

# AIDS in ontwikkelingslanden

N E D E R L A N D S E O V E R H E I D S - E N M E D E F I N A N C I E R I N G S P R O G R A M M A ' S

"HIV-AIDS-preventie in ontwikkelingslanden: inadequaet, ongecoördineerd en onvoldoende." (drs J.P. Pronk)<sup>1</sup>

"In het jaar 2000 zijn er minimaal 38½ miljoen geïnfecteerden en maximaal 109½ miljoen, van wie 90 procent in ontwikkelingslanden." (M.H. Merson, directeur WHO-Global Programme on AIDS)<sup>2</sup>

"Voor internationale HIV-AIDS-programma's is slechts f 200 miljoen beschikbaar, terwijl er feitelijk f 4 miljard nodig is om enig succes te hebben." (dr Hiroshi Nakajima, directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie)<sup>3</sup>

**H**ET WERELDWIJDE geldgebrek wijt Jonathan Mann, hoogleraar te Harvard en voorzitter van de internationale AIDS-commissie, aan verschillende factoren. Hij vindt dat er onvoldoende sociale en politieke belangstelling voor de HIV-AIDS-problematiek bestaat. Ook worden de epidemische gevolgen ontkend. Daardoor vindt zelfs in de meest geplaagde regio's geen volledige mobilisatie van alle beschikbare middelen plaats en kan de exponentiële groei van HIV-AIDS slechts tijdelijk en beperkt worden afgeremd.<sup>4</sup>

De meeste slachtoffers zijn tussen de 20 en 35 jaar; dus daalt het aantal beschikbare productieve krachten, met als gevolg dat binnen afzienbare tijd het huidige economische ontwikkelingspeil zal afbrokkelen. Vanwege de ingrijpende sociale en politieke gevolgen van de epidemie, mede een gevolg van de economische schade die zij toebrengt, is AIDS veel meer dan een individuele ziekte.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie lag het aantal HIV-geïnfecteerden in maart 1992 mondiaal tussen de 12 miljoen en 18 miljoen, onder wie bijna 1 miljoen kinderen.<sup>5</sup> Sinds april 1991 steeg het aantal AIDS-patiënten wereldwijd tot bijna 2 miljoen personen. Voor het jaar 2000 schat deze organisatie het aantal AIDS-ziekten op 12-18 miljoen, met daarnaast minimaal 38,5 miljoen HIV-geïnfecteerden. Tien miljoen kinderen zullen hun ouders hebben verloren. Daarentegen voorspellen onderzoekers

L.F.M. van der Hoeven

*Nederlandse non-gouvernementele organisaties ontwikkelen steeds meer internationale AIDS-preventieprogramma's. Toch is hun bijdrage beperkt, gezien de verwachte enorme groei van de AIDS-epidemie.*

van Harvard University op grond van wetenschappelijke modellen, dat er in het jaar 2000 ongeveer 110 miljoen besmette mensen zullen zijn.<sup>6</sup>

## Aanpak

Van een levensreddend medicijn voor de slachtoffers zal voorlopig geen sprake zijn. AZT, pentamidine, dideoxyinosine en ditio-carb sodium vertragen slechts de afbraak van het auto-immuunsysteem. De overige 150 experimentele AIDS-remmers zijn niet officieel geregistreerd.<sup>7</sup>

Het onderzoek wordt gecompliceerd door de verschillende virusvormen.<sup>8</sup> Afgezien van de voor een derdewereldland ondraagbare kosten van een dergelijk medicijn, is de kans ook groot dat het niet geschikt is, omdat bijvoorbeeld de HIV-2-variant vooral in West-Afrika voorkomt. Alle research is immers gericht op de in de westerse wereld veel prominentere HIV-1-variant.

Een betere en effectievere aanpak vormt een op preventie gericht programma. Daarbij staan gedragsveranderingen centraal. Het afleren van oude gewoontes en het aanleren van nieuw gedrag is echter zeer moeilijk. Zelfs in een welvarende, hoogontwikkelde en open samenleving als de Nederlandse neemt het onveilig vrijen weer toe.<sup>9</sup> Bij de veelal ongeletterde inwoners van de ontwikkelingslanden staan traditionele waarden hoog in aanzien; er is

daar veel moed nodig om op seksuele gedragsverandering gerichte programma's uit te voeren, omdat die kunnen indruisen tegen godsdienstige, culturele of politieke belangen.

