besmette soldaten zullen echter het socialistisch thuisfront met fysieke uitroeiing bedreigen. Aangezien de Cubaanse regering geen gezichtsverlies wil leiden maakt ze geen melding van Cubaanse soldaten in Angola als risico-groep voor aids. Soldaten en hun familieleden zullen niet ingelicht worden over het eventuele gevaar van besmetting. Amerika hoeft niets te doen om het Castro regime omver te werpen. Het Cubaanse socialisme graaft met haar bemoeienis in Afrika letterlijk haar eigen graf (Meyer 1987; Hempstone 1989).

Ook in het Amerikaanse medische circuit wordt gediscussieerd over het Cubaanse aidsplan. Meestal wordt erkend dat de stringente maatregelen van Cuba invloed hebben gehad op het lage aantal HIV-seropositieven in het land. Epidemiologisch gezien valt er dus weinig aan te merken op de Cubaanse aanpak van aids. Als liberale Amerikanen die de burgerrechten hoog in het vaandel houden, kunnen zij echter het Cubaanse aidsbeleid niet onderschrijven (Smith & Piomelli 1989; Bayer & Heulton 1989). Tenslotte wordt in alle genoemde reacties het Cubaanse aidsplan beoordeeld als zijnde in strijd met de mensenrechten, vooral vanwege de verplichte isolatie van HIV-seropositieven.

De officiële Cubaanse voorlichting noemde de VS als voornaamste brandhaard van aids. De beschuldiging van de Amerikanen, dat aids op Cuba veeleer het gevolg was van de aanwezigheid van Cubaanse soldaten in Afrika zou als reactie hierop gezien kunnen worden. Omgekeerd heeft Cuba in binnen- en buitenlandse pers haar aidsprogramma voortdurend tegenover de VS verdedigd door te wijzen op de gunstige resultaten op Cuba in tegenstelling tot de dramatische ontwikkeling van de aidsepidemie in de VS. Er is derhalve een directe relatie tussen de beeldvorming van aids op Cuba en in de VS. De psychologische oorlogvoering wordt duidelijk aan beide kanten gevoerd.

Conclusies

1. Aidsvoorlichting heeft in het nationale aidsplan van Cuba een andere functie en betekenis dan in het aidspreventie-plan van de WHO, dat in de meeste landen navolging heeft gevonden. De WHO ziet de aidsvoorlichting als de belangrijkste activiteit van de overheid in de strijd tegen de verspreiding van het HIV. In groot-scheepse voorlichtingscampagnes wordt de bevolking geïnformeerd hoe door persoonlijk gedrag de besmetting voorkomen kan worden. Het accent ligt op de individuele beslissing en verantwoordelijkheid. In het Cubaanse aidsplan wordt de HIV-verspreiding tegengegaan door sociaal-medische en technische ingrepen, waar het individu geen zeggenschap over heeft. De voorlichting heeft dan ook op de eerste plaats ten doel de maatregelen van de overheid te verklaren en de bevolking op te roepen zich hieraan te onderwerpen. Voorlichting in de betekenis van de weg te wijzen het persoonlijk gedrag te veranderen, zodat geen besmetting kan plaatsvinden, komt op de tweede plaats. Niet de keuze van het individu is bepalend in de strijd tegen aids, maar het medisch apparaat van de overheid. De waarschuwingen tegen de seksuele omgang met buitenlanders en aanbevelingen van condoomgebruik ziet de overheid als additionele middelen.

2. In de jaren zeventig kwam het begrip medicalisering in zwang als uitdrukking van de groeiende machtspositie van het medisch apparaat ten koste van de persoonlijke beleving van ziekte en dood. Illich wees in zijn boek *Medical nemesis* (1975) op de gevaren van de macht van de moderne medici, die als technocraten het leven van de burger gingen bepalen door gebruik te maken van onbegrepen systemen, waaraan de burger zich slaafs diende de onderwerpen (*expropriation of health*). Hierdoor zou een door de eeuwen heen gegroeide gezondheidscultuur, die de mensen in staat stelde persoonlijk en gezamenlijk om te gaan met ziekte en dood, verloren gaan. De socioloog Navarro (1976) wees er in zijn antwoord op Illich op, dat de echte slaven de armen waren, die geen toegang hebben tot de gezondheidszorg. Wel was hij het met Illich eens, dat de moderne geneeskunde ook verslavend werkte tegenover de rijken omdat haar eerste doelstelling winst maken was en niet het welzijn van de mens (*illness for profit*). Navarro was daarom van mening dat alleen een kapitalistische gezondheidszorg medicaliserend werkte.

Cuba verwijt de VS dat ze een medisch-technische aanpak van de aidsproblematiek hebben afgewezen op kapitalistische gronden. Alleen een socialistische gezondheidszorg die niet uit is op winst, kan de totale medische aanpak verwezenlijken. In een kapitalistisch systeem blijft niets anders over dan de bevolking aan te sporen aids zelf te voorkomen en worden alleen die patiënten geholpen, die de zorg kunnen betalen.

