

Naar een betere dialoog

Onderzoekservaringen van gezondheidspersoneel in Bolivia

Mariska de Boer

Toegankelijkheid van zorg staat centraal in Bolivia, een land dat te kampen heeft met hoge moeder- en kindsterftecijfers. De laatste regeringen stelden beleid op waarin nadruk wordt gelegd op gender en interculturaliteit. Onderzoeken zijn uitgevoerd waarin dezelfde conclusies terugkeren: om de bevolking meer gebruik te laten maken van de gezondheidsdiensten in het land, moet de toegankelijkheid verhoogd worden door economische en sociaal-culturele barrières weg te nemen. Waar onderzoek tot doel heeft data te verzamelen over de bevolking met betrekking tot gezondheidszorg, strekken de conclusies van de rapporten zich uit tot aanbevelingen aan de gezondheidswerkers. Het ontbreekt hun echter vaak aan een patiëntgerichte houding waarin de nadruk gelegd wordt op interculturele communicatie en respect voor de andere (inheemse) cultuur. Het hieronder beschreven onderzoek was erop gericht het ziekenhuispersoneel in het onderzoek te betrekken om het luisteren, een belangrijk aspect in de kwaliteit van zorg, te bevorderen. Het eerste deel van dit artikel bespreekt de methodologische veranderingen toegepast in het onderzoek. Het tweede deel richt zich op de vorming van de zorgverleners door hun opleiding.

[gezondheidswerkers, participierend onderzoek, onderzoeksmethodiek, Bolivia, biomedische geneeskunde, traditionele geneeskunde, opleiding, interculturele communicatie]

Dit onderzoek, dat plaats vond in 2001, is onderdeel van een project uitgevoerd in Bolivia door de Boliviaanse NGO Taller de la Historia y Participación de la Mujer (TAHI-PAMU).¹ Zij werkt op het gebied van kwaliteit van zorg in de gezondheidszorg en richt zich op het recht van patiënten op een goede dienstverlening. Dit tweejarig pilot project^{2,3} concentreerde zich op de verbetering van seksuele en reproductieve gezondheidszorg vanuit een perspectief van gendergelijkheid. In dit project werd samengewerkt met gezondheidswerkers van een gezondheidscentrum in de stad El Alto en van het ziekenhuis in de gemeente Patacamaya.⁴ Het project had tot doel instrumenten te ontwikkelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Geïdentificeerde aspecten van kwaliteit van zorg waaraan aandacht besteed moest worden waren:

- de bevordering van rechten van de vrouwen en het respect voor de traditionele cultuur;
- de harmonisatie tussen de technische competenties aan de ene kant en de gevoeligheid voor het detecteren van impliciete behoeften van zorg gerelateerd aan het affectieve en het sociale aan de andere kant;
- het bereiken van een evenwicht tussen de evaluatie gebaseerd op de bezettingsgraad van de diensten en de tevredenheid over de kwalitatieve aspecten vereist door de bevolking;
- de bevordering van gelijkheid binnen de gezondheidsinstellingen en de democratisering van de diensten middels gemeenschapsparticipatie.

Middels nieuw ontworpen *historias clinicas* (anamneses) waarin de componenten van het project verwerkt waren, workshops, trainingen en observaties tijdens de consulten, werd getracht een integrale benadering van ziekte en gezondheid te bevorderen.

El Alto, de migrantenstad met zo'n 600.000 inwoners, waarvan de meerderheid tot de Aymara bevolking hoort, is gelegen boven La Paz (letterlijk), op 4000 meter hoogte. Patacamaya, waar het onderzoek is uitgevoerd, is een dorp op het platteland, op 108 kilometer afstand van La Paz, met ruim 20.000 inwoners, waarvan de grote meerderheid ook tot de Aymara bevolking hoort en tweetalig is: Aymara en Spaans. Meer dan de helft van de bevolking woont echter niet binnen het dorp, maar in gehuchten erbuiten. Men leeft er van de landbouw en de veeteelt, waarvan de producten op de lokale markten verkocht worden.

Het ziekenhuisje van Patacamaya met vijf bedden, behoort eigenlijk tot de eerste lijn. Er werken drie artsen, van wie er twee hun co-schappen lopen, twee hoofdverpleegkundigen, van wie één stage loopt, zes hulpverpleegkundigen en een tandarts. Hier worden de dagelijkse consulten gedaan, bevallingen (zonder complicaties), eerste hulp, ongelukken. Er komen gevallen binnen die behandeld zouden moeten worden in een ziekenhuis van de tweede lijn, maar omdat het dichtstbijzijnde grote ziekenhuis voor verwijzingen op een uur afstand ligt, worden deze in het ziekenhuisje van Patacamaya behandeld voor zover de omstandigheden dit toelaten.⁵

Bolivia kent een pluralistisch medisch systeem waarin onderscheid gemaakt wordt tussen het officiële biomedische (westerse) systeem en het traditionele. Hoewel deze laatste term op meerdere wijzen interpreteerbaar is (Kroeger & Barbira-Freedman 1992; Van der Geest 1997), zal ik met 'het traditionele' verwijzen naar het scala aan verschillende geneeswijzen die niet onder het officiële biomedische systeem vallen. Over het algemeen maakt de bevolking van Patacamaya gebruik van beide systemen. In een aantal gevallen wordt er onderscheid gemaakt wie men bezoekt. Gaat het om overduidelijke gevallen zoals wanneer de ziel 'verloren' is geraakt, wordt een *yatiri* (een specialist van het traditionele systeem) bezocht. In andere gevallen, zoals bij diarree, hangt het af van de interpretatie over de oorzaak die eraan gegeven wordt en afhankelijk daarvan wordt of een arts of een *yatiri* bezocht. Het kan voorkomen dat de behandeling(en) van een van de systemen geen baat heeft, waarop men het andere systeem 'probeert'.

Lang niet altijd is er vertrouwen van de (inheemse) bevolking in het biomedische systeem. Taalproblemen, paternalistische verhoudingen, het (niet erkende) bestaan van een traditioneel gezondheidssysteem en discriminatie leiden tot een slechte communicatie tussen gezondheidswerkers en patiënten.

Het onderzoek

Dit onderzoek heeft in de loop van het proces twee methodologische veranderingen ondergaan. Deze veranderingen waren niet gepland, maar zijn gaandeweg ingevoerd al naar gelang de noodzaak tot verandering. Met de methodologische veranderingen is tevens het oorspronkelijke doel van het onderzoek verlegd, omdat de data verkregen uit de interviews met de zorgverleners leidde tot een nieuwe focus waarin TAHIPAMU zich besloot te verdiepen.

