

# **dCIDOB 70-71.** **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Introducció

# Salut reproductiva i desenvolupament

Des de l'última conferència internacional sobre Població i Desenvolupament, celebrada al Caire el 1994, ha augmentat la sensibilització i el coneixement sobre diversos aspectes que afecten les dinàmiques de la població mundial. Entre ells, però, destaca com a qüestió central la salut reproductiva, la qual, independentment de la incidència que pugui tenir en el creixement de la població, és part integrant dels Drets Humans, i la seva atenció un element essencial per aconseguir el desenvolupament sostenible així com el benestar tant individual com col·lectiu. La impossibilitat de gaudir d'aquest dret, amb el que suposa, a més, de manca d'accés a serveis de qualitat, d'informació i d'educació provoca greus conseqüències: embarassos no desitjats, malalties de transmissió sexual, el VIH/SIDA, violència de gènere, etc., totes elles sofertes especialment per dones i adolescents. Fins fa molt poc, la salut de les dones es tractava com un mitjà per assegurar la salut de la infància o de la família, o com una condició necessària per a la reducció de la fecunditat i el control del creixement de la població. Però la salut de les dones i, en particular, la salut reproductiva és important per si mateixa, perquè és un exponent de les desigualtats entre països rics i pobres, entre homes i dones, i perquè ens obliga a parlar de molts altres aspectes amb els quals s'interrelaciona: Drets Humans, relacions de gènere, pobresa, accés i control dels recursos, etc.

A vegades la invisibilitat d'un problema fa que ni tan sols el considerem com a problema. La falta d'atenció a la salut sexual i reproductiva, entesa en el marc més ampli de les desigualtats de gènere, ve condicionada per aquesta invisibilitat, la qual en moltes ocasions és símptoma que ens manca un treball de reflexió intern, de fer un recorregut pels nostres pensaments, per les nostres actuacions diàries, per les relacions que establim amb els qui ens envolten. Així, tot i els avenços en reconeixements de drets, la millora dels serveis o l'augment en assignació de recursos que s'ha aconseguit no es podrà arribar molt lluny si no avancem en el canvi intern de cadascú de nosaltres.

En aquest número del *dCIDOB* hem intentat donar una visió de conjunt de diversos aspectes que directament incideixen en la salut reproductiva, des de la qualitat dels serveis de planificació familiar, fins a la situació de les dones a les societats en desenvolupament, passant per les conseqüències de la pandèmia del VIH/SIDA, per la violència de gènere, o les necessitats no satisfetes dels adolescents. També hem volgut donar una visió del treball que, sobretot des de les conferències del Caire i Beijing, s'està duent a terme des de diferents àmbits de la societat civil. La nostra voluntat, com la de totes les persones que hi treballen, és promoure una més gran sensibilitat envers la salut reproductiva, així com un major compromís per part dels poders públics. Esperem que aquesta publicació hi contribueixi.

## **dCIDOB 70-71.** **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Què és la salut reproductiva?  
Cynthia Indriso

# Què és la salut reproductiva?

Cynthia Indriso\*

**T**ot i els molts canvis que s'han produït en el camp de la salut reproductiva en els últims deu anys, l'interès per la salut de la dona és relativament recent. Durant molt temps la salut de la dona s'ha concebut només com un vehicle per a la salut infantil, com en la majoria dels programes d'atenció maternoinfantil; o per controlar el creixement demogràfic, com en la majoria dels programes de planificació familiar.

El 1987, diverses organitzacions de les Nacions Unides comencen la Iniciativa per a una Maternitat Sense Riscos: s'estimula els programes de salut maternoinfantil a tenir més atenció a la mare i, sobretot, a reduir la mortalitat materna (vegeu quadre 1). Aquest enfocament, tot i que força important, també ha esdevingut limitat, ja que tan sols era dirigit a les dones ja embarassades. A més, aleshores ja havia sorgit l'epidèmia del VIH/SIDA que obligaria la societat a enfrontar-se amb la necessitat d'estudiar i parlar sobre les relacions i els comportaments sexuals (vegeu quadre 2). Per a respondre algunes de les limitacions dels enfocaments anteriors sorgeix el concepte de *salut reproductiva*.

## La proposta del Caire

A la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament (CIPD), celebrada al Caire el setembre de 1994, i després d'extenses negociacions entre posicions a vegades radicalment oposades, s'aconsegueix consensuar la següent definició de salut reproductiva:

"La salut reproductiva és un estat general de benestar físic, mental i social, i no de simple absència de malalties, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu, així com en les seves funcions i processos. En conseqüència, la salut reproductiva inclou la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria, sense riscos, i de procrear, així com la llibertat per a decidir el fer-ho o no fer-ho, quan i amb quina fre-

\* Consultora internacional en salut reproductiva. Assessora del GIE.

**Quadre 1. Mortalitat materna al món (selecció de països)**

	*Risc de mortalitat materna (1 dona entre)	Parts atesos adequadament (%)
Afganistan	7	8
Àustria	5.600	100
Bangladesh	21	14
Bolívia	26	46
Brasil	130	81
Canadà	7.700	100
Xile	490	98

\* Al llarg de tota la vida

Font: *Safe Motherhood Fact Sheet* ([www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org))

**Quadre 2. Estimacions mundials sobre VIH/SIDA. Adults i nens (1998)**

Persones amb VIH/SIDA	33,4 milions
Noves infeccions de VIH el 1998	5,8 milions
Morts a causa del VIH/SIDA el 1998	2,5 milions
Nombre acumulatiu de morts a causa del VIH/SIDA	13,9 milions

Font: ONUSIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org))

qüència. Aquesta última condició porta implícits el dret de l'home i la dona a obtenir informació i a planificar la família a la seva manera, a més d'altres mètodes per a regular la fecunditat que no estiguin legalment prohibits i l'accés a mitjans segurs, eficaços, assequibles i acceptables; el dret a rebre serveis adequats d'atenció sanitària que permetin els embarassos, els parts sense riscos i donin a les parelles les màximes possibilitats per a tenir fills sans. En aquest sentit, i en consonància amb aquesta definició de salut reproductiva, la seva atenció la podem definir com el conjunt de mètodes, tècniques i serveis que contribueixen a la salut i al benestar reproductius, ja que eviten i resolen els problemes relacionats amb la salut reproductiva. Inclou també la salut sexual, l'objectiu de la qual és el desenvolupament de la vida i de les relacions personals, i no simplement l'assessorament i l'atenció en matèria de reproducció i de malalties de transmissió sexual" (paràgraf 7.2, Informe de la CIPD).

## Salut sexual, i no només salut reproductiva

Aquest objectiu es basa en els aspectes positius de la salut reproductiva, i no només en els problemes biològics, com són la malaltia, la discapacitat o la mort. Un fet de gran importància és que per primer cop, el rol central de la sexualitat en la salut reproductiva ha estat reconegut, és a dir, s'ha tingut en compte la capacitat i el dret d'escollir relacions responsables, equitatives i sanes amb un desenvolupament sexual sa.

## Els drets a la reproducció i a la sexualitat són Drets Humans

També s'aconsegueix una definició de drets reproductius que inclou "(...) el dret bàsic de totes les parelles i individus a decidir lliurement i responsablement el nombre de fills i l'espai entre els naixements; a disposar de la informació i dels mitjans per aconseguir-ho, i el dret a arribar al nivell més elevat de salut sexual i reproductiva. També inclou el seu dret a adoptar decisions relatives a la reproducció sense patir cap

discriminació, coacció ni violència, en conformitat amb allò establert en els documents de Drets Humans (...)” (paràgraf 7.3, CIPD).

## Resituant la salut dins un context de desenvolupament, Drets Humans i justícia social

La conferència del Caire representa un canvi important en el pensament tradicional sobre la població, el desenvolupament i la salut de la dona. El programa d'acció del Caire té un àmbit d'acció que va més enllà d'una preocupació pel creixement demogràfic i la necessitat de controlar-lo; arriba a un reconeixement de la interacció entre salut, pobresa i els models de consum i de producció. Dels programes de planificació familiar orientats a reduir la fertilitat passa a posar l'èmfasi en els programes de salut que reconeixen el dret dels individus a decidir lliurement el nombre i l'espaiament entre fills; d'una aproximació simplement tecnològica sobre el control de la fertilitat passa a una altra que té en compte la importància de la salut reproductiva.

Per primera vegada s'utilitza el concepte de Drets Humans en polítiques de població, de relacions de gènere i justícia social, i no només en el llenguatge o àmbit demogràfics. Cal dir també que la pròpia definició rebutja la coerció, la violència i la discriminació; i subratlla que tothom té el dret a una bona atenció sanitària. També és important esmentar l'èmfasi que es fa en l'assoliment d'un nou sistema d'atenció –millorant la qualitat del servei-, com a component clau dels serveis de salut reproductiva. D'aquesta manera, els programes de planificació familiar se situen dintre d'un camp més ample d'ingredients que componen una estratègia de millora de la salut.

### La promoció de l'empoderament i la igualtat de la dona

També reconeix que els serveis de salut no són suficients en si mateixos per arribar a la salut reproductiva, sinó

que han d'anar acompanyats de canvis en altres àrees, com són l'educació, sobretot de les nenes i les dones, la legislació per a prohibir la discriminació en contra de les dones i les nenes, i el reconeixement de l'avortament en condicions de risc com un problema important de la salut pública (vegeu quadre 3).