Tot nu toe vormt de financiering van deze campagnes nog het grootste probleem. De budgetten voor de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden bedraagt slechts een fractie van die van westerse landen. De geringe economische groei van Derde Wereldlanden beperkt de mogelijkheden voor de AIDS-bestrijding nog meer. Gecoördineerde internationale hulp blijft geboden. Daarbij zouden basisbewegingen zoveel mogelijk moeten samenwerken met internationale organisaties - WHO, Unicef, UNFPA en UNDP - zodat de voorlichting ook de kleinste dorpen en gehuchten kan bereiken. Een fijnmazig distributienetwerk van condooms, bloedtestlaboratoria en eventueel omruilspuiten voor intraveneuze druggebruikers moet deze campagne ondersteunen.

## Steeds meer een ziekte van armen

Het risico op een HIV-AIDS-besmetting varieert per land. In Afrika vindt de virusoverdracht vrijwel uitsluitend plaats via heteroseksueel contact. In Thailand begon de epidemie waarschijnlijk onder intraveneuze druggebruikers. In de industrielanden worden vooral homoseksuelen en intraveneuze druggebruikers slachtoffer. In Oost-Europa is onveilig medisch handelen de grootste oorzaak.<sup>10</sup> AIDS lijkt steeds meer een ziekte van armen te worden. "Zelfs in de welvarende Verenigde Staten verplaatst de besmettingskans zich van de blanke middengroepen naar de getto's van de arme zwarten, druggebruikers, latino's en prostituées", aldus H. Nickens, directeur gezondheidszorg voor minderheidsgroepen van het Amerikaanse verbond van medische faculteiten.<sup>11</sup>

## Azië: miljoenen patiënten in het jaar 2000

Nu het virus ook Azië heeft bereikt, valt het ergste te vrezen.<sup>12</sup> Zo'n 3 miljard

mensen - de helft van de wereldbevolking - wonen in Azië; in China 1,1 miljard en 843 miljoen in India. Het HIV-AIDS-virus heeft behalve in Thailand (seksindustrie) in dit werelddeel nog maar een beperkt aantal slachtoffers geëist. Wel stijgt het aantal HIV-geïnfecteerden onder intraveneuze druggebruikers onrustbarend. In 1992 steeg hun aantal in Assam (India) binnen één jaar tot 50 procent, in Yunnan (China) tot 35 procent en in Myanmar (voormalig Birma) tot maar liefst 72 procent. Maar dit zal niet zo blijven. Zuid- en Zuid-Oost-Azië heeft nu ongeveer één miljoen seropositieven (0,03% van de bevolking). Men verwacht dat de epidemie zich vooral in Zuid-Azië - met circa 1.100 miljoen inwoners - snel zal uitbreiden. Alleen een intensieve en preventieve campagne met hulp van buitenaf kan hier veel leed voorkomen.

#### India: meest bedreigde land

In India, met zijn 843 miljoen inwoners en zijn enorme omvang, is de HIV-AIDS-preventie haast onbegonnen werk. Het aantal geïnfecteerden schat men nu op een half miljoen, maar voor het jaar 2000 op meer dan 10 miljoen. Er zullen dan 2 miljoen slachtoffers te betreuren zijn. Het eerste Indiase AIDS-slachtoffer werd zes jaar geleden geregistreerd in Manipur/Nagaland. Het betrof één van de 25.000 *verslaafden* uit deze opiumrijke streek. Nader onderzoek in 1992 toonde aan, dat van sommige groepen verslaafden 50 procent besmet is; de oorzaak is het gemeenschappelijk gebruik van drugsspuiten. Een ander risicofactor vormen de *bloedtransfusies*. In India wordt 80 procent van de bloeddonoren betaald. Het nadeel van commerciële bloedhandel is de onvoldoende controle op HIV-virusbesmetting. Zo bleek in 1992 dat 2 tot 4 procent van de bloedbankdonoren in het Satra-district (Maharashtra) seropositief was. Intussen heeft de Indiase regering besloten speciale bloedtestapparatuur voor de grote steden beschikbaar te stellen, maar van de 1.000 bloedbanken staan er slechts 600 onder staatstoezicht. De grote vraag naar menselijk bloed stimuleert de oprichting van nog meer lokale particuliere transfusiecentra, en juist deze ondernemingen missen vaak de nodige expertise en geld voor screeningsapparatuur. Nog een bron van verspreiding zijn de prostituées, de seizoenarbeiders en de vrachtwagenchauffeurs. Het aantal besmette publieke vrouwen neemt gestaag toe. In Groot-Bombay (10 miljoen inwoners) is 30 procent van de 100.000 tot 150.000 prostituées besmet.<sup>13</sup> Na enige jaren keren zij veelal terug naar hun geboortestreek. Daardoor zal zo'n 40 procent van de zwangere vrouwen in de rura-

le gebieden binnen enige jaren met het HIV-virus besmet zijn. Migranten-arbeiders zijn van oudsher verspreiders van vele geslachtsziekten op het platteland. Sinds kort kunnen ook de Indiase 'truckers' als risicogroep worden aange-merkt.<sup>14</sup>