In eerste instantie had het onderzoek tot doel de behoeften en verwachtingen ten aanzien van de kwaliteit van zorg in het ziekenhuisje te leren kennen, om zo vast te kunnen stellen of het project daarbij aansloot. Een kwalitatief onderzoek werd ontworpen dat uitgevoerd zou worden door een socioloog of antropoloog. Op het moment dat dit onderzoek zou beginnen, een jaar nadat het project was gestart, vond TAHIPAMU het belangrijk dat het gezondheidspersoneel erbij betrokken zou worden, omdat verwacht werd dat op die manier de resultaten door hen serieuzer genomen zouden worden. Bovendien zou het onderzoek op deze manier een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van bekwaamheden voor interpersonele communicatie van het gezondheidspersoneel, juist één van de hiaten die de kwaliteit van de zorg zou kunnen verbeteren. Hoewel het risico bestond dat dit gekleurde informatie zou opleveren, woog het aspect dat met deze methode het luisteren bevorderd zou worden zwaarder. Hiermee werd het doel van het onderzoek uitgebreid.

Het meeste patiëntgerichte onderzoek richt dat deel van de resultaten die te maken hebben met het sociaal-culturele aspect van de toegankelijkheid van zorg, omgezet in aanbevelingen, aan de gezondheidswerkers.⁶ Het risico bestaat echter dat de aanbevelingen niet uitgevoerd worden wegens gebrek aan motivatie. Terecht of onterecht, de kritiek die vaak impliciet in deze aanbevelingen verweven zit, kan tot wrevel leiden. Vaak wordt verwacht dat de gezondheidswerkers veranderen. De betrokkenheid maakt de kans groter dat de aanbevelingen die uit het onderzoek voortvloeien ook werkelijk tot uitvoering worden gebracht. Te vaak wordt dit over het hoofd gezien, terwijl zij, samen met de bevolking, toch de hoofdrolspelers zijn in de gezondheidszorg.

Het ziekenhuispersoneel als medeonderzoeker

Op deze manier werd in overleg met het personeel besloten dat zij de interviews met de bevolking zouden uitvoeren. Er werd overeenstemming bereikt over een semi-gestructureerde vragenlijst die door de begeleidsters van het onderzoek was voorbereid en er werd afgesproken om hen een kleine vergoeding te betalen voor de te houden inter-

views. Omdat er een (veronderstelde) kloof bestaat betreffende concepten over ziekte en gezondheid tussen de gezondheidswerkers en de bevolking, raadde TAHIPAMU aan diegenen te interviewen met wie een bepaalde mate van vertrouwen was (mannen, vrouwen of jongeren).

Hen werd gevraagd om geen interviews binnen de ziekenhuismuren te houden, zodat er sprake kon zijn van een bepaalde mate van neutraliteit, waarmee de psychologische beïnvloeding van het ziekenhuis vermeden kon worden. Het aantal interviews lieten we open. De vragen die tijdens het interview gesteld werden, betroffen persoonlijke ervaringen binnen de familie met betrekking tot ziektes, hoe die begrepen werden, de manieren waarop die genezen werden, door wie en wat indruk maakte. Ook werd gevraagd naar de eerste ervaring in een gezondheidscentrum met artsen en (hulp)verpleegkundigen, hoe ze zich voelden, wat als vervelend werd ervaren en of ze tevreden weggingen. Het ging daarin niet alleen om ervaringen met gezondheidswerkers behorend tot het biomedische systeem, maar ook om ervaringen met traditionele genezers, zoals *yatiris* of traditionele vroedvrouwen. Tevens werd er een aantal breed gerichte vragen gesteld, zoals over de keuzes die men had willen maken in het leven, waarom ze dat niet gedaan hadden en over toegeschreven rolpatronen.

De vragenlijst was opgesteld om inzicht te krijgen hoe de bevolking het biomedische en het traditionele systeem evalueert, naar wie zij toe gaan bij bepaalde klachten en wat hun wensen zijn. Een aantal vragen is zo breed mogelijk geformuleerd om de antwoorden niet te beïnvloeden. Er werd wel uitgegaan van de hypothese dat antwoorden gerelateerd zouden zijn aan seksuele en reproductieve gezondheid.⁷ Gender issues spelen hierbij een rol. Participatie van mannen bij het consult van hun vrouw werd hierom ook nagestreefd binnen het project.

Het ziekenhuispersoneel als geïnterviewden

Hoewel de groep zich bereid toonde om mensen uit hun omgeving te interviewen, kwam dit in eerste instantie niet van de grond. Hun aandacht werd deels opgeëist voor de veranderingen die het project met zich meebracht of voor de 'eisen' van het ministerie, zoals de vaccinatie campagnes. Ze beschikten over weinig tijd. Tijdens werktijd konden de interviews niet gedaan worden, en de enige dag die men vrij heeft brengt men door met de familie, die meestal buiten Patacamaya woont. Daar kwam bij dat niemand ooit geïnterviewd had, wat onzekerheid met zich meebracht om te starten. Er werd hen gevraagd iets te doen wat buiten de dagelijkse activiteiten viel.

TAHIPAMU besloot wederom een verandering in de methode aan te brengen na deze observatie. De begeleidster van het onderzoek zou eerst de gezondheidswerkers interviewen, ter motivatie en training, zodat ze meer vertrouwen zouden krijgen. Er werd gebruik gemaakt van dezelfde semi-gestructureerde vragenlijst met een aantal vragen daaraan toegevoegd over de verschillende opleidingen in de gezondheidszorg. Vaak worden de gezondheidswerkers en de bevolking haaks op elkaar gezet (zowel door henzelf als door onderzoekers of beleidsmakers) waarbij beide groepen gehomogeniseerd worden. Gezondheidswerkers worden geassocieerd met de bio-

medische benadering van ziekte, terwijl de (inheemse) bevolking de traditionele geneeswijze zou aanhangen. Deze splitsing wordt ook nog eens benadrukt door de focus op een interculturele benadering, uitgezet in de richtlijnen van het ministerie van gezondheidszorg (Ministerio de Salud y Previsión Social 1997, Ministerio de Salud y Deportes 2004a, 2004b) en de vele aanbevelingen door de NGO's. Maar staan gezondheidswerkers en bevolking werkelijk zo haaks op elkaar in hun concepten over ziekte en gezondheid en in hun behoeften en verwachtingen over kwaliteit van zorg? Gezondheidswerkers maken deel uit van de bevolking, dus wat is het wat hen "anders" maakt in de ogen van velen? Welke invloed oefent een opleiding in de gezondheidszorg uit?