Al mateix temps, es passa de veure les dones com a objectes polítics de planificació familiar, a reconèixer-les com a subjectes, i a promoure l'equitat de gènere, així com la presa de poder per les dones com a condicions essencials per a la promoció de la salut i els drets reproductius.

### La promoció de l'increment de l'accés i el control de la dona als recursos econòmics

Perquè les persones puguin decidir lliurement sobre quan, com i en quines circumstàncies volen tenir fills, és necessari també que tinguin accés al poder de decisió i als recursos en altres aspectes de la seva vida, particularment en el camp del desenvolupament socioeconòmic. Això és especialment rellevant per a les dones, que durant molts anys han estat excloses i ignorades en el seu paper i major contribució al PNB, així com en els processos de desenvolupament.

### Protecció davant les malalties de transmissió sexual i totes les formes de violència sexual

Encara és més essencial poder tenir el control sobre la pròpia vida sexual i tenir la capacitat per a protegir-se de les malalties de transmissió sexual, entre d'altres coses. Les estadístiques, cada vegada més evidents, de violència domèstica, violacions, pràctiques nocives com les mutilacions genitals femenines (MGF), i altres manifestacions de coerció sexual a la qual estan exposades les dones i les nenes, reflecteixen la trista evidència que per a moltes dones aquest control i capacitat de protecció no existeix (vegeu quadre 4). Els abusos físics i sexuals estan estretament lligats a algunes de les realitats més problemàtiques de la salut reproductiva d'avui en dia com, per exemple, els embassos d'adolescents, les malalties de

transmissió sexual i el VIH/SIDA, així com una llarga llista de problemes ginecològics i psicològics. Els programes de salut reproductiva han d'incorporar la promoció de les relacions consensuades, equitatives i de respecte mutu.

## De la retòrica a la realitat

El fòrum d'ONG i representants governamentals, celebrat a La Haia el febrer de 1999 (El Caire + 5) –destinat a analitzar els progressos aconseguits a partir de l'aplicació del programa d'acció de la CIPD– ha subratllat la importància tasca portada a terme durant els últims cinc anys per desenvolupar les pautes marcades per la conferència del Caire. Segons Nafis Sadik, directora executiva del Fons de Població de Nacions Unides (FNUAP), “per sobre de tot, s'ha demostrat que (...) els programes en el camp de la població i el desenvolupament salven la vida de moltes dones (...). Aquestes actuacions ofereixen una vitalitat i unes opcions que van molt més enllà del simple i reduït espai familiar. Ajuden a alliberar la ment i alimenten l'esperit, ja que estan basats en principis ètics i morals (...). I hem demostrat que la nostra tasca és efectiva”.

Alguns dels avenços subratllats al Caire + 5 inclouen: més serveis d'atenció en salut reproductiva amb sensibilitat de gènere, una major atenció a la problemàtica de la salut sexual dels adolescents; i un increment en el nombre de plans d'acció nacionals de gènere amb l'objectiu de promoure i protegir els drets de les dones. No obstant això, al mateix temps, han quedat sobre la taula diversos reptes per al futur. Aquests són els següents:

### Posar l'accent en la relació entre pobresa, gènere, i drets i salut reproductius

Els esforços per a millorar la salut reproductiva només perduraran si s'assumeixen la dura realitat de la limitació en els recursos econòmics que pateix la gent que viu en situació de pobresa i les desigualtats de gènere en l'accés a aquests recursos. Els governs i el sector privat haurien de controlar l'impacte que produeixen sobre la dona la globalització de l'economia i la privatització dels sectors socials i sanitaris; i actuar per superar les distàncies de gènere i les desigualtats relacionades amb la participació de la dona en el mercat laboral. De la mateixa manera, la igualtat de gènere i l'empoderament de la dona han de ser inclosos en els programes de desenvolupament. Les reformes en el sector sanitari han de donar prioritat a la incorporació d'una perspectiva de gènere en totes les seves polítiques, programes i activitats. Aquestes pautes fomenten la implicació de la parella i la responsabilitat masculina.

**Quadre 3. L'índex de mortalitat a causa de l'avortament és centenars de vegades més alt en els PVD que en les regions desenvolupades del món**

Regió	Morts per 100.000 avortaments
PVD (excloent Xina)	330
Àfrica	680
Àsia del Sud i del Sud-Est	283
Amèrica Llatina	119
Països desenvolupats	0,2-1,2

Font: *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion World Wide*, 1999. New York: The Alan Guttmacher Institute.

**Quadre 4. Estadístiques sobre crims sexuals (països i ciutats seleccionats)**

	% d'autors coneguts per la víctima	% de víctimes de 15 o menys anys	% de víctimes de 10 o menys anys
Ciutat de Panamà	63	40	-
EUA	78	62	29
Lima (Perú)	60	-	18
Malàisia	68	58	18
Mèxic, D.F.	67	36	23
Papua Nova Guinea	-	47	13
Santiago de Xile	72	58	32

Font: Heisi, L. (et al.) (1994) *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. Washington, DC: The World Bank, Discussion Paper 255

### Millorar el contingut i la qualitat dels serveis de salut reproductiva

És necessari començar amb els programes existents, com són els de planificació familiar, maternoinfantil i de prevenció del VIH/SIDA, identificant acuradament quins són els canvis incrementals que puguin incorporar-s'hi. S'ha de promoure la investigació per identificar amb una major precisió quins són els elements de l'atenció per a la salut reproductiva que puguin proporcionar-se de manera íntegra en diferents contextos.

També s'ha de millorar la qualitat de l'atenció, per assegurar que els usuaris dels serveis queden satisfets i que la falta de qualitat no esdevingui un obstacle més en la recerca de la salut. Per això és important la formació, tant clínica com de gestió, dels planificadors i implementadors de programes.

Al mateix temps, altres temes urgents continuen necessitant una gran atenció: els índexs de mortalitat materna són encara molt elevats a molts països i la maternitat segura hauria de promoure's com un dret humà amb la màxima prioritat; la situació del VIH/SIDA és cada cop pitjor, mentre que la pràctica de l'avortament en males condicions continua essent la major causa de morts prematures i innecessàries de dones que viuen en condicions de pobresa.

Quan parlem de grups vulnerables i desfavorits, com els refugiats i els immigrants –particularment adolescents–, es necessita portar a terme un esforç suplementari i important, fet que fins ara ha estat difícil aconseguir a través dels serveis. És necessari també aconseguir un gran compromís polític per a la salut reproductiva i els programes per als adolescents, que abraci no només l'educació sexual, sinó també l'assessorament contraceptiu i sexual (vegeu gràfic 1). Per a tots aquests grups més vulnerables, es necessita una millor protecció davant la violència sexual i de gènere.

### Reforçar els esforços de suport a l'increment i mobilització de recursos

Es necessiten estratègies de suport per a promoure i divulgar el concepte de salut reproductiva, i un major com-

promís per part dels governs per tal que proporcionin recursos financers per a la implementació d'aquests programes. Tant països donants com països en vies de desenvolupament haurien de treballar dur per a portar a terme l'acord reafirmat al Caire referent a la distribució del 0,7% del PIB a l'Ajuda Oficial al Desenvolupament (AOD).

Aquests esforços també haurien de destinar-se per decretar i enfortir una legislació i unes polítiques que assegurin uns drets reproductius i una igualtat i equitat de gènere. Això significa un accés a la informació equitatiu i el ple accés de tots els serveis en salut reproductiva.

### Construint partenariats

Un partenariat amb èxit és un procés en marxa de perspectives de participació i coneixement compartits que funciona. Les parts necessiten tenir present els desequilibris en recursos i poder que existeixen entre elles, a més de desenvolupar una manera de treballar en equip basada en el respecte mutu, la responsabilitat i la transparència.

Els *partners* de tots aquells involucrats en polítiques, programes i serveis de salut reproductiva necessiten aconseguir els objectius de la CIPD, fent-ne partícips tant als líders polítics com als

religiosos, al sector privat, a la societat civil, als governs i a les ONG. S'haurien d'estudiar nous partenariats.

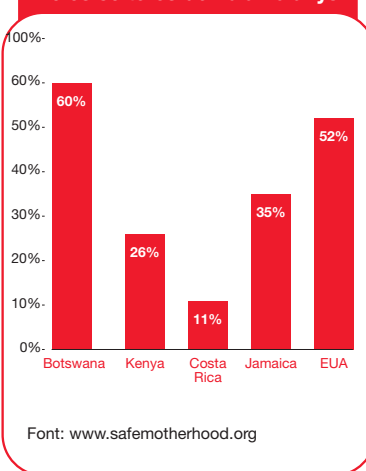
## Conclusions

Tant la conferència del Caire com la Quarta Conferència Mundial sobre la Dona celebrada a Pequín el 1995, han desencadenat un canvi social important, iniciant un debat sobre temes que ens afecten a tots, com són els assumptes relacionats amb les relacions íntimes, amb el nombre de fills que decidim tenir i amb el paper i l'estatus de la dona. El Capítol XV del programa d'acció de la CIPD proporciona un marc important per a les activitats dels governs i les agències governamentals i no governamentals, ja que fa una crida als governs a anar més enllà en els processos de participació, fomentant el lideratge i les responsabilitats de les comunitats, les organitzacions de dones i les ONG.

