

MEDICIJNEN IN EEN BREDE CONTEXT : EEN ONDERZOEK IN KAMEROEN

Een notitie voor de workshop 'Linkages'

Sjaak van der Geest

Toen ik in 1980 onderzoek ging doen naar de verspreiding en het gebruik van farmaceutische produkten in een departement in Zuid-Kameroen was de term "schakeling" of "linkage" mij onbekend. Bijna drie jaar na de eerste veldwerk-periode werd ik gevraagd deel te nemen aan het "schakelingen-project", en nu, weer een jaar later, word ik er voor het eerst toe gebracht mijn onderzoek te overdenken vanuit het schakelingen-perspectief. Ik moet bekennen dat de notities van Galjart en Wolters een voor mij vreemde taal spreken, en datzelfde geldt gedeeltelijk ook voor het onderzoeksvoorstel. Ik neem aan dat die ervaring van "vreemdgaan" nu juist het probleem van schakelingen illustreert. Enerzijds is er verwarring en ongemak, anderzijds is er ook de aantrekkingskracht van het onbekende. Op alle niveaus van sociaal-wetenschappelijke analyse ontwikkelden zich verschillende (sub-)disciplines met hun eigen taal en overige culturele eigenschappen. Het was het veiligst en het prettigst om maar in de eigen kring te blijven, en verbindingen met andere niveaus en daarbij-behorende zienswijzen te ontwijken. Ik herinner me dat het enige jaren geleden nog gebruikelijk was om te zeggen: "Als cultureel antropoloog vind ik" of: "Als cultureel antropoloog kan ik daar nietsover zeggen." In het verlengde van die spreek-traditie zeg ik nu: Als cultureel (medisch?) antropoloog weet ik niet of mijn benadering inder-tijd beschouwd kan worden als een voorbeeld van onderzoek gericht op schakelingen. Ik zal daarom in de termen van mijn eigen antropologische cultuur, kort uitleggen hoe ik in mijn geneesmiddelen-onderzoek te werk ben gegaan, en vervolgens het woord geven aan mijn collega's die dan op hun beurt maar moeten uitleggen, of, en in welk opzicht, mijn visie past in de schakelingen-filosofie.

Ik kan in het algemeen zeggen dat het mijn bedoeling was de verspreiding en het gebruik van geneesmiddelen te plaatsen in een zo breed mogelijke context. Ik was, a priori, bereid geen enkel aspect van de 'werkelijkheid' uit te sluiten; ik wilde mij doelbewust blootstellen aan de gehele context. Voor mij was - en is - dat de essentie van de antropologische benadering. Tegelijkertijd was ik me echter bewust

dat dit een illusie was, en dat het panorama dat ik onder ogen zou krijgen, de beperking van mijn blikveld zou ondergaan. Niettemin trachtte ik zo 'holistisch' mogelijk te blijven, en nam ik een aantal maatregelen om die intentie een zo groot mogelijke kans van slagen te geven. De belangrijkste was waarschijnlijk dat ik besloot het onderzoek in geografische en kwantitatieve zin te beperken, om het 'kwalitatief' te kunnen verbreden, dat wil zeggen er zoveel mogelijk factoren/aspecten in te betrekken. Verder nam ik me voor het onderzoek van het perifere familie-, dorps- en provinciested-niveau op te laten stijgen naar de bureaucratische en financiële centra van het land : de hoofdstad Yaoundé met zijn ministerie en de havenstad Douala met zijn douanes, pakhuizen en importeurs. Zoals gewoonlijk bij veldwerk liep veel anders dan gepland. De kwantitatieve en geografische inperking was onvoldoende en mijn onderzoek bleef met name fragmentarisch aan de uiterste echelons van het model: onderaan, voorzover het cognitieve aspecten van medicijngebruik betrof, en bovenaan met betrekking tot de farmaceutische importhandel. Dat neemt echter niet weg dat veel van het geplande wel gerealiseerd kon worden, en mij in staat heeft gesteld een aantal ideeën te ontwikkelen over de problemen van medicijnverstrekking in Kameroen. Ik zal enkele van die ideeën hier kort presenteren, waarbij ik vooral die ideeën selecteer die naar mijn mening een verbinding met andere (niet 'klassiek-antropologische') verklaringsgebieden, eventueel 'schakelingen', laten zien.