Zo werd het ziekenhuispersoneel ook geïnterviewd op ervaringen met ziekte tijdens hun jeugd, hoe ze dit genazen, wie dit genas, maar ook werd hun motivatie voor de studie besproken, de impact van de opleiding op hun begrip over ziekte, de persoonlijke verwachtingen die ze hadden en wat ze daadwerkelijk aantreffen tijdens de opleiding, hun ervaringen in de praktijk tijdens of na hun studie, ervaringen met de bevolking die indruk maakten, welke meningsverschillen ze hebben met de bevolking over hun begrip van ziekte etc.

Deze tweede wijziging in onderzoeksmethode, het interviewen van de gezondheidswerkers, trok hen over de streep om zelf aan de slag te gaan. Hoewel ze nog wat onzeker waren bij het eerste interview dat ze afnamen, hadden ze zelf nu ervaren dat het leuk kan zijn om geïnterviewd te worden en dat het eigenlijk gewoon een vorm van gesprek betreft.

De beleving van de medeonderzoekers

Elf gezondheidswerkers (drie mannen en acht vrouwen), hebben 42 interviews gehouden, waarvan acht in het Aymara. 27 Interviews werden in Patacamaya zelf gehouden en 15 in de omliggende dorpjes. De leeftijd van de geïnterviewden varieerde tussen de 14 tot 87 jaar. De interviews die in het Aymara zijn gehouden werden door de hulpverpleegkundigen gedaan. Zeker op het platteland zijn er vrouwen die niet volledig het Spaans beheersen.

Sommigen interviewden burens, vrienden, een familielid, een schooldirecteur, teenagers op school. Niet iedereen hield zich aan 'de regels'; enkele interviews werden met patiënten in het ziekenhuis gehouden en er vond zelfs een interview plaats in de ambulance met een familielid van de zieke. Deze interviews werden met de begeleidster van het onderzoek uitgewerkt. Op een enkele na zijn alle interviews op tape opgenomen. De interviews werden getranscribeerd door de begeleidster van het onderzoek, waarna zij samen met de interviewer het interview doornam, om eventuele gaten op te vullen wanneer het gesprek niet goed verstaanbaar was, en hen aanbevelingen gaf voor volgende interviews wanneer er niet voldoende doorgevraagd werd en door de interviewer een simpel 'ja' of 'nee' als antwoord geaccepteerd werd. Het uitwerken van deze interviews met het gezondheidspersoneel gebeurde buiten werktijd, in de avonduren of in de weekenden, in de gemeenschapsruimte van het ziekenhuis.

Bij het uitwerken van de interviews van de gezondheidswerkers met de bevolking, uitten eerstgenoemden zich niet zozeer als gezondheidswerkers, maar als personen die gemotiveerd en enthousiast waren over de interview(s) die zij gedaan hadden. Ze vertelden over de herkenning met de ervaringen die ze hoorden en hoe herinneringen naar boven kwamen over hoe zij zelf vroeger problemen oplosten (of hun familie). Omdat ze zelf net geïnterviewd waren en hun verhaal kwijt konden, hadden ze tevens de waarde van het luisterend oor en open communicatie ervaren. Een ander verschil met 'de interviews in de spreekkamer' was dat ze geen diagnose hoefden te stellen of een oplossing aan te dragen. De beleving van de herinnering, de uitleg die ze aan hun ziektes en hun genezing gaven tijdens de interviews, bracht nog een voordeel met zich mee. Dagelijks horen ze en worden ze geconfronteerd met soortgelijke ervaringen van de patiënten in het ziekenhuis. Op deze manier kan de afstandelijkheid die vaak plaats vindt in de spreekkamer mogelijk overbrugd worden.

Omdat ze niet in de officiële rol van personeel stonden konden ze opener tegenover de geïnterviewde staan, zonder belerend te zijn, met respect voor de keuzes die deze had gemaakt. Want hoewel ze geacht worden geen heil te zien in het traditionele gezondheidssysteem, hebben zij net als de bevolking gebruik gemaakt van beide gezondheidssystemen. Dit zette aan tot een meer horizontale dialoog, wat waarneembaar was in de opgenomen interviews. Zo ontstond er meer ruimte voor een gelijkwaardige relatie. In haar onderzoek met huisartsen toont Bensing (1990: 188) aan dat zowel instrumenteel als affectief gedrag van belang is in het consult, waarbij in het laatste onderscheid wordt gemaakt tussen sociaal gedrag en empathie: "sociaal gedrag is alleen van belang voor het scheppen van een goede sfeer in het consult, en daarmee alleen voor de kwaliteit van de arts-patiënt relatie; empathie heeft daarnaast ook een belangrijke diagnostische en therapeutische functie in het consult." Ook taal speelde een rol bij het soepel verlopen van de interviews. Binnen de spreekkamer wordt er een jargon gehanteerd, dat in de informele setting van het interview niet aan de orde was.

De volgende citaten geven enkele van de ervaringen weer van de gezondheidswerkers:

(Wat betreft) de vier interviews die ik gedaan heb, in een van de gevallen heeft het me ontroerd en ik kan zeggen dat het haast gebeurd is zoals bij mij, het raakte mij op het moment dat ik het interview deed (...) Het is een mooie ervaring die ik erbij gekregen heb en ook heb ik gezien dat, door naar een persoon te luisteren die persoon zich opgelucht voelt, ze storten hun hart bij je uit, vertrouwen in je (verpleegkundige).