Els resultats del Caire + 5 mostren que l'experiència acumulada sobre la implementació de l'agenda del Caire encara és limitada, tot i així és clar que s'ha progressat. Però també és clar que queda molta feina a fer per a passar de la retòrica a la realitat a l'hora d'assegurar que tots els individus i les parelles posseeixin les condicions favorables, la informació necessària i els serveis adequats per a poder garantir la pròpia salut reproductiva i el benestar total. Sobre-tot, en el procés d'implementar els compromisos del Caire és necessari tenir una visió àmplia, però al mateix temps pragmàtica, per a poder traduir les polítiques en programes sostenibles que responguin a les necessitats reals de la població.

Allò que Hillary Clinton va anomenar "la guerra de cada dia", durant la seva presentació al Fòrum de La Haia, feia referència al reforçament del compromís i a partenariats creatius.

Tot i els desiguals progressos entre els diversos països i els reptes que encara romanen, una cosa és certa: la CIPD ha portat canvis molt sòlids, sense possibilitat de tornar enrere. ■

**Gràfic 1. Activitat sexual entre noies solteres de 15 a 19 anys**

## **dCIDOB 70-71.**

# **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Qualitat dels serveis de salut reproductiva i planificació familiar.  
Diana Sojo

# Qualitat dels serveis de salut reproductiva i planificació familiar

Diana Sojo\*

**D**es dels anys noranta la salut sexual i reproductiva es considera un dret humà bàsic de dones i homes, i els serveis de salut sexual i reproductiva (SSIR), així com de planificació familiar, un instrument per a aconseguir uns hàbits sexuals i reproductius més saludables.

S'ha avançat molt per a arribar a la definició de serveis de SSIR del Programa d'Acció de la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament del Caire (CIPD, 1994). Aquests estan universalment assumits des d'aquesta conferència i la de Pequín (sobre la dona, 1995): "l'atenció de la salut reproductiva es defineix com el conjunt de mètodes, tècniques i serveis que contribueixen a la salut sexual amb l'objectiu de desenvolupar la vida i les relacions personals, i no simplement l'assessorament i l'atenció en matèria de reproducció i de malalties de transmissió sexual" (Programa d'Acció de la CIPD).

És necessari fer una breu ressenya de l'evolució de l'avaluació dels serveis de planificació familiar en el transcurs del temps: durant els anys setanta i vuitanta, els criteris demogràfics foren centrals en les definicions de polítiques i projectes; per tant, els serveis eren valorats exclusivament en la mesura que aquests eren capaços de generar canvis positius en els indicadors de fertilitat.

En les avaluacions s'utilitzaven quasi exclusivament els indicadors quantitatius de cobertura i prestació de serveis. Posteriorment, es van introduir els conceptes d'accessibilitat en relació a la proximitat dels centres i l'amplitud d'horis d'atenció.

Els indicadors quantitatius de manera aïllada pateixen serioses limitacions. Exclouen el punt de vista dels/les usuaris/es, veritables protagonistes dels serveis.

\*Presidenta del Grup d'Interès Espanyol en Població, Desenvolupament i Salut Reproductiva (GIE). Ginecòloga. Membre de Médicos del Mundo.

Tradicionalment, la qualitat fou definida pels professionals sanitaris, els quals valoraven la forma en què s'oferien aquests serveis i la seva organització, sense considerar com eren percebuts, usats i valorats pels/les usuaris/es.

També és necessari considerar que la decisió de limitar la fertilitat és independent de l'accés a sistemes moderns d'anticoncepció i, moltes vegades, es fa a costa de sistemes com l'abstinència periòdica, el coit interromput o sistemes tradicionals. És a dir, en aquesta primera etapa, les necessitats i interessos de les dones no foren valorades en la majoria dels casos.

**Durant els anys setanta i vuitanta, els criteris demogràfics foren centrals en les definicions de polítiques i projectes [de planificació familiar]; per tant, els serveis eren valorats exclusivament en la mesura que aquests eren capaços de generar canvis positius en els indicadors de fertilitat**

Arribats a aquest punt, com definir la qualitat en els serveis de SSIR o planificació familiar avui en dia?

Jale va definir un programa d'alta qualitat com aquell que estigués orientat cap als beneficiaris i que tingués com a finalitat ajudar a aconseguir els objectius i fites reproductives d'homes i dones.

Sorgeix, al final dels vuitanta, la necessitat de trobar una eina per a valorar la qualitat de serveis de SSIR i planificació familiar que inclogués els conceptes clàssics de qualitat de serveis, així com els aspectes subjectius de les relacions interpersonals.

Per la seva banda, Judith Bruce dissenya a finals dels anys vuitanta un model a partir del de Donabedian per avaluar serveis de planificació familiar i SSIR basats en sis elements. Ho fa a partir de les seves experiències i de la seva percepció que els serveis del Tercer Món es troben en la cruïlla entre els seus dos ordres, aconseguir objectius demogràfics i garantir l'exercici dels drets sexuals i reproductius dels individus.

Aquests sis elements bàsics que s'utilitzen per valorar la qualitat dels serveis de planificació familiar són els següents: possibilitat d'elecció entre diferents mètodes, la informació rebuda pels usuaris, la competència tècnica, les relacions interpersonals, el seguiment i continuïtat i la varietat de serveis.

## Possibilitat d'elecció entre diferents mètodes o sistemes

Aquest punt, que és fonamental en la provisió de serveis de SSIR de qualitat, es refereix a la capacitat d'oferir diversos sistemes i alternatives, així com d'adaptar-se a les necessitats canviants de la salut sexual i reproductiva dels usuaris en el transcurs del temps, és a dir, la capacitat de donar respostes "a mida".

Els serveis han d'oferir opcions per a aquells que desitgin retardar o espaiar els naixements; per als que no desitgin més fills; per als que estan iniciant-se en les relacions sexuals; per les persones sense una parella estable, etc.



Les necessitats dels usuaris varien en el transcurs del temps, i els serveis han de donar resposta a aquests, així com considerar i adaptar-se a la variabilitat individual des del punt de vista d'edat, sexe, gènere, perfil de salut, creences religioses i opcions sexuals.

Oferir de manera adequada diverses alternatives és respondre a interessos pràctics (resoldre la demanda) i estratègics dels beneficiaris (empoderament, a l'enfortir la capacitat de decidir sobre la seva salut).

L'impacte positiu d'ampliar l'oferta de sistemes està extensament documentat. S'ha de garantir el subministrament en el transcurs del temps dels sistemes ofertats.

## Informació rebuda pels usuaris

Es refereix a la informació oferta durant la prestació dels serveis i que permet a l'usuari escollir i utilitzar el sistema de manera eficaç i amb resultats satisfactoris.

S'ha de proporcionar informació accessible, completa i precisa sobre els diversos mètodes de planificació familiar, i que inclogui els seus riscos i beneficis per a la salut, els possibles efectes secundaris i la seva eficàcia per a prevenir la propagació del VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual (MTS).

L'assessorament sobre les opcions més adequades per a cada cas particular ha de garantir la privacitat i confidencialitat. Un cop decidit el mètode, s'ha d'explicar com utilitzar-lo adequadament, els possibles efectes secundaris o indesitjables i com contrarrestar-los.

Tot aquest procés s'anomena "counseling" i el seu impacte en la continuïtat de l'ús ha estat àmpliament demostrat.

També s'ha d'oferir informació sobre les característiques del servei i com accedir-hi en cas de complicacions. La informació s'ha de complementar amb material escrit i/o gràfic.

## Relacions interpersonals

En aquest capítol s'han de valorar les relacions personals i la qualitat de comunicació dels integrants del servei amb la població beneficiària. Es pot definir com el contingut efectiu de la transacció client-proveïdor.

El tipus de relació generat amb els usuaris, juntament amb la informació rebuda per aquests i l'elaboració que d'aquesta en faran, condicionarà significativament la capacitat de participar activament en el procés de presa de decisions en relació a la vida sexual i reproductiva. Aquesta capacitat també influirà en la valoració que els/les usuaris/es fan del servei i, per tant, en la seva continuïtat.

## Els sis elements bàsics que s'utilitzen per valorar la qualitat dels serveis de planificació familiar són: l'elecció entre diferents mètodes, la informació, la competència tècnica, les relacions interpersonals, el seguiment i continuïtat, així com la varietat de serveis

El proveïdor ha de generar empatia, confiança i respecte, fet que facilitarà la comunicació bidireccional. Ha de tenir interès en els problemes plantejats pels/les beneficiaris/es.

Aquest tipus de relació no solament garantirà la satisfacció de l'usuari, sinó que serà la que permetrà que els equips es facin ressò de la perspectiva dels/les usuaris/es.

Tots els serveis han de desenvolupar, a ser possible des del seu disseny (pel qual comptaran amb la participació dels/les usuaris/es des d'aquesta etapa), activitats dins i fora del servei que incloguin activament la població i que garantitzin un nivell de comunicació interpersonal adequat, que pugui ésser avaluat i mesurat en el transcurs del temps. Els serveis han d'eliminar actituds sexistes.

## Competència tècnica

Es refereix a la perícia i capacitat del personal des del punt de vista clínic, seguiment de protocols, asèpsia a les intervencions i maniobres intrauterines.

Un personal poc entrenat pot fer fracassar un programa. Pot provocar disfuncions per excés o defecte. Per excés o medicalització restrictiva, si el personal és molt rígid i segueix protocols no acceptats als mitjans locals; per exemple, exigir una analítica per indicar anti-conceptius orals.