Volgens de WHO telt India nu 500.000 HIV-geïnfecteerden en 2.700 AIDS-patiënten. De toekomstige ontwikkeling is moeilijk te voorspellen. Sommige waarnemers verwachten dat in het jaar 2000 meer Indiërs besmet zullen zijn dan nu wereldwijd.

#### Ontwrichte samenlevingen

In ontwikkelingslanden gaat de seksuele ontwikkeling gepaard met het aangaan van verschillende seksuele relaties. De kans op besmetting neemt daardoor toe. Bovendien vormt de ongelijkheid tussen de seksen er een groot probleem. In Derde Wereldlanden houden economische en sociale factoren nog meer verband met elkaar dan in westerse landen. In Azië, Afrika en Zuid-Amerika kunnen de vrouwen het gebruik van voorbehoedmiddelen meestal niet afdwingen. Mannen bepalen of en, zo ja, welk middel zal worden gebruikt.

AIDS zal het aantal produktieve krachten in ontwikkelingslanden drastisch verkleinen. Het werk moet door minder mensen worden gedaan, terwijl het aantal mensen dat van de werkende groep afhankelijk is, zal stijgen. De moeizaam verworven geringe economische groei over de afgelopen decennia zal dalen, waardoor de kwaliteit van de gezondheidszorg verder zal verslechteren. De afname van het nationaal inkomen leidt tot een verminderde invoer van condooms, medicijnen en apparatuur. Omdat het aantal seropositieven toeneemt, zijn er tevens minder bedden voor andere zieken beschikbaar, waardoor ook de algehele gezondheidstoestand verslechtert.

#### Beperkte successen

In 1975 begon men in Bangladesh met campagnes voor gezinsplanning. In 100.000 distributiepunten verkoopt men nu meer dan 90 miljoen condooms. Toch bereikt men zo maar acht procent van de seksueel actieven. Voor volledige bescherming zou Bangladesh een miljard condooms per jaar nodig hebben. In Zaïre is in vier jaar tijds het aantal verkochte condooms gestegen van 1 miljoen tot 18 miljoen. Toch bereikt men ook daar slechts 2,25 procent van de seksueel actieve mannen.<sup>15</sup>

In het algemeen is het moeilijk om in Derde Wereldlanden, met hun sluimerende armoede en voortdurende strijd om het dagelijkse bestaan, verder te kijken dan de dag van morgen. Alleen al in Manila, Sao

Paolo en Rio de Janeiro is minstens 40 procent van de tienduizenden straatkinderen seropositief.<sup>16</sup> Werkloosheidspercentages van 20 tot 40 zijn 'normaal' en nemen nu door de epidemie nog meer toe. Daarnaast is de alfabetiseringsgraad laag, waardoor kennisoverdracht maar op beperkte schaal mogelijk is. Ook het bereik van de communicatienetwerken is gebrekkig.

Het maken van afwegingen en het inschatten van risico's is voor veel Derde Wereldburgers erg moeilijk. Door het *korte-termijndenken* maakt men zich niet zo druk om een ziekte die zich meestal pas op langere termijn openbaart. In je levensonderhoud voorzien door prostitutie is dan belangrijker dan het besmettingsgevaar.

#### Naar een effectieve bestrijding

De gezondheidsuitgaven van de overheid in ontwikkelingslanden liggen laag. Zo besteedde de overheid in Bangladesh in 1987 f 1,50, in Uganda f 1,- en in Tanzania f 7,- per persoon per jaar aan de volksgezondheid.<sup>17</sup>

De uitgaven voor condooms liggen tussen de f 4,60 en f 9,- per echtpaar per jaar. In veel gevallen overschrijden deze uitgaven het overheidsbudget. Eigen bijdragen van de bevolking aan een condoomprogramma zijn maar in beperkte mate mogelijk. Als men tot een dergelijk programma besluit, moeten er betrouwbare condooms komen. Recentelijk bleek uit internationaal consumentenonderzoek dat de allerslechtste condooms in de ontwikkelingslanden te vinden zijn.<sup>18</sup> Zelfs in een land als Thailand, met veel sekstoerisme, zijn de condooms slecht.