Ik interviewde voor het eerst. Het was een mooie ervaring. De twee interviews gingen niet goed want de taperecorder nam niet goed op. Het was niet goed te horen. Maar de laatste drie interviews heb ik niet opgenomen maar opgeschreven en dat ging wel goed. Ik heb mijn huisbazin geïnterviewd. Zij is heel vertrouwd, een goed persoon dus ze beantwoordde alle vragen die ik haar stelde (hulpverpleegkundige).⁸

Focusgroepdiscussies

Er zijn twee focusgroepdiscussies gehouden na het uitwerken en analyseren van de interviews door de NGO om de thema's te bespreken die naar voren kwamen in de interviews. Zowel ervaringen over het geïnterviewd worden als het houden van de interviews werden gedeeld, en op beide avonden werd een thema besproken. De eerste avond was dat het effect van de opleiding in de gezondheidszorg op het uitoefenen van hun beroep in de praktijk. De tweede avond werden ervaringen besproken met de traditionele geneeswijze. Deze twee thema's bleken zo'n belangrijke bron van informatie dat we ons hierin wilden verdiepen. Uiteindelijk zijn deze onderwerpen de basis van de hierover verschenen publicatie geworden.⁹

In de groepsdiscussies werden er taboes gebroken, al was het na enige aarzeling, zoals het bespreken van de eigen ervaringen met het traditionele gezondheidssysteem of de opleiding. Aarzelend kwamen er steeds meer verhalen, ondanks de aanwezigheid van collega's, al dan niet verteld als een grapje, over de dingen die hun overkomen waren. Moeilijkere momenten waren die waarin het personeel met de bevolking vergeleken werd. Door de NGO waren er verschillende citaten uitgekozen, alle anoniem, over ervaringen met traditionele geneeswijzen. We vroegen aan de gezondheidswerkers aan te duiden welke citaten van de bevolking kwamen en welke van hen als team. Meerdere malen bleken ze niet in staat te zijn dit onderscheid te maken. Ideeën over ziekte en gezondheid of taalgebruik weken niet zo veel af van die van de bevolking. Tevens werd voor elkaar duidelijk dat velen positieve ervaringen hadden met de traditionele geneeskunst. Dit kwam naar voren in de interviews die met hen werden gehouden. Dit openlijk erkennen was echter een hele stap. Om dit in een vertrouwelijk interview te vertellen aan een buitenlandse onderzoekster is één ding, om dit met de collega's te delen ligt gevoeliger. Er bestaat immers een (impliciete) censuur op erkennen van de werkzaamheid van het traditionele systeem.

Ook hebben we een aantal uitspraken in kolommen naast elkaar gezet over de opleiding en reflecties over wat de opleiding met je doet als persoon en hoe dit je houding tegenover de patiënt beïnvloedt. Het expliciet maken van dit weinig besproken onderwerp stelde ons in staat de thema's uit te diepen. Zo stonden in de eerste kolom uitspraken over de motivatie (willen helpen), in de tweede kolom het contrast (het tegendeel van hun verwachtingen) en in de derde de huidige beleving van hun beroep. Drie corresponderende uitspraken waren bijvoorbeeld: "Ik heb altijd willen dienen op een bepaalde manier, mijn steentje bijdragen om je naaste te kunnen helpen"; "Ik dacht dat een arts een humaan persoon was, erg gevoelig"; "Hoe verder men is als arts, hoe harder de mens". Dit soort citaten lieten aan de gezondheidswerkers hun opvattingen en gevoelens zien in de loop van de tijd en hoe de opleiding hierin een bepalende rol heeft gespeeld.

Wat ter motivatie diende, namelijk het interviewen van de gezondheidswerkers zelf, werd uiteindelijk een bron van onverwachte informatie en gaf nieuwe inzichten in de complexe situatie waarin de gezondheidswerkers zich bevinden. Deze verandering van strategie creëerde begrip naar de gezondheidswerkers toe, en zij zelf konden het belang en nut ervaren van gehoord te worden.

Dit bracht met zich mee dat het doel van het onderzoek ook veranderd werd: het onderzoek naar de wensen en behoeften van de bevolking kwam meer op de achtergrond en de focus van het onderzoek verschoof naar de gezondheidswerkers zelf. De door TAHIPAMU veronderstelde wensen en behoeften van de bevolking, zoals het recht van de patiënt op gelijkheid, informatie, privacy en respect voor andere culturele waarden etc, bleek bij interviews nauwelijks te verschillen met de wensen en behoeften van de gezondheidswerkers. Vooral door terug te gaan naar herinneringen en ervaringen uit hun jeugd werd dit duidelijk. Door thema's als de opleiding en de traditionele geneeswijze te bespreken werd gereflecteerd over hun eigen behoeften.

Mijn vader heeft geleden in het ziekenhuis. Ze gaven hem geen po, hij plaste in bed. Die vrouwen verpleegden hem niet. (...) Ik wilde studeren en zou mijn vader genezen, en mijn moeder. Kijkend naar mijn vader, mank, met zijn slechte oog, klagend over de pijn (verpleegkundige).

Ook bespraken we of het mogelijk was om een dialoog in de spreekkamer te hebben.

Ik herinner me dat (...) opeens werd ze meer open, ze begon me te vertellen over haar privéleven, over seksuele relaties, ze vertelde me dat ze twee kinderen heeft en dat haar man in het binnenland werkt en dat hij veel kinderen had, en wát kon ze doen (...) en veel dingen meer. Ze begon zelfs te huilen en toen besepte ik de belangstelling die iedere arts moet hebben voor zijn patiënt. Het klopt dat wanneer je een beetje belangstelling toont dat ze je alles vertellen zonder dat je moet blijven vragen "en wat gebeurde er daarna? (arts in groepsdiscussie).

Onderzoeksomstandigheden

De algemene verwachting was dat na een onderzoek of evaluatie er veranderingen zouden worden gebracht in de houding van de gezondheidswerkers, terwijl zij zelf mogelijk hele andere noties hadden over wat kwaliteit van zorg inhoudt. Hier werd echter niet naar gekeken. Een van de veronderstellingen was bijvoorbeeld dat men respect heeft voor de traditionele geneeswijzen, zoals beschreven in verschillende documenten van het ministerie van gezondheidszorg.¹⁰ In een land met zo'n grote economische en sociaal-culturele ongelijkheid, waarin de medische opleiding de heersende structuur bevestigt, is dit respect niet vanzelfsprekend. Daarom was het belangrijk om aandacht te besteden aan het onderwijssysteem en aan diegenen die de veranderingen in gezondheidszorgcentra moeten uitvoeren: de gezondheidswerkers.

TAHIPAMU heeft met de toegepaste methode in het onderzoek een poging gedaan bij te dragen aan een attitudeverandering. Een verandering die niet middels aanbevelingen in rapporten of van bovenaf opgelegd kan worden.

De methodologische veranderingen waren alleen mogelijk doordat de financierende NGO, Population Concern, zich naar TAHIPAMU flexibel heeft opgesteld. Zij keurde niet alleen de methodologische veranderingen goed, maar gaf de ruimte en verschoof de deadlines. Zij stelde zelfs extra geld beschikbaar, omdat het onderzoek en

het schrijven van de publicatie langer duurde dan verwacht. Dit laatste werd niet alleen veroorzaakt door de methodologische veranderingen maar ook door de politieke instabiliteit in de gezondheidszorg. Er waren wisselingen van gezondheidspersoneel, districtdirecteuren en van de ziekenhuisdirecteur.