L'interès per a oferir un bon servei als usuaris és cosubstancial a la capacitat d'oferir-lo, i els proveïdors han d'estar convençuts de l'interès de seguir els protocols establerts.

Aquest és el punt menys valorat pels/les usuaris/es.

## Continuïtat i seguiment

Fa referència a tots aquells mecanismes que es posin en funcionament per afavorir la continuïtat en les intervencions amb els/les beneficiaris/es.

Per tant té com a objectiu enfortir la capacitat de resoldre problemes en la vida sexual i reproductiva, ja sigui de manera autònoma o amb l'ajut d'altres dones, promotores o equips professionals. Aquesta capacitat està molt relacionada amb els punts anteriors.

Està àmpliament demostrada la relació entre una adequada informació sobre efectes indesitjables i la continuïtat en l'ús d'un sistema modern. Les alternatives ofertes en els primers contactes davant la mala tolerància del sistema escollit, juntament amb una capacitat de resposta i atenció eficaç davant dubtes o efectes col·laterals, garantitzen un millor ús i fomenten l'autonomia dels/les beneficiaris/es.

La sensibilitat i la disponibilitat per a respondre a imprevistos també condicionarà una actitud més saludable (anticoncepció postcoital, violència sexual, etc.)

La informació escrita i la participació dels mitjans de comunicació representen altres mesures que fomenten la continuïtat i el seguiment en SSIR.

## Varietat dels serveis

Els serveis de SSIR i planificació familiar poden oferir-se com a serveis monogràfics (clínic o de distribució comunitària) o incorporats a una xarxa d'atenció primària; en ambdós casos poden tenir una dependència pública o privada.

Per tant, en aquest apartat es valora la relació entre les característiques dels serveis i les necessitats de salut de la població. Els serveis han d'adaptar-se a les necessitats reals i percebudes per la població on s'emmarquen.

Alguns serveis monogràfics inclouen diagnòstics i tractament de MTS, a més de salut maternoinfantil.

L'atenció a la salut sexual és paradoxalment la pitjor coberta per a tot tipus de prestacions, independentment de la dependència institucional, a més, s'ha mantingut en el transcurs del temps.

Existeix un nexe clar entre les relacions de poder entre homes i dones, la sexualitat i l'ús d'anticoncepció eficaç; i de tot això en relació a l'exercici d'una maternitat/paternitat desitjada i saludable.

Una altra prestació no sempre garantida és l'atenció a la demanda d'interrupció de l'embaràs, en aquells països on aquest estigui legalitzat, o a les complicacions de l'avortament provocat en aquells països en els quals aquest esdevé la principal causa de mortalitat en dones joves.

Els serveis haurien de donar suport a homes i dones per abordar tots els processos de la seva vida sexual i reproductiva, incloses l'atenció a infeccions ginecològiques, la prevenció del càncer, l'assistència a les complicacions de l'avortament espontani i provocat, així com la violència sexual. ■

**dCIDOB 70-71.**  
**Salut reproductiva i desenvolupament.**

Dades.

# Mortalitat materna

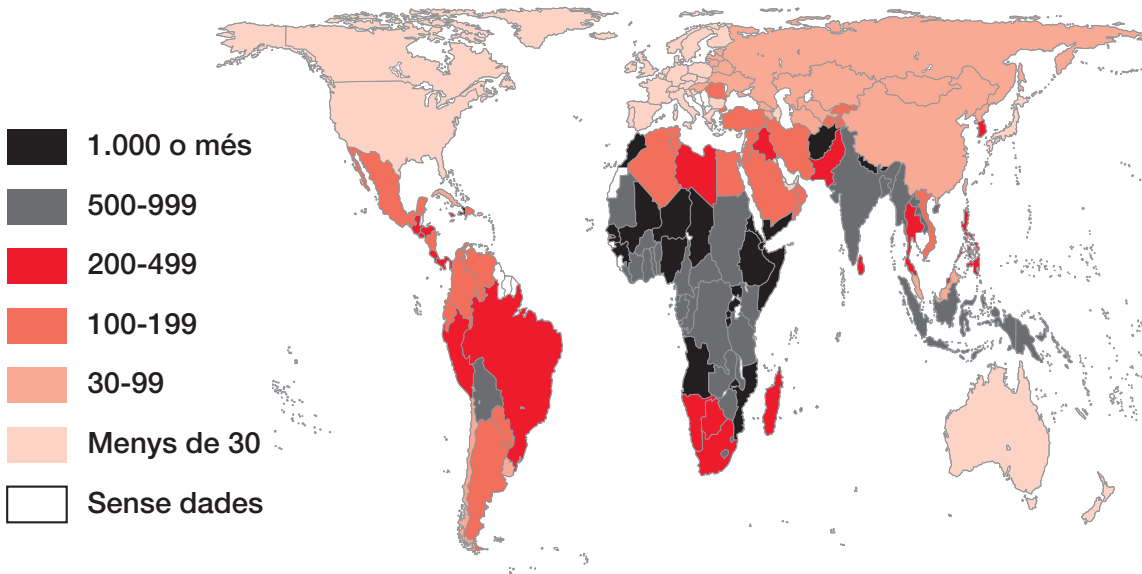
**G**airebé 600.000 dones moren cada any a causa de problemes relacionats amb l'embaràs, el part o els avortaments provocats. El 99% d'aquestes defuncions es produeixen a països en vies de desenvolupament.

La proporció de morts maternes del total de naixements vius és molt dispar entre les diverses parts del món: d'unes 8 morts maternes per cada 100.000 nascuts vius a molts països europeus, fins a 1.400 morts per la mateixa proporció de naixements a l'Àfrica Subsahariana. La major part d'aquestes defuncions es produeixen a les zones menys desenvolupades, especialment a l'Àsia i Àfrica.

Per fer front a aquesta realitat, dos són els factors que, si més no, poden ajudar a reduir la mortalitat materna: en primer lloc, l'actuació en l'àmbit de la planificació familiar, que ajuda la dona a retrassar el seu primer embaràs i a evitar els embarassos no desitjats, així com els avortaments provocats; i, en segon lloc, l'accés a serveis sanitaris durant l'embaràs, el part i el post part.

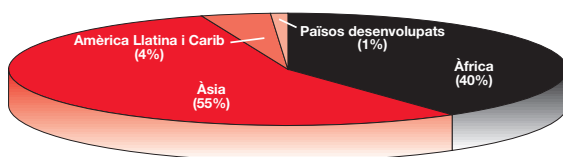
- 40 milions de naixements presenten cada any complicacions que afecten la salut maternoinfantil.
- 585.000 dones moren cada any a causa de problemes relacionats amb la maternitat.
- 7 milions de recent nascuts moren cada any per problemes relacionats amb la salut de la seva mare.
- Més del 90% dels nadons que perdin les seves mares durant el part moriran abans de complir un any.
- En els països desenvolupats, el 99% de la població gaudeix de l'accés als serveis d'atenció materna.
- En els països en vies de desenvolupament només el 52% de la població té accés als serveis d'atenció materna.

Índex de mortalitat materna, 1990 (per 100.000 nous nats vius)



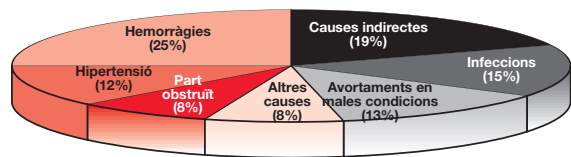
Font: Divisió de Població de les Nacions Unides, 1997.

Distribució de les morts maternes per regió (1990)



Font: OMS i UNICEF

Causes mèdiques de la mortalitat materna



Font: Banc Mundial, 1993

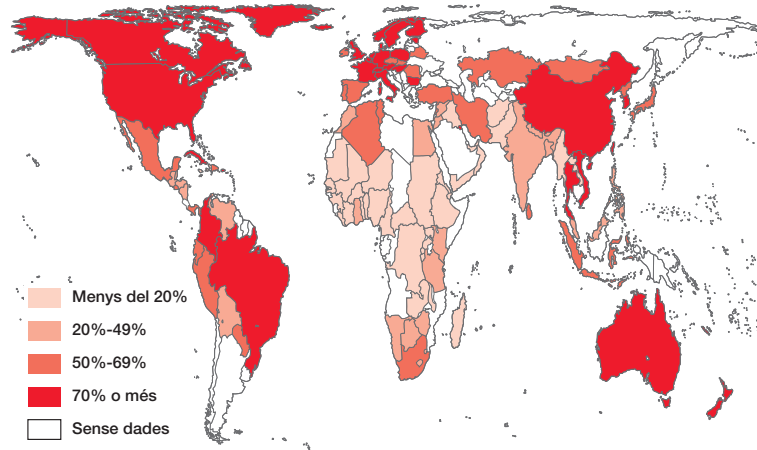
# Ús d'anticonceptius

**S'**ha demostrat que els programes de planificació familiar permeten regular, a llarg termini, la fecunditat a partir d'una opció voluntària dels/les usuaris/àries i de l'oferta d'una àmplia gamma de mètodes anticonceptius, amb el seguiment dels corresponents serveis de salut de qualitat. Si tenim en compte que la planificació familiar pot reduir la taxa total de mortalitat materna d'un 25% a un 30%, queda clar que la facilitat d'accés a mètodes anticonceptius segurs i eficaços és vital per a ajudar a salvar la vida de dones i infants arreu. Però, a més de prevenir els embarassos no desitjats, molts anticonceptius presenten beneficis per a la salut, com per exemple, els preservatius, que protegeixen contra diverses malalties de transmissió sexual (com la SIDA), o bé la píndola, que protegeix contra malalties inflamàtores de la pelvis, el càncer d'ovari o d'endometri, i els quists d'ovaris, entre d'altres patologies.