1. Geneesmiddelen/gezondheidszorg en staatsvorming

Uitgaande van de veronderstelling dat gezondheidszorg een bij uitstek zacht maar effectief politiek bindmiddel is bij de opbouw van een sterk staatsgezag, zou men verwachten dat een jonge staat als Kameroen, die geconfronteerd wordt met een overvloed van centrifugale krachten, aanzienlijk zou investeren in een effectief gezondheidszorg-systeem. In werkelijkheid is de bestaande staatsgezondheidszorg een formidabele bron van anti-reclame voor de staat, en moet de belangrijkste oorzaak hiervan gezocht worden in een falend systeem van medicijnverstrekking. Ik tracht deze paradox te ontrafelen door de politieke betekenis van medicijnen en gezondheidszorg af te wegen tegen andere factoren die in het staatsvormingsproces een rol spelen.

2. Geneesmiddelen en 'corruptie'

'Corruptie' (kortweg gedefinieerd als: illegaal privé-gebruik van publieke middelen) is een onvervreembaar element in iedere samenleving, en zeker ook in Kameroen. Ik ben echter van mening dat de corruptie in Kameroen een extra groot probleem vormt, niet noodzakelijk omdat het meer voorkomt dan bijvoorbeeld in westerse landen (hoewel ik dat niet ontken), maar omdat het land zich minder corruptie kan veroorloven dan westerse landen. Geneesmiddelen, juist vanwege hun relatieve schaarste, zijn een gewild object dat uit de publieke sector verdwijnt in privé handen. Het feit dat medicijnen op grote schaal onttrokken worden aan de publieke gezondheidszorg, is fnuikend voor deze gezondheidszorg en verhoogt tegelijkertijd de 'noodzaak' van dit soort corruptie.

Het verbinden van een falend medicijnbeleid met het verschijnsel 'corruptie' leidt tot onderzoek naar staats-economie en -bureaucratie, en kan wellicht profiteren van theorieën over 'sterke' en 'zwakke' staten.

3. Informele en formele medicijnverstrekking

Bij het onderzoek bleek dat er naast de formele (vaak falende) ook een informele (en vaak meer effectieve) medicijnvoorziening bestaat. Die informele medicijnhandel is nauw verbonden met de formele instituties van gezondheidszorg, is daar soms zelfs in door gedrongen. Aanvankelijk beschouwde ik dit als een concurrentie-situatie (bijvoorbeeld: 'petty traders' beroven de apotheek van zijn klanten), maar later zag ik in dat het tegenovergestelde het geval is ('petty traders' functioneren als 'detail-handel' voor de apotheek).

Theorieën over 'informele sector', maar vooral 'koppeling van produktiewijzen' bleken uiterst nuttig om een beeld te krijgen van deze gecompliceerde situatie. De koppeling van formele en informele medicijnverstrekking lijkt zich uit te strekken van familie- en dorpsniveau tot ministerie en importeur.

4. Geneesmiddelen en het particulier of publiek karakter van de markt

Wat het meest in het oog sprong tijdens het onderzoek was dat de medicijnvoorziening in de particuliere-sector van de maatschappij (privé instellingen van gezondheidszorg) redelijk verliep en in de publieke sector (staatsinstellingen) spaak liep. Zo'n constatering maakt nogal wat los, met name de vraag waarom een socialisering van de gezondheidszorg (iedereen heeft recht op gratis behandeling en medicijnen) niet het gewenste effect heeft. Hangt dat samen met inherente kwaliteiten van socialisering, of moet het toegeschreven worden aan bepaalde historische ontwikkelingen die uniek zijn voor bijvoorbeeld Kameroen, of Afrika, of ontwikkelingslanden in het algemeen? Ik ben tot de vaststelling gekomen dat 'gratis' medische zorg duurder blijkt dan betaalde, en dat de rijken er meer van profiteren dan de armen. Zou een dergelijke uitspraak ook voor andere derde-wereldlanden opgaan? En wat moeten de praktische consequenties van deze bevinding zijn?

5. Geneesmiddelen en de centrum-periferie-tegenstelling

Hoewel Kameroen in haar laatste vijf-jaren-plannen prioriteit zegt te geven aan rurale basisgezondheidszorg, blijkt het tegenovergestelde waar te zijn. In de begroting van het Ministerie van Gezondheid was in 1980 slechts 7% voor rurale gezondheidszorg gereserveerd, en in de praktijk was het waarschijnlijk zelfs minder. Hoe verder een instelling van het bureaucratisch en financieel centrum verwijderd was, hoe slechter zij behandeld werd en hoe slechter zij ook functioneerde. Me beperkend tot de medicijnvoorziening (zonder welke een medische dienst niet kan functioneren) kan ik zeggen dat de perifere dispensaires veel minder medicijnen kregen toebedeeld dan zij behoorden te ontvangen, dat zij zich niet bewust waren van dit feit, en dat zij het minst in staat waren hier iets aan te doen. Het parasiteren van de stad op het platteland komt inderdaad sterk tot uiting in de kwaliteit van de gezondheidszorg.