Benadrukt moet worden dat dit onderzoek onderdeel was van een tweejarig project. Hierdoor was al een vertrouwensrelatie opgebouwd. De gezondheidswerkers voelden zich vertrouwd met het NGO team. Dat dit zijn vruchten afwierp bleek duidelijk uit de openheid van de gezondheidswerkers tijdens de zeer persoonlijke interviews met hen.

Onderzoeksresultaten

Zoals beschreven veranderde het doel van het onderzoek, en de focus kwam te liggen bij de gezondheidswerkers. Twee belangrijke thema's die uit het onderzoek voortkwamen en invloed hebben op de kwaliteit van zorg betreffen zowel de invloed van de opleiding op de uitvoering van het toekomstige beroep, als de concepten van de traditionele geneeskunde bij de gezondheidswerkers.

Hoewel de definitie van de WHO gezondheid beschrijft als "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (Constitution WHO 1948), wordt aan het biopsychosociaal model in de praktijk niet altijd aandacht besteed. Dit impliceert omgaan met subjectiviteit en is in de ogen van velen dus niet wetenschappelijk. Muñoz (2002), verbonden aan de medische faculteit van de Universidad Mayor de San Simón te Cochabamba pleit voor een verandering van het curriculum omdat "(...) the education of professionals in the medical faculties is focused purely on a biological basis that does not respond to the Bolivian realities". Ook Losada en De Angulo (2001: 21, 23) pleiten voor verandering in het curriculum en staan een integrale opleiding voor die naast technische kennis ook bekwaamheden ontwikkelt zoals kritische reflectie, effectieve humane communicatie, respect voor verschillen en focus op de sociaal-culturele context. Het huidige verticale onderwijssysteem gericht op het overbrengen van technische kennis en op het uit het hoofd leren van kennis op basis waarvan de tentamens worden afgelegd, leidt niet per definitie goede gezondheidswerkers op. Studenten worden niet gestimuleerd om kritisch te reflecteren, om te zoeken naar andere oplossingen of andere benaderingen voor genezing te respecteren die buiten de biomedische benadering vallen. Hoewel zij persoonlijk of binnen de familie positieve kanten hebben ervaren van de traditionele geneeskunde, is dit een aspect van hun identiteit die zij achter zich moeten laten zodra zij hun opleiding in de officiële geneeskunde aanvatten. Vanaf dat moment treedt er (zelf)censuur op.

Een interculturele communicatie zonder vooroordelen is alleen mogelijk op grond van wederzijds respect. Dit moet mogelijk zijn ongeacht de visie van de gezondheidswerkers over de traditionele geneeskunde. Dit is van belang om het vertrouwen van de patiënt te winnen, zodat deze volledige informatie kan ontvangen en een geïnformeerde keuze kan maken. Dit impliceert tevens de verantwoordelijkheid delen met de patiënt voor de genezing.

Het team van Patacamaya heeft haar ervaringen met de opleiding tijdens de interviews en groepsessies gedeeld. Daaruit bleek dat het onderwijsmodel zowel op de medische faculteit als bij de opleiding voor (hulp)verpleegkundigen erg traditioneel en verticaal was. Zij vergeleken hun opleiding met die van militairen: autoritair en hiërarchisch. Er bestond geen respect voor de studenten die geacht werden te doen wat hun opgedragen werd, vooral tijdens het lopen van co-schappen of stages. Maar ook eerder tijdens de opleiding werd de motivatie en het kritisch denken niet bevorderd. De nadruk werd gelegd op het overdragen van kennis waarbij de autoriteit van de leraar zich deed gelden: “Nooit zal ik vergeten dat een docente mij een woord duizendmaal liet herhalen (...) één woordje, dat ik aan elkaar had geschreven en met een spelfout, nooit meer zal ik het woord vergeten (...), niemand mocht haar. Het is één ding om een docente te respecteren; het is iets anders om bang voor haar te zijn.” Een arts vertelde: “Ik heb het meest geleerd van de persoon die me goed heeft behandeld”. Waar docenten rolmodellen horen te zijn, zagen de studenten hen, hun toekomstige collega’s, patiënten behandelen als objecten. Rance schrijft hierover: “De nationale context wordt gekenmerkt door hoge armoedecijfers en een duidelijke sociale stratificatie. De ongelijkheden van gender, etniciteit en klasse reproduceren zich dagelijks in de gezondheidscentra. De arts-docenten participeren in de transmissie van discriminerende waarden in hun interactie met gebruikers van de diensten” (1998: 85, vertaling MdB).

De Vecchio Good et al. (2002: 599) hebben een onderzoek uitgevoerd onder studenten op Harvard Medical School over de medische opleiding en de socialisatie van medicijnstudenten en bespreken hoe studenten en artsen in opleiding “learn to see, present and write up patient cases (...) Students come to embody the medical gaze as they learn to see what is relevant data and to speak the language of medicine”. Vervolgens geven zij aan dat

Narrative forms of the culture of medicine are ingrained; they have historical depth and substance and make for continuity of professionalism despite changes in practice environments. They are reinforced by the modeling that occurs through the hierarchy of medicine, through interactions between students and interns, interns and residents, and residents and attendings. What is important in medicine is learned through daily interactions with peers and with the hierarchy, and students are rewarded as they come to behave as competent, reliable, and responsible clinicians who have learned appropriate professional behavior. How does this professional socialization affect physician behavior so as to have an impact on the treatments offered to patients of different social groups? First, the culture of medicine emphasizes the dismantling of patient life narratives and the reconstitution of patient concerns and experiences of illness and associated social context into medically meaningful narratives that allow physicians to determine a diagnosis and formulate plans for therapeutic actions and procedures (599-600).

Bovenstaand citaat laat zien dat de *medical gaze* verhindert de patiënt te zien. Er wordt niet naar hem geluisterd en, zoals genoemde auteurs aangeven, kan dit leiden tot een verkeerde diagnose, zeker wanneer het een patiënt betreft die tot een andere cultuur behoort. Terwijl het vorige citaat de hiërarchie aangeeft waarin het model wordt gereproduceerd, illustreert het volgende hoe in die hiërarchie benadrukt wordt dat men

onderaan geen rechten heeft. Uiteraard komt dat ook tot uiting in de behandeling van zorggebruikers.