In ontwikkelingslanden is seksualiteit taboe. De katholieke kerk verbiedt officieel het gebruik van condooms. De toenemende verwestering, de groei van de steden en de individualisering hebben echter grote invloed op het accepteren van andere omgangsvormen. De kerk kan deze veranderingen afremmen, maar niet stoppen. In de ontwikkelingslanden kan de HIV-AIDS-epidemie ook op termijn slechts via preventieve maatregelen effectief worden bestreden. Om dat te bereiken moet men twee problemen oplossen. Ten eerste: het bereiken van *permanente gedragsveranderingen* - 'vrij veilig' - is moeilijk. Te meer daar het inzicht in de dynamiek van riskant seksueel gedrag ontbreekt. De meeste wetenschappelijke verklaringen zijn onbevredigend. Toch zou een beter begrip van risicogedrag leiden tot effectievere preventieprogramma's.<sup>19</sup> Ten tweede: schieten de *financiële bijdragen* voor de internationale AIDS-bestrijding ernstig te kort. De kans op een exponentiële toename van het aantal slachtoffers ligt dan ook

voor de hand. Laat dat de westerse landen onverschillig? •

*Met dank aan prof. drs E.W. Roscam Abbing, drs J.H. Moerkerk en drs C. Schröder voor hun kritisch commentaar.*

*DRS L.F.M. VAN DER HOEVEN,*  
 sociaal-wetenschapper en free-lance  
 journalist

**Noten**

1. Pronk J. AIDS and development coordination. Openingspeech ter gelegenheid van de 8ste Wereld AIDS Conferentie te Amsterdam op 19 juli 1992 in Den Haag. Voorlichtingsdienst van het ministerie van Ontwikkelingssamenwerking, persbericht nr. 34, 20 juli 1992.
2. Inter Press Service te Amsterdam. Persconferentie van dr M.H. Merson (WHO) in Den Haag op 9 april 1991. Ministerie van Ontwikkelingssamenwerking; AIDS en

- ontwikkelingssamenwerking. In: Informatie 1993; 12: 5.
3. Dr Hiroshi Nakajima, directeur-generaal van de WHO, op World AIDS Day 1992. AIDS: a community commitment. Who warns world community to close AIDS-resource gap or face the consequences. Genève, WHO-press release, 27 november 1992.
4. Mann JM. Critical issues for prevention in the 1990, AIDS in the world. International Journal of Health Services 1992; vol. 21, 3: 553-9.
5. Pol B. Tegen AIDS helpt alleen een sociale revolutie. NRC Boekenbijlage, Rotterdam, 23 januari 1993.
6. AIDS: a community commitment is the theme of World AIDS Day 1992. Genève, WHO-Press, 27 maart 1992.
7. Zie noot 1.
8. Interview with dr M.H. Merson, director of the WHO Global Programme on AIDS in connection with World AIDS Day 1991. Genève, WHO Features nr. 163, november 1991.
9. Rozendaal S. AIDS, de jacht op een virus. Natuur en Techniek, 1990.
10. Dijkstra B. AIDS-epidemie nog lang niet op haar retour; WVC start een nieuwe voorlichtingscampagne. Rijswijk: Ministerie van WVC, Trefpunt nr. 2, 1993.
11. Cowley G, Hager M, Marchall R. AIDS the next ten

- years, special report. News Week 25 juni 1990: 50-6.
12. Inter Press Service te Amsterdam. AIDS vooral onder armere Amerikanen in opmars. Washington, 6 juni 1991.
13. Anderson M, May RM. Understanding the AIDS Pandemic. Scientific American mei 1992: 20-7.
14. Moerkerk JH. Verslag van het bezoek aan Nepal van 16 t/m 21 november 1992, en Verslag van de 2de Internationale Conferentie over AIDS in Azië en de Pacific van 8-12 november 1992 te New-Delhi. Ministerie van Buitenlandse Zaken, DST/TA, 1992.
15. Inter Press Service. AIDS-epidemie dreigt in India. New-Delhi, 11 januari 1992. Bericht overgenomen van United News India.
16. Potts M, Anderson R, Boily MC. Slowing the spread of human immunodeficiency virus in developing countries. The Lancet 1991; i: 608-13.
17. Onderzoeksgroep naar HIV-infectie onder straatkinderen. September 1992.
18. Encyclopaedia Britannica. Britannica world date, health services. In: Britannica Book of the year. Chicago, 1992: 854-9.
19. Condooms: hoe zuidelijker, hoe slechter. Consumentengids, mei 1992: 276.
20. Zie noot 6.