L'ús de mètodes de planificació familiar ha augmentat considerablement a nivell mundial en els últims 30 anys (ha passat del 10% al 54% en els països en vies de desenvolupament). Tanmateix, més de la meitat de dones casades o amb parella (concretament el 56%) utilitzen la planificació familiar a tot el món, tot i que aquest mateix percentatge varia notablement d'una regió a una altra (del 13% a l'Àfrica Occidental, al 81% a l'Àsia Oriental). Com podem observar a la gràfica, les dones de les regions on l'ús d'anticonceptius és més alt tendeixen a tenir menys fills.

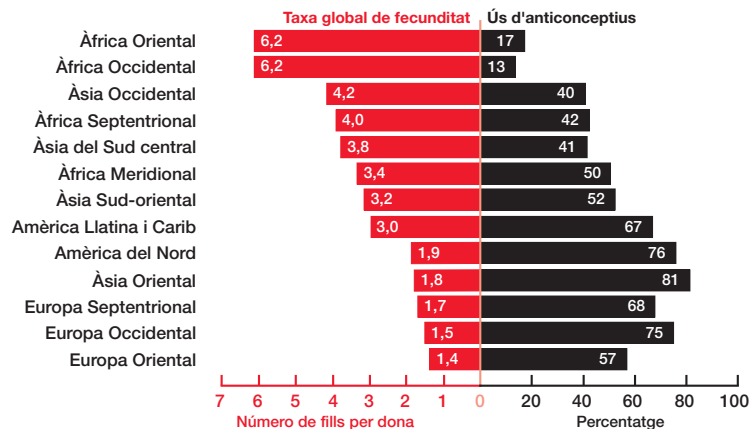
Les dones són qui normalment s'encarreguen de la planificació familiar, i els mètodes anticonceptius que més utilitzen són els següents: l'esterilització femenina, practicada per aproximadament la tercera part de les dones usuàries d'anticonceptius; el dispositiu intrauterí (DIU), per un 20%, i la píndola, un 15%. Cal aclarir que tant l'esterilització femenina com el DIU són en primer lloc pel seu gran ús a la Xina i a l'Índia. Pel que fa als mètodes anticonceptius masculins, aquests són utilitzats per un 10% de les parelles que usen anticonceptius.

- Més de 585.000 dones moren cada any per problemes relacionats amb l'embaràs.
- Els embarassos no desitjats tenen com a resultat entre 50 i 60 milions d'avortaments al món.
- Cada any moren unes 70.000 dones a causa d'avortaments en males condicions.
- En alguns PVD, l'espaiament dels naixements per almenys dos anys, pot disminuir la taxa de mortalitat infantil entre un 12% i un 36%.
- Hi ha més possibilitats que morin els fills de mares adolescents que els de mares amb edat entre 20 i 24 anys.



Font: FNUAP, 1997

## Fecunditat i ús d'anticonceptius a diverses regions (dècada dels noranta)

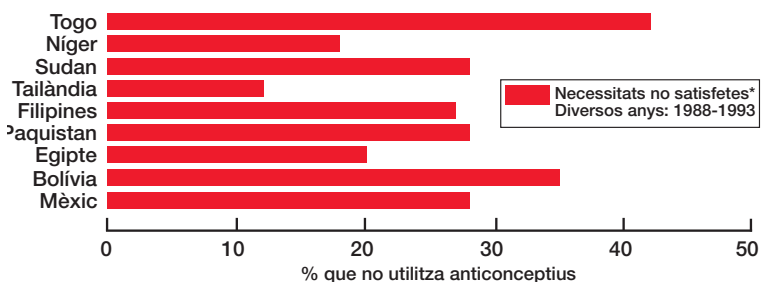


**Taxa global de fecunditat:** mitjana del nombre d'infants que una dona tindrà durant la seva vida, si els seus anys de reproducció transcorreguessin conforme a les taxes de fecunditat per edat d'un any determinat.

**Ús d'anticonceptius:** percentatge de dones en edat de procrear (dels 15 als 49 anys), actualment casades o amb parella, que usen algun tipus d'anticonceptiu.

Font: Population Reference Bureau, 1997.

## Necessitats no satisfetes d'anticonceptius. Percentatge de les dones casades entre 15 i 49 anys que potencialment necessiten anticonceptius.



\*Les necessitats no satisfetes són el percentatge de dones que desitgen no tenir més fills o que volen ajornar el seu pròxim embaràs, però que no utilitzen anticonceptius.

Font: FNUAP i Family Care International

# L'avortament en males condicions

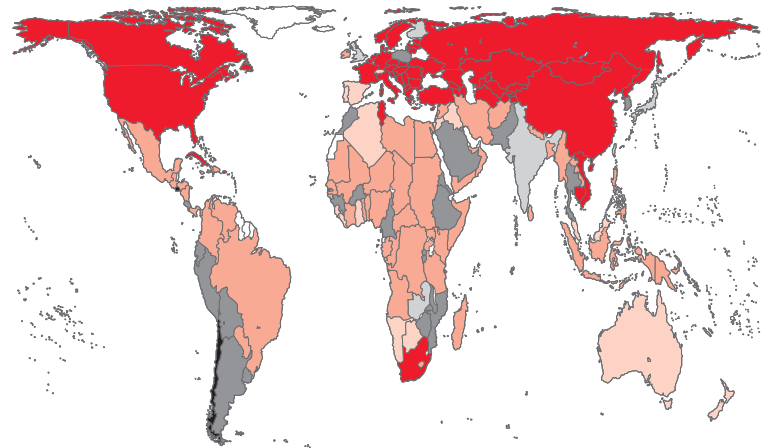
La pràctica de l'avortament suposa la clara manifestació que els programes de planificació familiar no arriben a tothom. Cada any es practiquen més de 40 milions d'avortaments a tot el món, dels quals s'estima que la meitat, és a dir, uns 20 milions són realitzats en males condicions.

Aproximadament 70.000 dones moren cada any a causa de complicacions d'avortaments en males condicions. Al món, aquest tipus d'avortaments representen el 13% de la taxa de mortalitat materna. En alguns països, aquest percentatge arriba al 60%.

Si bé el 61% de la població mundial viu actualment en països on l'avortament induït és permès segons un determinat tipus de casos o, fins i tot, per qualsevol raó sense cap restricció, una realitat ben diferent la representa la quarta part de la població del planeta, que viu en països on, exceptuant el cas que es posi en perill la vida de la mare, l'avortament està prohibit. En els casos més extrems, Xile i El Salvador, on es manté una legislació més restrictiva, l'avortament és definit com un delictes, amb penes tant pels que ofereixen aquest servei com per les dones que l'han dut a terme.

El Programa d'Acció del Caire considera un problema molt important de salut pública els avortaments en males condicions, i insta als governs, a les organitzacions intergovernamentals, així com a les ONG a ajudar a reduir el recurs de l'avortament mitjançant la prestació d'uns serveis de planificació familiar més amplis i de més qualitat. Al mateix temps, en els casos en què l'avortament no sigui contrari a la llei, aquest ha de realitzar-se en condicions adequades; però, sobretot, en tots els casos, les dones han de tenir accés a serveis de qualitat per tal de tractar les complicacions derivades de l'avortament.

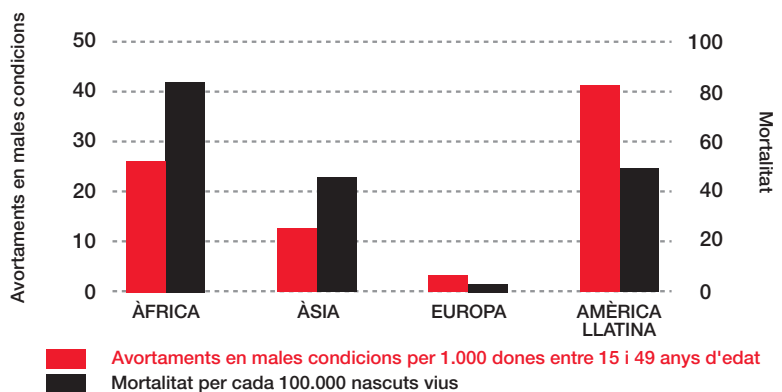
Legislació sobre l'avortament al món



- 2 països (0,4% de la població mundial). Totalment prohibit
- 52 països (24,9% de la població mundial). Per salvar la vida de la dona
- 23 països (9,8% de la població mundial). Per raons de salut física (i per salvar la vida de la dona).
- 20 països (3,4% de la població mundial). Per raons de salut mental (i per salvar la vida de la dona i per raons de salut física)
- 6 països (20,2% de la població mundial). Per raons socioeconòmiques (també per salvar la vida de la dona i per raons de salut física i mental)
- 49 països (41,4% de la població mundial). Sense restricció

Font: The Center for Reproductive Law and Policy

Incidència i mortalitat per avortaments en males condicions (1994)



Font: FNUAP, Family Care International (amb dades de l'OMS)

## **dCIDOB 70-71.**

# **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Situació i perspectives de la SIDA al món per a l'any 2000.  
Juan E. Garay

# Situació i perspectives de la SIDA al món per a l'any 2000

Juan E. Garay\*

## Magnitud del problema

Ningú sap amb precisió quina és la magnitud de la pandèmia de la SIDA a final de segle. Les estimacions de l'OMS i l'ONUSIDA (Programa conjunt de les Nacions Unides sobre el VIH/SIDA) han variat en els últims anys, més a causa de les fonts i mètodes d'anàlisi que de la pròpia epidèmia. En tot cas, les últimes estimacions de l'informe d'ONUSIDA de 1998 es basen en un major nombre de dades de sistemes de vigilància epidemiològica, especialment els basats en la seroprevalença (proporció de portadors del virus) en clíniques antenatals, allà on la infecció afecta gairebé per igual homes i dones, com és el cas de l'Àfrica Subsahariana. D'aquestes dades s'elaboren les estimacions globals, que són realment alarmants: més de 33 milions d'infectats (el 0,6% de la població total i l'1% de la població adulta mundial), una cinquena part de les quals –gairebé sis milions– són infeccions produïdes durant l'any passat (unes 16.000 diàries), especialment a les regions més pobres del planeta, com l'Àfrica Subsahariana, on el 8% de la població viu infectada. Durant el 1998, quasi dos milions de persones van morir per la SIDA, de les quals el 70% ho va fer a l'Àfrica i el 90% als anomenats països en vies de desenvolupament (PVD).