Ik herinner me uit het eerste jaar dat dokter X tijdens ons eerste college pediatrie zei: *El residente* is de staart van de hond en *el interno* is niet eens de schaduw van de staart van de hond. Dat zei hij, oftewel, je had nergens recht op (arts tijdens de groepsdiscussie).

Hoewel er kritiek werd geuit op het onderwijsmodel, brachten sommigen naar voren dat er ook iets goeds in die strenge aanpak zat, dat het hun heeft geleerd om verantwoordelijker te zijn.

Als men aan de menselijke aspecten geen aandacht besteedt, zal met name in de Primary Health Care de geneeskunde weinig effect hebben. In de alternatieve geneeswijzen wordt, meer dan in de biomedische zorg, uitgegaan van het zelfhelend vermogen van patiënten. Het is daarom niet alleen belangrijk dat de patiënt inzicht heeft in de ziekteoorzaak en dit kan delen met de arts, maar de patiënt moet het ook met hem over oorzaak en behandeling eens zijn. Als deze vertrouwen heeft in het voorgeschreven medicijn, zal dit meer effect hebben.

Het voorgaande illustreert het belang van een arts-patiënt relatie gebaseerd op vertrouwen. Zowel in de westerse wereld als in Bolivia lijken dit soort relaties meer mogelijk te zijn met genezers die tot de Complementary and Alternative Medicine (CAM) behoren. Reilly (2002: 408-409) merkt hier over op:

What perspectives and universal human qualities are these medicinal approaches expressing? What we may find may be overlooked because it is so simple – like human kindness and respect. Establishing empathy, for example, seems a prerequisite to empowerment, and CAM-influenced encounters (measured before any resultant medicine is dispensed) currently seem better at this than an orthodox structure alone allows for (...). So proposing that everyone study CAM (useful as it might be) seems like an avoidance of the real challenge – to confront the dehumanization of medicine.

Het team in Patacamaya bestond uit door een groep hoofdzakelijk jonge mensen die als voornaamste motivatie het helpen van anderen voor ogen had. Zij voelden zich betrokken bij de gemeenschap waar ze werkten, echter, zoals sommigen in de interviews aangaven, zij voelden zich niet altijd voorbereid op het werk in de praktijk omdat aan het humane aspect, de interactie met patiënten, weinig aandacht werd besteed en realiseren zich dat ze mede gevormd zijn door de opleiding:

(...) we zoeken in de ander dat ze ons orders geven, bevelen geven, dat ze het ons zeggen, het eigen initiatief komt niet uit ons voort omdat het initiatief ons afgenomen is tijdens onze opleiding. Ze hebben ons verminkt in dit opzicht (...) je hebt al je vrijheid, met je vrijheid kan je wonderen doen maar omdat ze je verminkt hebben blijf je de rest van je leven gehoorzamen aan de ander, zoekend naar iemand die je zegt hoe je het moet doen. Waarom? Om ons niet te vergissen, want met andere woorden hebben ze je gezegd: "Je doet het niet goed" (arts).

(...) misschien zijn de meeste artsen, mezelf inbegrepen, heel koud naar de patiënten toe. Dit begint vanaf het moment dat we gaan studeren, sinds het moment dat ik werd toege-

laten op de faculteit. (...) De docenten behandelen ons niet goed, dat is de waarheid. Misschien, doordat je jaren zo behandeld bent, word je zelf ook een beetje harder, sterker, of je het wilt of niet, je wordt harder met mensen (interview met arts).

Veranderingen zijn vaak moeilijk te implementeren en zeker waar het menselijke emoties betreft. Het brengt een bepaalde onzekerheid met zich mee:

... (T)he classic clinical method tells the clinicians precisely what they have to do to get the required results, and provides precise criteria for validation. New developments in biomedical knowledge are generally presented with clear decision rules for the GP. The General Practitioner himself is never at stake: knowledge changes; the GP himself does not have to change, he only needs to use the new knowledge. And that is much easier than realizing that it is he *himself* who has to change (as is always necessary when working with the biopsychosocial model), and realizing such a thing is still much easier than actually changing yourself; for working on the principles of the biopsychosocial model not only provides the physician with another view of the patient, his every day life, and his health problems from the classic biomedical model; it also provides him with another view of the dynamics of the doctor-patient relationship and thus it reaches to the core. This is probably the most important factor in the observed resistance-to-change. In the end, changing doctors is more important, as well as more difficult than changing the body of knowledge in medicine. In that light, it is encouraging to notice that several studies have shown that interviewing can be taught... (Bensing 1991: 6-7).

De relatie objectiviteit-subjectiviteit wordt onder spanning gezet, als er een andere relatie met de patiënt wordt aangegaan die afstapt van de gebruikelijke afstand die er bestaat binnen deze relatie. Als een arts zich openstelt voor het verhaal van de patiënt en de gebruikelijke grens overschrijdt, wordt er afstand gedaan van de zogeheten wetenschappelijke objectiviteit, en dit brengt een mate van onzekerheid met zich mee. Hij/zij moet dan een ander soort dialoog met zichzelf aangaan. Kunnen gezondheidswerkers zonder deze capaciteit dan een dialoog aangaan met hun patiënten? Patiënten evalueren hun bezoek aan het ziekenhuis, niet alleen op technische kwaliteiten, maar ook op of er naar ze geluisterd wordt of ze zich begrepen voelen. Vaak brengt een bezoek aan de dokter spanning met zich mee, 'als het maar niet iets serieus is', 'als het maar geen pijn doet'. Zeker in een complexe samenleving als in Bolivia waar een groot deel van de bevolking weinig vertrouwen heeft in het biomedische systeem, waar er op meerdere manieren een andere taal wordt gesproken, en waar sommige vrouwen niet door een man onderzocht willen worden, wordt een bezoek aan het gezondheidscentrum extra beladen.