In de zienswijze van Illich zou het nationale aidsplan van Cuba echter eerder medicaliserend genoemd kunnen worden, dan dat van de VS of de WHO. Voor de Cubaanse overheid klinkt dit echter weinig overtuigend, zolang de VS er niet in slaagt de aidsepidemie onder controle te krijgen.

3. Ook het begrip mensenrechten wordt op Cuba wezenlijk anders geïnterpreteerd dan in de VS. Op Cuba geldt als mensenrecht dat iedere burger in gelijke mate aanspraak kan maken op de diensten van de gezondheidszorg (Baehr 1989; Platt & Mc Caughan 1990; Azicri 1989). Wanneer in Amerikaanse publikaties Cuba verwe-

ten wordt, dat het de mensenrechten schendt door het isoleren van HIV-seropositieven, antwoordt Cuba dat de Amerikanen de mensenrechten schenden door aidspatiënten aan hun lot over te laten en door geen afdoende maatregelen te nemen om de verspreiding van het HIV tegen te gaan. Hierbij doelt Cuba op de armoedige en onhygiënische leefomstandigheden van grote groepen van de Amerikaanse bevolking, gevolgd door druggebruik en prostitutie.

Ten aanzien van de gedwongen isolatie van HIV-seropositieven benadrukt Cuba het recht van de bevolking om tegen besmetting met het HIV beschermd te worden, en de plicht van de staat aan de besmette personen de beste medische voorzieningen te bieden. Blijft het probleem dat een kleine minderheid gedwongen wordt het goed van de gemeenschap te laten prevaleren boven eigen voorkeur. Het is het probleem van de verhouding tussen persoonlijke vrijheid en het goed van de gemeenschap.

4. Dr. Terry liet zich ontvallen dat het aidsproject nodig was omdat de mensen egoïstisch zijn. Hij bedoelde hiermee, dat ze hun seksuele gedragingen niet zonder meer zouden veranderen omwille van de ander.

Het socialisme als economisch systeem gaat in wezen ook uit van het egoïsme van het individu. Aangezien de mensen niet vrijwillig hun bezit delen met de armeren, is de socialistische staat gedwongen het privé-bezit af te nemen om een gelijke welvaart voor iedereen mogelijk te maken. De socialistische staat maakt derhalve de individuele vrijheid van de burgers ondergeschikt aan het welzijn van de gemeenschap. Ook in gezondheidsvraagstukken is de socialistische staat niet bereid risico's over te laten aan individuele keuzes, wanneer er andere middelen voor handen zijn om deze risico's te beperken. Dit verklaart de duurzame isolatie van gezonde HIV-seropositieven en dit verklaart ook waarom iedereen getest wordt. Wanneer er echter voldoende garanties zijn, dat het individu geen gevaar meer oplevert voor zijn omgeving, zal de staat niet langer isolatie eisen.

We kunnen ons tenslotte de vraag stellen of een socialistische gezondheidszorg dezelfde macht over haar onderdanen kan blijven uitoefenen, wanneer in economisch opzicht de socialistische principes worden afgezwakt of zelfs geheel worden verlaten. Ook wanneer dit niet het geval is, moet men zich afvragen in hoeverre de staat de rechten van het individu mag en kan beperken ter voorkoming van schade aan anderen. Met deze opmerking begeef ik me op het terrein van de politieke discussie. De medische antropologie kan hieraan een bijdrage leveren, niet door te oordelen over cultuur-bepaalde denkwijzen maar door deze te analyseren en met elkaar te vergelijken en zo bij te dragen aan de interculturele communicatie.

Noten

Lily Faas studeert culturele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam en is verpleegkundige. Haar doctoraal scriptie behandelt de culturele en politieke aspecten van het Cubaanse aidsbeleid.

1. Cijfers mondeling verstrekt door dr. Terry, 14 april 1990. HIV-seropositieve vrouwen worden tot de categorie 'heteroseksuelen' gerekend. De Cubaanse medici gaan er namelijk vanuit dat al deze vrouwen, ook de lesbiennes onder hen, via heteroseksueel geslachtsverkeer besmet zijn geraakt. Besmetting door intra-veneus druggebruik is immers op Cuba uitgesloten.

2. Voor een epidemiologisch overzicht van de HIV-problematiek op Cuba verwijs ik naar: Santana, S., L. Faas & K. Wald, HIV in Cuba: the public health response of a third world country. *International Journal of Health Services*, vol. 21 (in press).
3. Onderzoekperiode in het sanatorium *Los Cocos* te Havana, 12-13 en 15 februari 1990.
4. Bezoek aan het sanatorium te Sancti Spiritus (centraal Cuba), 23 maart 1990.
5. Werkperiode in het IPK te Havana in de functie van verpleegkundige met onderzoekstaak, 29 januari tot 14 april 1990.
6. Persoonlijke communicatie, gesprekken met dr. Terry, 21 januari tot 14 april 1990.
7. Persoonlijke communicatie, gesprekken met dr. Terry, 21 januari tot 14 april 1990.
8. Persoonlijke communicatie, gesprekken met 20 artsen die direct of indirect bij de aidsproblematiek op Cuba betrokken zijn, 21 januari tot 14 april 1990.
9. De zogenaamde militaire eenheden voor de verhoging van de productie (*unidades militares para el aumento de la producción*- UMAP).