## Tendència

A Europa i a Amèrica del Nord l'epidèmia està minvant. De fet, tot i l'augment de la supervivència i el nombre de casos i morts de SIDA, l'estadi final de la infecció està disminuint. Això suposa que la progressió de la infecció a la societat ja va començar a disminuir fa uns deu anys, a finals dels anys vuitanta.

\* Departament de Salut Internacional.  
Instituto de Salud Carlos III, Madrid

**A Europa i a Amèrica del Nord l'epidèmia està minvant (...) A la resta del món, les dades d'infectats indiquen que la pandèmia segueix en expansió a les capes marginals d'Amèrica Llatina, Sud-est d'Àsia i, especialment, a l'Àfrica Subsahariana**

Tot i això, a la resta del món, les dades d'infectats indiquen que la pandèmia segueix en expansió a les capes marginals d'Amèrica Llatina i del Sud-est asiàtic i, especialment, a l'Àfrica Subsahariana, sobretot en les zones rurals.

## Epidemiologia

Des de fa molt poc temps, sembla clar que l'origen del virus en els humans procedeix de la seva evolució a partir d'un virus similar en els ximpanzés africans. Sigui quin sigui l'origen, el que sí ha demostrat aquest virus en la seva curta evolució és la capacitat –per la seva altíssima taxa de mutacions– de sobreviure als atacs immunològics de l'home i de perfeccionar els seus mètodes de transmissió per fer-los més efectius i per vies més esteses. És per això, i al marge de factors socials, que a l'Àfrica Subsahariana, on el possible origen i la magnitud actual del problema semblen indicar que el virus és més evolucionat, la transmissió heterosexual és més freqüent i més efectiva.

Abans que el virus hagi pogut arribar a aquesta capacitat de transmissió, l'epidèmia ha estat controlada a Europa i Amèrica i, tot i que encara és un problema de salut, avui en dia en patim les conseqüències dels anys vuitanta i principis dels noranta. Tot i això, el virus evolucionat i adaptat a una transmissió heterosexual té una gran repercussió a Àfrica i en àmplies capes marginals d'Amèrica Llatina i Àsia.

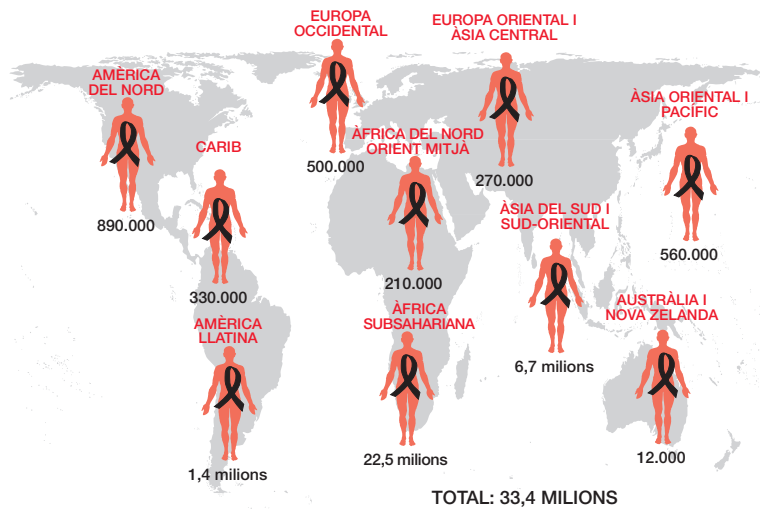
La transmissió heterosexual, que domina l'epidemiologia del virus en els PVD, fa que molts nens siguin infectats per les seves mares durant l'embaràs, el part i l'alletament (cada cop hi ha una major evidència de la importància d'aquesta via). Gairebé mig milió d'infants varen ser infectats pel virus durant l'any passat, el 90% d'ells a l'Àfrica Subsahariana.

## Impacte en la salut de les poblacions

L'efecte directe en la salut és la pròpia morbimortalitat (malalts i morts) per la SIDA. Globalment és la tercera infecció quant a nombre de morts, darrere de les infeccions respiratòries de la infància i de la tuberculosi. A gran part de l'Àfrica Subsahariana és la primera causa de mort en adults i també en menors de 5 anys. Aquest augment de mortalitat ha fet que les taxes de mortalitat infantil hagin augmentat (fins a nivells de fa 20 anys en molts països d'Àfrica), i que l'esperança de vida hagi baixat (més de deu anys en els deu països més afectats per la pandèmia).

Però la SIDA no solament afecta la salut dels infectats pel virus. Les necessitats assistencials d'aquests, tot i no estar plenament satisfetes, saturen els serveis de salut dels països més pobres i amb major prevalència, exhaureixen els seus escassos recursos humans i materials, i afecten la capacitat i qualitat assistencial de la resta de la població. Per

## Nombre estimat d'adults i infants que viuen amb el VIH/SIDA (finals de 1998)



Font: ONUSIDA

altra banda, les infeccions associades a la SIDA, especialment la tuberculosi, augmenten també en la resta de la població, així com en les capes més resistents.

### Impacte socioeconòmic i demogràfic

La major part dels malalts i morts pel virus en els PVD, especialment a l'Àfrica Subsahariana, pertanyen a l'edat productiva de la població. En zones urbanes on l'epidèmia va créixer abans i més ràpidament durant els anys vuitanta, bona part de la població infectada (cal dir que molts d'ells ja han mort) pertanyien a les capes socials de més alt nivell educatiu, fruit aquest dels esforços educatius dels processos d'independència dels anys seixanta. La malaltia i la mort d'aquestes persones deixa milions de llars sense la seva principal font d'ingressos, que ja eren escassos en economies de subsistència. Hi ha més de 8 milions d'orfes a causa de la SIDA, la gran majoria d'ells a l'Àfrica. Ningú ha pogut mesurar encara l'impacte econòmic d'aquesta pèrdua humana en aquestes zones, però sembla clar que tardaran –si l'epidèmia comencés a minvar, la qual cosa no sembla gens probable– diverses generacions a recuperar-se. Tot i l'enorme mortalitat produïda pel virus, aquesta no ha afectat el creixement demogràfic de la població, que en els països de major prevalença té el seu origen en les altes taxes de natalitat. En països com Zimbabwe –amb la major seroprevalença del món, superior al 20%– la taxa de creixement segueix essent positiva, encara que la generació que neix en aquest canvi de mil·lenni afronta un gran patiment humà per raó de la malaltia.

### Aspectes clínics de la malaltia

Com és ben sabut, la infecció pel virus de la SIDA es manté latent i en projecció durant molt de temps, uns deu anys de mitjana. Durant aquest temps, l'immensa majoria dels infectats, especialment en els PVD, no saben que ho estan. I tot i que ho poguessin saber, les teràpies antivirals que retarden la progressió de la malaltia no estan disponibles en aquests països. Hem de destacar també que la SIDA, al ser una malaltia bàsicament de transmissió sexual, s'associa sovint a altres malalties que comparteixen aquesta via de transmissió. Quan això succeeix, les taxes de transmissió són molt més elevades.

**Les limitacions diagnòstiques i terapèutiques dels països on pateixen la majoria dels malalts de SIDA al món (els PVD) ens fan veure que, efectivament, la “SIDA del Nord” és una malaltia ben diferent a la “SIDA del Sud”. Així, la SIDA és un clar exemple de les desigualtats de la Humanitat**

Quan el virus acaba guanyant el sistema immune, després de deu anys de lluita, comencen els símptomes de la infecció pel virus, i els relacionats amb les infeccions i tumors oportunistes en condicions de dèficit immunològic. Una de les poques bones notícies sobre la SIDA a l'Àfrica, és que només agreuja les malalties endèmiques tropicals com la malària i els paràsits intestinals i tissulars (filàries i altres). L'infecció que acaba amb la vida de gairebé la tercera part de malalts de SIDA en països pobres és la tuberculosi. Una altra malaltia terminal freqüent en aquests pacients és la caquèxia (*slim disease*) causant de descomposicions greus i debilitat progressiva.