**GEZONDHEIDSZORGEN EN MENSENRECHTEN**

# Turkije: gebroken beloftes

**R**ECENTE LIJK verscheen over Turkije een aantal rapporten. Helsinki Watch, onderdeel van de Amerikaanse organisatie Human Rights Watch, publiceerde in december 1992 het rapport 'Broken promises: Torture and killings continue in Turkey'. Uit dit rapport blijkt dat het hele rechtssysteem in dat land is doortrokken van marteling en mishandeling en dat deze praktijken niet slechts zijn voorbehouden aan vermeende terroristen of Koerdische separatisten. Artsen van de Turkish Medical Association (TMA) vertelden de delegatie van Helsinki Watch dat marteling systematisch wordt gebruikt:

"Dr Hyseyin Usta and dr Nesrin Usta were severely tortured in Kocaeli. We sent faxes to the Ministers of the Interior and Human Rights, to the Security Directorate, to the Governorship office, but we got no response. The two doctors were arrested on July 2. On July 9, before being sent to the Istanbul State Security Court, they were seen at the forensic office. The report there indicated that they both had marks on their shoulders and under their arms, consistent with suspension, and marks on their genitals consistent with electric shock.

This was a typical incident for us; in front of everyone, even though everyone knows about it, torture is being done and no one is punished for it. We want the torturers punished as well as those who prepare for torture and those who close their eyes to it."

Na Israël en Egypte is Turkije de grootste

ontvanger van Amerikaanse hulp: 125 miljoen dollar aan economische steun en 450 miljoen aan militaire leningen voor 1993. Helsinki Watch concludeert dat zolang in Turkije ernstige schendingen van mensenrechten plaatsvinden dit soort militaire hulp moet worden bevroren.

De positie van artsen, met name bij hulp aan gevangenen, is precair.

De Turkish Medical Association deed de volgende aanbevelingen:

- Artsen moeten gevangenen onderzoeken voor en na de detentie, zonder dat hierbij politie aanwezig is. Hiervan moet altijd een geschreven rapport worden gemaakt.
- Een gevangene moet zijn eigen arts kunnen kiezen, zo nodig zorgt de TMA voor een arts.

Tot dusverre heeft de regering deze aanbevelingen niet overgenomen.

Begin april startte Amnesty International een internationale schrijffactie over 'Human rights and the medical profession in the southeast of Turkey'. In de loop van 1992 stierven tenminste 14 gevangenen aan de gevolgen van marteling; de meesten in het zuidoosten van het land waar een gewapend conflict tussen de regering en de Koerdische minderheid (10 miljoen op een bevolking van 56 miljoen) wordt uitgevochten. Een delegatie van de Turkish Medical Association, die het gebied in april 1992 bezocht, rapporteert over de enorme druk waaronder artsen in de regio moeten werken. Zij worden bijvoorbeeld gedwongen valse rapporten te schrijven in gevalen van marteling of verdachte dood tijdens

gevangenschap. Zeven artsen werden gearresteerd en gemarteld; in 1992 stierven twee van hen in Diyarbakir. Hun 'vergrijp' was het behandelen van gewonden. Als artsen het namelijk niet aan de autoriteiten melden wanneer ze een schotwond behandelen, lopen ze het risico van verhoor en vervolging onder art. 169 van het Turkse Wetboek van Strafrecht, dat "sheltering, guiding or assisting members of armed organizations with a maximum possible sentence of 7½ years under the terms of the Anti-Terror Law" verbiedt. Het TMA-rapport stelt: "If they don't report these, they may face three years in prison; if they do, they are afraid for their security..." In februari 1993 'verdwenen' een arts en een advocaat; zij werden later dood gevonden. Veiligheidstroepen bezetten regelmatig ziekenhuizen en gebruiken deze als legerbasis. Dit alles heeft geleid tot een exodus van medisch personeel uit het gebied.

Amnesty dringt er bij de regering onder meer op aan, dat er in het geval van overlijden in detentie-omstandigheden onafhankelijk onderzoek plaatsvindt en wel volgens internationale standaarden, zoals die van de Verenigde Naties. Ook moeten artsen onafhankelijk en zonder angst voor vervolging hun werk kunnen doen.

Ook u kunt schrijven. Voor meer informatie en materiaal:

Amnesty International, Secretariaat Medische Beroepsgroep, Keizersgracht 620, 1017 ER Amsterdam, tel. 020-6264436 (wo. en do.).