Hoewel Bolivia erkent dat het een multiculturele samenleving heeft, en men pleit voor een gezondheidszorgsysteem met een focus op gender en interculturaliteit, wordt in de praktijk de hegemonische, officiële westerse biomedische cultuur opgelegd. Dit heeft zijn wortels in de opleiding. Hoewel er op deze manier macht opgelegd wordt, faalt het in de praktijk. Zolang de bevolking niet het officiële systeem en zijn doeltreffendheid erkent wordt het niet gedragen door culturele autoriteit (Starr in Joralemon 1999: 64). Daarentegen als de zorgverleners het bestaan van het traditionele zorgsysteem

teem zouden erkennen zodat het meer bespreekbaar kan worden met de patiënten, kunnen de voor- en nadelen worden afgewogen in de keuze voor een bepaalde behandelmethode. Door het bespreekbaar te maken, door te luisteren, door informatie te geven, kunnen patiënten hun recht uitoefenen op het maken van een geïnformeerde keuze en worden zij in hun waarde gelaten. Het kan een voordeel zijn dat alle gezondheidswerkers ervaringen hebben gehad met de traditionele zorg. Een verpleegkundige vertelde:

“(…) Ja, mijn grootouders zijn Aymaras (…), mijn grootmoeder is Aymara, ze hebben hun gewoontes, ik herinner me dat ik een keer ziek was, diarree had, toen ik klein was, tussen dromen door herinner ik me dat ze me wasten met *chuño*-water (*chuño* is een soort aardappel), *chuño*-water met urine, en inderdaad, het had effect, misschien vanwege het water waarmee ze me wasten. Ik denk dat, nu ik kennis heb over de wetenschappelijke geneeskunde, dat het dat was, dat wanneer een persoon koorts heeft, je de kleren moet uittrekken en als je ze met water begieten het de koorts weghaalt, niet zozeer het water zelf, wat ze toen deden. En toen ik een keer ziek werd, riepen ze de beroemde *Ajayu* aan (…), wanneer je valt of je schrikt, dat hebben ze verschillende keren gedaan.

De gezondheidswerkers zouden van die ervaringen gebruik kunnen maken in hun uitleg naar de patiënten. Zij zijn bijna allen opgegroeid met dubbele verklaring modellen. Juist als personen die kennis hebben van beide verklaring modellen (Kleinman 1980), zouden ze in staat zijn om de zorggebruikers te benaderen op een manier die aansluit en die de communicatie bevordert. Hier zou meer onderzoek naar gedaan kunnen worden. Zowel voor de patiënt als de gezondheidswerkers is het van belang de mens te zien achter de ziekte, en de zingeving en verklaring die men geeft aan de ziekte, zodat er een integrale benadering mogelijk is. Niet alleen de ‘disease’ is van belang, ook de ‘illness’ (Kleinman 1988).

Conclusie

Het doel van het onderzoek was inzicht te krijgen in de behoeften en wensen van de bevolking ten aanzien van de zorg. In eerste instantie zou een antropoloog of socioloog dit onderzoek uitvoeren. Om het luisteren te bevorderen werd in overleg met de zorgverleners besloten dat zij interviews zouden gaan houden met de bevolking (eerste methodologische verandering). Om hen zover te krijgen was een tweede verandering van methodologie nodig: het interviewen van de gezondheidswerkers als training, ter motivatie. Uiteindelijk raakten de interviews die de gezondheidswerkers met de bevolking hebben gehouden op de achtergrond. Het materiaal dat de interviews met de zorgverleners voortbracht maakt het mogelijk te reflecteren over de rol van gezondheidswerkers en de kwaliteit van zorg.

De focus van het onderzoek is op deze wijze verschoven naar het gezondheidspersoneel, maar met behoud van het achterliggende doel van het project: het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Door zich te verdiepen in thema's als opleiding en eigen ervaringen met het traditionele gezondheidssysteem werd bij de gezondheidswerkers

bewustwording gecreëerd met betrekking tot hun eigen rol in het systeem. Een van de hulpverpleegkundigen reflecteerde tijdens de groepsdiscussie:

We begonnen te praten, ik luister, ik zwijg, ze vertelt en vertelt en zegt: 'Ik nodig je uit in Arica', ze heeft me haar naam gegeven, haar adres (...). Ik geloof dat er vertrouwen is, ik geloof dat we al veranderd zijn, ik geloof dat we allen veranderd zijn, ik geloof niet dat het zo is van "Mevrouw, wat scheelt eraan?" En: "Ga nou maar". Dat niet, het is niet meer zo, we praten met de vrouwen, daarom duurt het ook langer, dus ik geloof dat we het model aan het veranderen zijn (hulpverpleegkundige).

Dit citaat geeft een belangrijk punt aan: vertrouwen. Wederzijds respect, acceptatie, gelijkheid waarden die ten grondslag liggen aan kwaliteit van zorg.

De onderzoeksmethode op zich, het luisteren naar en het gehoord worden, heeft bijgedragen aan het doel van het project: het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De ervaring van het ziekenhuispersoneel als medeonderzoeker is van groot belang geweest. De combinatie van deze ervaring met die van de interviews met henzelf heeft bijgedragen aan bewustwording over de relatie zorgverlener-patiënt en over de relatie met zichzelf.

De resultaten van dit onderzoek zijn moeilijk te meten; het onderzoek liep in juli 2001 af en het project werd in november 2001 afgerond. Tijdens het project zijn er drie enquêtes en observaties in het ziekenhuis geweest over de verleende diensten, aan het begin, halverwege en aan het einde van het project. Bij de indicatoren werd er onderscheid gemaakt tussen de verschillende functies (receptionist, verpleegkundige en arts). Een aantal kwaliteitsindicatoren waren de volgende: er wordt nauwkeurig geluisterd naar de patiënten; er wordt in begrijpelijke taal gesproken; de patiënten bevestigen dat ze duidelijke uitleg hebben ontvangen van de artsen over hun probleem; de patiënten hadden graag nog een vraag willen stellen/hadden nog twijfels. Een indicator die met privacy, communicatie en informatie verbonden is, is de onderbreking van een consult. Bij deze indicatoren werd, in sommige gevallen aanzienlijke, vooruitgang geconstateerd.¹¹

Onderzoek heeft niet alleen tot doel het verzamelen van meer data. Het genereren van kennis dat tot inzicht leidt in de problematiek van een situatie, in dit geval bereikt door onder meer het doorvoelen van een ervaring, leidt tot een meer adequaat kunnen omgaan met de situatie. Zoals de Koning en Martin (1996: 3) aangeven: "(...) participation should genuinely be empowering and not just a situation where local people work with a researcher for the latter's convenience". Participatief onderzoek, zo blijkt uit dit verslag, kan leiden tot effectieve verandering.

Noten

Mariska de Boer studeerde culturele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam en heeft de afgelopen drie jaar in Bolivia gewerkt op het gebied van kwaliteit van zorg, waar zij met name onderzoek heeft gedaan naar seksuele en reproductieve gezondheid, met speciale aandacht voor interculturaliteit.