### Diagnòstic i tractament de la malaltia en països pobres

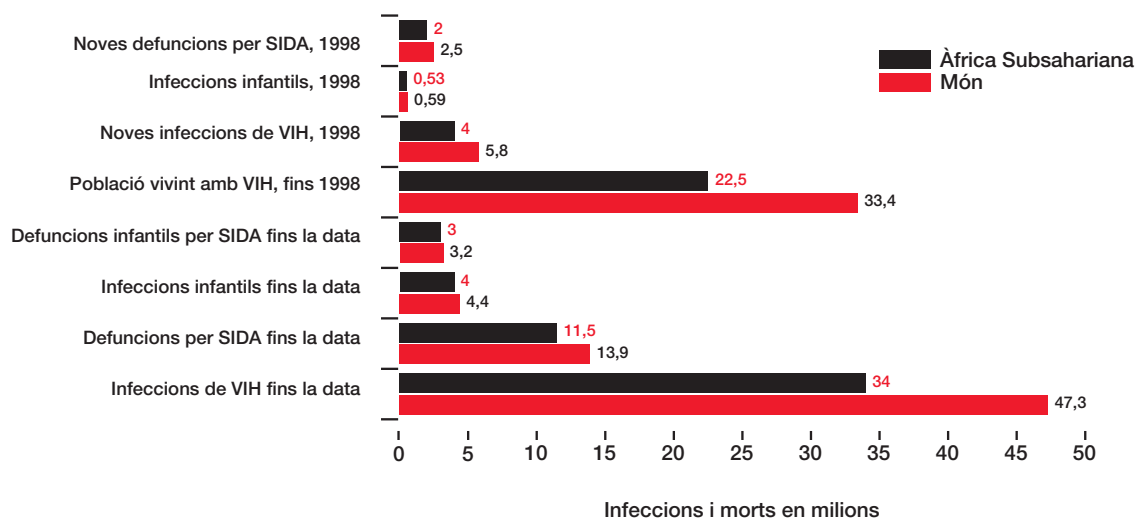
Des de la introducció de les teràpies múltiples antivirals, la SIDA s'ha anat convertint en una malaltia crònica que aviat tindrà una quantitat i qualitat de vida no inferiors a la diabetis o la hipertensió. Tot i així, les limitacions diagnòstiques i terapèutiques dels països on pateixen la majoria dels malalts de SIDA al món –els PVD– ens fan veure que, efectivament, la “SIDA del Nord” és una malaltia ben diferent a la “SIDA del Sud”. D'aquesta manera, la SIDA és un clar i vergonyós exemple de les terribles desigualtats i injustícies de la Humanitat al final d'aquest mil·lenni.

Les limitacions comencen per la capacitat diagnòstica. No sempre es tenen suficients tests serològics per identificar els malalts de SIDA, i encara que hi hagués suficients tests, el diagnòstic serològic planteja qüestions ètiques, ja que la limitació dels tractaments disponibles produeix en molts casos que conèixer l'estat de la infecció no canviï les decisions terapèutiques. I si tampoc existeixen condicions familiars i socials perquè aquesta informació tingui un impacte positiu, es pot produir el cas que els riscos (com l'ansietat i totes les seves conseqüències) superin els beneficis. Però a més de la limitació en el diagnòstic de la infecció, els mitjans per a identificar infeccions o tumors oportunistes associats a la SIDA són escassos.

Així, encara que es pogués diagnosticar amb una major precisió la malaltia i les seves condicions clíniques associades, les possibilitats de tractament són mínimes. S'ha estimat que si s'ofereix teràpia antiviral als pacients infectats i malalts a l'Àfrica Subsahariana, es necessitarien deu vegades la totalitat de tots els seus pressupostos de salut només per cobrir els costos dels medicaments d'aquests pacients. En quasi tots aquests països ni amb la totalitat del producte nacional brut es podrien cobrir aquests costos. Pel que fa als



## Estimació del VIH/SIDA al Món i a l'Àfrica Subsahariana



Font: *AIDS epidemic update*, December 1998

tractaments d'infeccions oportunistes, a l'Àfrica Subsahariana aquests pràcticament es limiten a les micosis superficials, les neumònies i otitis bacterianes i les tuberculosi. Respecte a les altres condicions associades amb la SIDA, no es poden oferir tractaments estàndard occidentals i es fan o bé adaptacions que al cap i a la fi no són gaire efectives o bé tractaments paliatius. És aquest punt, l'àrea de les atencions paliatives, on més feina hi ha de cara a millorar la qualitat de vida dels pacients, ja que amb els mitjans disponibles tan sols s'aconsegueix augmentar relativament la quantitat de vida.

Aquestes limitacions fan que els pacients i les seves famílies busquin remeis en la medicina tradicional, un camp de cooperació que encara no ha estat desenvolupat de manera adequada.

## Prevenió de la infecció

En una epidèmia tan tràgica, on a més a més el tractament és tan ineficaç, cal concentrar els esforços cap a una prevenció. L'experiència a Europa i Amèrica ens ensenya que la informació i l'accés als mètodes preventius han controlat l'epidèmia, si bé aleshores encara estava limitada en gran mesura a grups de risc específics.

Des de finals dels vuitanta, els governs i les organitzacions no governamentals han desenvolupat importants esforços d'informació i educació sobre vies de transmissió. L'accés a mètodes de barrera, que suposa el mitjà més efec-

tiu en la prevenció, ha estat desigual. En part, l'accés i l'ús d'aquests mètodes, tant important en el control de la pandèmia a Occident, la devem a les idees i actituds enfrontades de les influents organitzacions professionals i de la resta de les iniciatives. D'aquesta latent confrontació en surten afectats els drets de les persones (drets a una informació objectiva, a un accés i elecció lliure de mètodes preventius, i el dret a la salut) i la seva salut ("quan els elefants lluiten, qui ho pateix és l'herba").

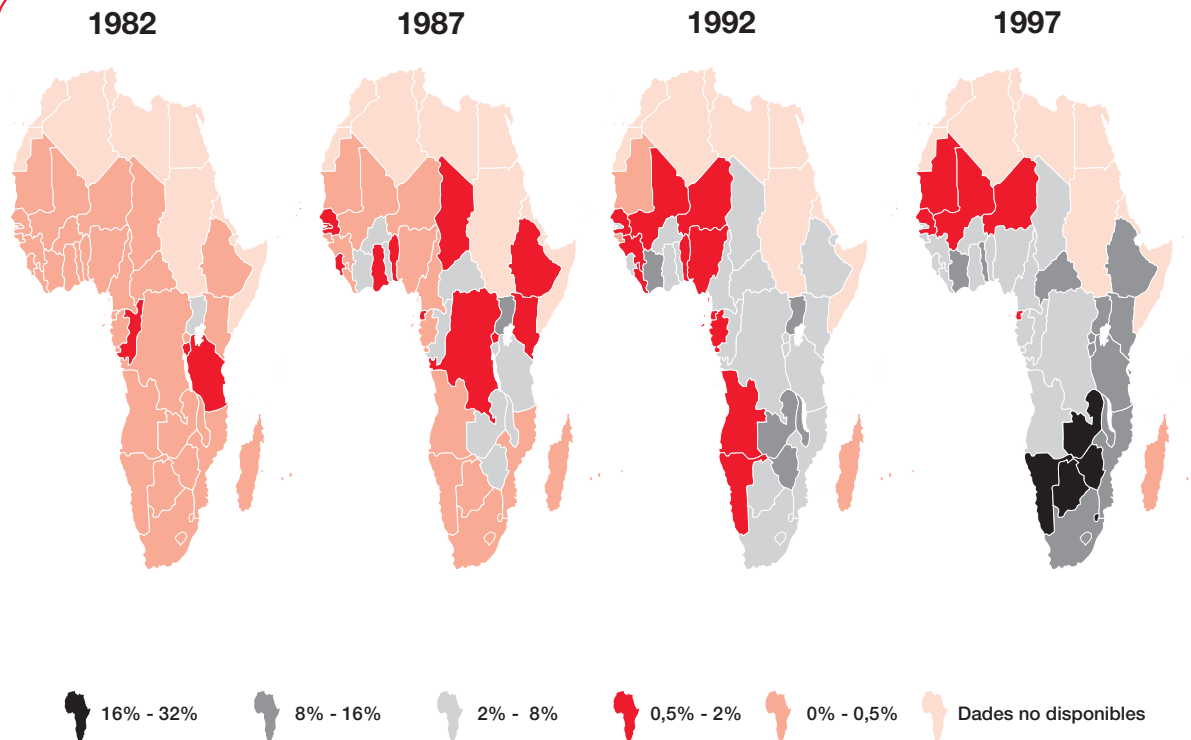
Seria molt llarg i complicat analitzar en aquest moment els complexos factors antropològics, socials, econòmics i molts d'altres, que influeixen en l'educació per a la prevenció de la SIDA, tan inefectiva fins avui en dia a molts països.