6. Geneesmiddelen en multinationale industrie

Over het marketing-beleid van de internationale farmaceutische industrie is de laatste jaren het nodige geschreven. De voornaamste kritiek is dat deze industrie, achter een vriendelijke façade van genezing en pijnverlichting, een keihard verkoopbeleid voert, zoals men trouwens van een industrie kan verwachten. Ook in deze branche gaan winsten vóór alles, en hoe zwakker de consument, hoe meer winst het bedrijf kan maken.

Alle farmaceutische produkten in Kameroen zijn geïmporteerd. Het land is dus in zijn medicijnvoorziening geheel en al afhankelijk van de internationale industrie. Vooral in twee opzichten werkt die afhankelijkheid ongunstig uit voor Kameroen. Het Ministerie van Gezondheid dat het aankoopbeleid van medicijnen voor de publieke sector dicteert, slaagt er niet in om voldoende goedkope essentiële medicijnen te verwerven. Hoewel het moeilijk is harde bewijzen te leveren ligt het voor de hand dat de verklaring hiervoor gezocht moet worden in het vermogen van de industrie het aankoopbeleid van het ministerie te beïnvloeden. Een rationeler aankoopbeleid zou, met hetzelfde budget, meer, en meer aangepaste, medicijnen voor de staatsgezondheidszorg opleveren. Een

tweede nadelig gevolg is dat er in de informele sector veel gevaarlijke en nutteloze medicijnen in omloop zijn die niet alleen schade aanbrengen aan de gezondheid, maar ook verspilling van schaars geld veroorzaken. De industrie kan moeilijk rechtstreeks verantwoordelijk gesteld worden voor deze wildgroei van medicijn - consumptie buiten medische supervisie, maar het is duidelijk dat de industrie er wel belang bij heeft. Iedere vorm van medicijn-consumptie is welkom, omdat zij de afzet stimuleert. Het is dan ook niet te verwachten dat industrieën uit eigen beweging hun handel zullen beperken, ook al zijn er duidelijke aanwijzingen dat die handel gevaar oplevert voor de volksgezondheid. Zo is de interne logica van de farmaceutische industrie. De enkele, recente, keren dat een farmaceutisch bedrijf een bepaald produkt uit de handel nam, gebeurde dat onder grote druk van derden. De Kameroenese consument, hoewel weinig bemiddeld, is voorlopig nog een gemakkelijke klant voor de industrie. De verbinding tussen de dorpeling en het internationale bedrijf is wel degelijk aanwezig.

7. Geneesmiddelen en het WHO-beleid

In kringen van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt reeds jaren een beleid uitgestippeld om de medicijnvoorziening in arme landen te verbeteren. Dat beleid staat bekend als "Essential Drugs Program", en houdt in dat deze landen geadviseerd worden zoveel als mogelijk slechts goedkope, effectieve en veilige geneesmiddelen te kopen. Opvallend is dat dit plan al zo'n tien jaar bestaat, en met groot enthousiasme ontvangen is, maar slechts in een handjevol landen op effectieve wijze is toegepast. Hoewel de financiële en medische voordelen van het plan haast algemeen erkend worden, blijken er toch obstakels (zie ook mijn opmerkingen onder punt 6).

Uitvoering van het plan zou een enorme vooruitgang van de kwaliteit van medische zorg op het platteland van Kameroen tot gevolg kunnen hebben. Het ziet er echter niet naar uit dat die verbetering in de nabije toekomst tot stand zal komen. Op dit moment is het ministerie bezig met de implementatie van een "essential drugs program" dat tot stand gekomen is als een compromis naar de medische professie en het apothekersgilde, die er zorg voor gedragen hebben dat de winsten die zij tot nu toe aan de medicijnverkoop ontleenden, gehandhaafd zullen blijven.

De beleidsmakers zitten klem tussen twee belangengroepen: de gevestigde elite (commercieel, medisch, farmaceutisch en politiek) waar ze zelf ook deel van uitmaken en de ongecoördineerde, hoofdzakelijk rurale, massa. De aantrekkelijkste keuze lijkt daarom voorlopig zich te beperken tot de retorische 'uitvoering' van het plan. Het is dan ook niet waarschijnlijk dat medicijnen op het platteland van Kameroen als gevolg van dit plan goedkoper, toegankelijker en veiliger zullen worden.