Met dank aan de medeonderzoekers: de gezondheidswerkers van het ziekenhuis in Patacamaya en aan Willianne Krijnen en Ineke Dibbits voor hun waardevol commentaar op deze tekst. (e-mail: mariskadeboer@wanadoo.nl)

- 1 De rol in het onderzoek van de auteur van het artikel was in eerste instantie die van onderzoeker, na de eerste methodologische verandering begeleider en na een tweede methodologische verandering die van medeonderzoeker, met medeverantwoordelijkheid voor eindrapport en publicatie.
- 2 Getiteld: "Promoción de la salud sexual y reproductiva en la Zona Sur de El Alto y el Municipio de Patacamaya: desafíos para lograr la equidad."
- 3 Gefinancierd door Population Concern, middels fondsen van DFID, de Europese Gemeenschap en de Bill and Melinda Gates Foundation.
- 4 De term gezondheidswerker, die afwisselend zal worden gebruikt met ziekenhuispersoneel of zorgverleners, verwijst naar het team van artsen, verpleegkundigen en hulpverpleegkundigen die deelnamen aan het onderzoek.
- 5 Begin 2003 is het nieuwe ziekenhuis geopend in Patacamaya, met twaalf bedden en een operatiezaal, gefinancierd door AECI, de Spaanse ontwikkelingsamenwerking.
- 6 In Bolivia wordt getracht om de bestaande economische en sociaal culturele barrières weg te nemen om de toegankelijkheid van zorg te vergroten. In 1997 is de Seguro Basico de Salud ingevoerd, een publieke verzekering dat moeders en kinderen tot vier jaar in staat stelt gratis zorg te verkrijgen (inmiddels veranderd in SUMI: Salud Universal Materno Infantil, sinds 2003). Hoewel er een verbetering in de cijfers in het gebruik van het biomedische systeem was, waren deze met name op het platteland teleurstellend. Hieruit blijkt dat economische factoren toch niet zo'n grote rol spelen als werd gedacht. Om de sociaal culturele barrières te overwinnen worden aspecten van kwaliteit van zorg en procedures geïntegreerd in het protocol zodat de kloof tussen de traditionele en de biomedische geneeskunde minder wordt. Deze procedures betreffen onder meer respect voor de (inheemse) cultuur, wat direct in verband staat met de houding van de gezondheidswerkers.
- 7 Bij enquêtes die gehouden werden bij de start van het project bleek dat een groot deel van de patiënten naar het gezondheidscentrum gaan wegens problemen gerelateerd aan seksuele en reproductieve gezondheidszorg.
- 8 Vertaling uit het Spaans van de verschillende citaten van de gezondheidswerkers in de tekst door Mariska de Boer.
- 9 In het Spaans is het onderzoek gepubliceerd onder de titel: *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud* (Dibbits & De Boer 2003).
- 10 In het beleid wordt nadruk gelegd op gender en interculturaliteit. In de bevolkingstelling van 2001 definieerde 62% van de bevolking zichzelf als inheems.
- 11 Hier volgen een aantal cijfers, in respectievelijke volgorde voor artsen en verpleegkundigen (als relevant). De cijfers komen voort uit de enquêtes van augustus 2000, mei 2001 en november 2001. Er wordt nauwkeurig geluisterd naar de patiënten: 66%, 80%, 76% en 66%, 78%, 84%; er wordt in begrijpelijke taal gesproken door de arts: 62%, 66%, 74%; de patiënten bevestigden dat ze duidelijke uitleg hebben ontvangen van de artsen over hun probleem: 76%, 88%, 90%; de patiënten hadden graag nog een vraag willen stellen/hadden nog twijfels: 52%, 24%, 18%. (De redenen waarom ze de vraag niet stelden was uit angst voor de arts, of dat de arts erg gehaast was). Een indicator die met privacy, communicatie en informatie verbonden is, is het niet onderbreken van een consult (66%, 60%, 74%). Tijdens het tweejarig project zijn er tevens trainingen en instrumenten toegepast gericht op de verbe-

ring van de kwaliteit van zorg. (Uit: Informe de observación en consultorio, noviembre 2001. Proyecto: Promoción de la salud sexual y reproductiva en la zona sur de El Alto y el municipio de Patacamaya: desafíos para lograr la equidad. TAHIPAMU: 2001).

Literatuur

- Bensing, J.
1991 *Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behavior in general practice.* Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL.
- DelVecchio Good, M. et al.
2003 The culture of medicine and racial, ethnic, and class disparities in healthcare. In: B. Smedley et al. (eds), *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care.* Washington DC: The National Academies Press, pp. 594-625.
- Dibbits, I. & M. de Boer
2003 *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud.* La Paz: Garza Azul.
- Geest, S. van der
1997 Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective. *Tropical Medicine & International Health* 2 (9): 903-11.
- Joralemon, D.
1999 *Exploring medical anthropology.* Boston: Allyn and Bacon.
- Kleinman, A.
1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley: University of California Press.
1988 *The illness narratives.* New York: Basic books.
- Koning, K. de & M. Martin
1996 *Participatory research in health: Setting the context.* In: K. de Koning & M. Martin, *Participatory research in health: Issues and experiences.* London: Zed Books.
- Kroeger, A. & F. Barbira-Freedman
1992 *La lucha por la salud en el Alto Amazonas y en los Andes.* Quito: Abya Yala/Centro de Medicina Andina.
- Losada, L. & J. De Angulo
2001 *El currículo, el perfil profesional y las competencias. En la calidad educativa y la formación integral de médicos y otros profesionales de salud.* La Paz: MAP Internacional, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Previsión Social
1997 *Plan Estratégico de Salud de Lucha contra la Pobreza (PES), 1997-2002 Bolivia.* La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social; Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud.
- Ministerio de Salud y Deportes
2004a *Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, Bolivia.* La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
2004b *Plan Nacional de Maternidad y Nacimiento Seguros 2004-2008, Bolivia.* La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.

- Muñoz, V.
2002 Primary care services and sustainable development. *In*: F. Barten & J. van der Gulden (eds.), *Health and sustainable development*, Volume 8. Nijmegen: Netwerk Duurzaam Hoger Onderwijs, pp. 63-66.
- Rance, S.
1998 *Trato humano y educación médica. Investigación – acción con estudiantes y docentes de la Carrera de Medicina, UMSA, La Paz*. La Paz: Vice-ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.
- Reilly, D.
2002 If CAM rose from the ashes of western holism, what now? *Medical Anthropology Quarterly* 16 (4): 408-09.
- TAHIPAMU
2001 *Informe de observación en consultorio, noviembre 2001*. Proyecto: Promoción de la salud sexual y reproductiva en la zona sur de El Alto y el municipio de Patacamaya: desafíos para lograr la equidad. La Paz.