Literatuur

- Azicri, M.
1989 *Cuba: politics, economics and society*. London: Pinter Publishers Limited.
- Baehr, P.R.
1989 *Mensenrechten*. Meppel/ Amsterdam: Boom.
- Bartlett, J.A.
1989 Therapie van HIV-infectie: wetenschap in ontwikkeling. *AIDS Review*. Weesp: Wellcome Foundation LTD, 3 (1): 1.
- Bayer, R. & C. Heaton
1989 Controlling AIDS in Cuba: the logic of quarantine. *The New England Journal of Medicine* 320: 1022-4.
- Betancourt, E.F.
1988 Cuba's callous war on AIDS. *The New York Times*, February 11th.
- Boogaard, H. van den
1982 *Homosexualiteit: ideologie en politiek, Cuba*. Amsterdam: SUA Uitgeverij.
- Castro, F.
1981 *Discurso al XXVIII aniversario del asalto al cuartel Moncada*. Las Tunas, 26 de julio. La Habana: Editora Política.
- Farinas Reinoso, A.T.
1987 *Conocer la incidencia de casos seropositivos al VIH, con el objetivo de interrumpir la cadena de transmisión del SIDA*. Informe. MINSAP. La Habana.
1989 *Nivel de información que sobre el Sida tiene un grupo de estudiantes de politécnicos de la salud de la ciudad de la Habana*. Informe, Enero. MINSAP. La Habana.
- Goldstein, R.
1989 AIDS arrest: the Cuban solution. *Village Voice*, pp. 18. New York, February 14th.
- Gordon, A. & Paya-Reinaldo
1989 Cuba's health record. *The Lancet* 2 (8654): 106, July 8th.
- Hempstone, S.
1989 Back to Cuba with AIDS. *The Washington Times*, 1st of March.
- Illich, I.
1975 *Medical nemesis: the expropriation of health*. London: Calder and Boyars.

- Medina, de et al.
 1987 Serological evidence for HIV-infection in Cuban immigrants in 1980. *The Lancet* 2 (8551): 166, July 18th.
- Meyer, C.
 1987 Castro's spoils of war: AIDS for millions. *The New York Post*, May 7th.
- MINSAP (Ministerio de Salud Publica)
 1989 *SIDA: programa de control en Cuba- cronologia/ AIDS: control program in Cuba- chronology*. Informe, Septiembre. La Habana.
 1990 *Programa de control del SIDA: informe resumen hasta el 16 de enero de 1990*. La Habana.
- Navarro, V.
 1972 Report on health services in Cuba: health, health services, and health planning in Cuba. V. Navarro (ed) *International Journal of Health Services*. Baywood Publishing Company, Inc. U.S.A., 2 (3): 397-432.
 1976 *Medicine under capitalism*. New York: Prodist.
 1983 Radicalism, marxism, and medicine. *International Journal of Health Services* 13 (2): 179-202.
- NCAB.
 1989 De stand. *AIDS Review*. Weesp: Wellcome Foundation LTD, 3 (1): 1.
- Platt, T. & E. Mc Caughan
 1990 Human rights in Cuba: politics and ideology. In: S. Halebsky & J.M. Kirk (eds) *Transformation and Struggle: Cuba Faces the 1990s*. London: Praeger, pp. 67-85.
- Radio 'Jose Marti'.
 1988 Cuba sin censura. *Radio-programma over aids op Cuba dat op 5 februari vanuit Miami naar Cuba werd uitgezonden*. Opgevangen door het MINSAP en op schrift gesteld. La Habana.
- Segrest, M. & L. Zeskind
 1989 *Quarantines and death: the far right's homophobic agenda*. Atlanta, Georgia: Center for Democratic Renewal.
- Smith, J.A. & S. Piomelli
 1989 The war on AIDS. *The New York Times*, 22nd of January.
- Tarantola, D.
 1988 Global strategy for the prevention and control of AIDS. In: A.F. Fleming et al. (eds) *The global impact of AIDS*. New York: Alan R. Liss, Inc., pp. 207-14.
- Wald, K.
 1989 AIDS: living in Los Cocos: Cuba's war against the killer virus epidemic. *Prisma World News Review*. La Habana: Prensa Latina, 7 (74): 51-2.
- Water, H.P.A. van de, C.C.N.C. Wichers & C.C.J.H. Bijleveld
 1990 Schatting van het aantal HIV-seropositieven in Nederland: implicaties voor het toekomstig verloop van de aidsepidemie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 134: 2482-6.
- Werner, D.
 1983 Health care in Cuba: a model service or a means of social control- or both? In: Morley et al. (eds) *Practising health for all*. Oxford: Oxford University Press, pp. 17-37.
- WHO.
 1990 *Update: AIDS cases reported to surveillance, forecasting and impact assessment unit (SFI), global programme on AIDS*. Geneva, 1st of June.
- Young, A.
 1981 *Gays under the Cuban revolution*. San Francisco: Grey Fox Press.