Una altra realitat suposa la prevenció de la transmissió de mares a fills. Des de fa uns cinc anys, és sabut que la teràpia antiviral durant gran part de l'embaràs i durant el mateix part disminueix la taxa de transmissió de mare a fill. Aquestes teràpies, com ja s'ha dit abans, es mantenen inaccessibles pel seu cost als pressupostos dels països on viuen la majoria de les persones infectades en el món. És sabut també, que les teràpies limitades a l'última setmana o ja en el moment del part tenen una menor eficàcia, però en canvi prevenen una proporció d'infeccions, fet que es pot traduir en milers de vides. Tot i així, el cost és excessiu per als països pobres de l'Àfrica Subsahariana. El més terrible, però, és que gran part d'aquest cost fa augmentar el benefici dels laboratoris que produeixen aquests

medicaments, fins i tot quan el període de patent ja ha vençut. ONUSIDA intenta arribar a acords per a la seva distribució en països pobres a preus més baixos però, de fet, encara no hi ha programes exclusivament dedicats a aquesta finalitat. Mentrestant, cada dia gairebé 2.000 nens neixen infectats davant la passivitat del món ric. Tots en som responsables, d'aquesta sagnia humana, el cost del fitxatge d'un jugador de futbol del club del qual en som afeccionats podria salvar milers de vides de nens (concretament, en els últims casos, més de 50.000 nens). Després de veure aquesta realitat, podem seguir dormint tranquils? Com deia Gandhi "quan posseeixo més que el meu germà i a ell li és difícil sobreviure, li estic robant". La SIDA posa en evidència la injusta distribució amb la qual afrontem l'any 2000. ■

**S'ha estimat que si s'oferís teràpia antiviral als pacients infectats i malalts a l'Àfrica Subsahariana, es necessitarien deu vegades la totalitat dels seus pressupostos de salut només per cobrir els costos dels medicaments necessaris**

Propagació del VIH/SIDA a l'Àfrica Subsahariana, del 1982 al 1997  
 Percentatge estimat d'adults (de 15 a 49 anys) infectats pel VIH



Si fem cas de les estimacions d'ONUSIDA i l'OMS, 7 de cada 10 persones infectades pel VIH durant el 1998 viuen a l'Àfrica Subsahariana, proporció que passa a ser 9 de cada 10 quan parlem de nens menors de 15 anys. L'estadística és especialment alarmant si tenim en compte que a la zona només hi viu un 10% de la població mundial.

El 1998, la SIDA va provocar uns dos milions de defuncions a l'Àfrica Subsahariana, mentre que l'estadística puja el doble quan sumem el nombre de persones que varen contraure la infecció al mateix any.

Fent un cop d'ull a l'evolució de la malaltia durant 15 anys, des del 1982 al 1997, veiem que el gruix de les zones més afectades es concentra a l'Àfrica Oriental, i particularment a la part més meridional del continent. Països com Botswana, Namíbia, Swazilàndia, Zimbabwe o Zàmbia han patit una evolució fatal des de principis de la dècada dels vuitanta. És precisament en aquesta zona, l'Àfrica Austral, on els índexs d'adults infectats pel virus assoleix unes xifres alarmants. Per altra banda, un país que sembla que entrarà al nou mil·lenni en la mateixa situació que els anteriors és Sud-àfrica, a causa de l'espectacular increment d'infectats durant el 1998.

Un sector de la població especialment amenaçat el representen els joves, els quals inicien les relacions sexuals quan encara són adolescents, sovint abans dels 15 anys. Un fet sorprenent és la gran diferència entre nois i noies infectats de la mateixa edat. En un estudi realitzat a Kenya, s'ha comprovat que un 22% de les noies de 15 a 22 anys estan infectades pel virus, mentre que el percentatge de nois de la mateixa edat és del 4%. Ara bé, altres casos com Uganda o Tanzània han aconseguit baixar dràsticament el nombre d'adolescents infectats gràcies a la promoció de preservatius i a la difusió de campanyes d'educació a les escoles i associacions juvenils.

A totes aquestes estadístiques, però, se li ha d'afegir un fet social molt important i que incideix molt negativament en la lluita contra la SIDA: el silenci nascut de la vergonya i la culpa, que segueix essent la principal causa de la dificultat a aturar aquesta greu malaltia. En un estudi recent sobre assessorament i proves voluntàries ofertes a dones embarassades a països en desenvolupament, s'ha comprovat que a molts llocs amb una prevalença summament elevada del virus, les dones rebutjen sotmetre's a les proves o simplement no recullen els resultats de les mateixes. Aquest és, sense cap mena de dubte, un mal intrínsec a moltes societats africanes que cal eradicar urgentment de cara a encerclar la propagació d'aquesta greu epidèmia.

Font: ONUSIDA, 1998

**dCIDOB 70-71.**  
**Salut reproductiva i desenvolupament.**

“La passió de l’Aurora” Reflexions sobre la violència de gènere.  
Coto Talens

# “La passió de l’Aurora”

## Reflexions sobre la violència de gènere

Coto Talens\*

*“El dia que la dona pugui estimar  
amb la seva força i no amb la seva debilitat,  
no per fugir de si mateixa,  
sinó per retrobar-se,  
no per renunciar, sinó per afirmar-se,*

*Aleshores, l’amor, tant per a ella  
com per a l’home  
serà una font de vida  
i no un perill mortal”.*

Simone de Beauvoir

**T**ot i els 50 anys transcorreguts des de la primera edició del *Segon sexe* de Simone de Beauvoir, el text que ens regala l’autora expressa tota la seva vigència i ens endinsa en una reflexió de completa actualitat: la violència domèstica.

La violència contra les dones en l’àmbit familiar, la violència de gènere, es fonamenta en un clar exercici de poder i dominació que estableix i reforça unes relacions asimètriques en les quals la submissió, l’aïllament i el dolor apareixen, a la dona, com a únics espais possibles.

Forma part d’una estratègia, més o menys conscient, més o menys subtil, en la qual l’objectiu és neutralitzar el desig i controlar les emocions *de l’altre*, és a dir, anul·lar la seva consciència subjectiva. D’aquesta manera *l’altre*, en la majoria dels casos, *l’altra*, acaba percebent-se com a simple objecte, susceptible d’èsser posseït pel subjecte que l’enfronta.

L’abordatge del problema és complex, existeixen factors culturals i socials que legitimen i perpetuen aquests patrons i sobre els quals hauriem d’actuar sense dilació, no solament pel dolor de les dones que en pateixen les conseqüències, sinó per la societat en general doncs, *qualsevol gest, qualsevol acte en el que algú se senti legitimat a utilitzar un poder, atorgat pels seus avantpassats, per malmetre físicament, psíquicament i/o emocionalment la persona*

**La privacitat de l’àmbit en el què s’exerceix la violència contra les dones, el silenci i la tolerància social encobreixen el problema, dificultant la seva anàlisi i la capacitat d’intervenció**

*que creu posseir, malmet a la vegada la dignitat de cadascun/a de nosaltres.*

Per altra banda, la privacitat de l’àmbit en el qual s’exerceix aquest tipus de violència, el silenci i la tolerància social encobreixen el problema, dificultant la seva anàlisi i la capacitat d’intervenció.

Però existeix un altre punt de vista que no hem d’obviar. La violència familiar, per a limitar-se a l’àmbit de les relacions personals, es recrea i alimenta en la inter-subjectivitat humana propiciant, mitjançant *la delegació que la dona fa del seu propi poder*, el manteniment d’aquestes relacions estructurades sota el domini i la influència de l’home i que, al confondre’s amb la quotidianitat i desenvolupar-se en el marc “d’allò privat”, la mantenen en la més absoluta precarietat de recursos, “impossibilitant” així la seva reacció enfront d’aquesta situació.

El poder, en si, no és fàcil de conquistar, i encara menys si aquesta forma de poder no connecta amb la mirada subjectiva amb la qual la dona, des del seu propi desig, recrea allò que, massa vegades, és considerat com “la utopia” d’unes relacions renovades.

És aquí on tornem a les paraules de Simone de Beauvoir: “*El dia que la dona PUGUI estimar...*”. El poder com a possibilitat..., el permís que ella mateixa ha de concedir-se..., l’espai i els recursos per a conquistar-lo...

*“Solament en les penombres, en les ombres, nia l’alliberament per al mateix sol, d’aquell seu propi regne que l’apersona, a ell mateix, amb el seu propi poder”.*

María Zambrano

El pensament de María, la reflexió que ella fa de la figura de l’Aurora, ens proposa el dolor com a font de coneixement... i del poder al qual s’arriba des d’ell. Per això, *és urgent iniciar el procés de desvictimització de les dones que han sobreviscut a la violència en qualsevol de les seves formes*. Elles integren en si mateixes els recursos necessaris per a “renéixer” i en el trànsit per aquesta passió, “la passió de l’Aurora”, pot transcendir aquest dolor permetent-se el procés que els torni la identitat. Així, les dones passen de ser objectes (d’agressió, d’assistència, d’intervenció, etc.) a ser subjectes de la seva pròpia vivència.

\*Associació de Tècnics Especialistes en Investigació i Estudis sobre la Realitat Llatinoamericana (ATELIER)

Trobem en aquest punt alguns suggeriments, per a aquells qui sentim la necessitat de situar-nos enfront la violència, que ens conviden a actuar des del respecte i l'apreci a la singularitat, a l'especificitat de les dones que viuen i/o sobreviuen a relacions de violència. Són els següents:

- Facilitar espais d'escolta..., l'escolta mancada de judici..., l'escolta que permet al propi subjecte començar a percebre's com a tal i prendre consciència dels recursos que amaga.

- Acompanyar els processos, en virtut dels quals es propicia la recerca de l'autonomia del subjecte, autonomia/"interdependència", com a ampliació d'opcions, capacitat per decidir..., amb la qual s'adquireix una major força per afrontar... unes noves relacions equitatives..., basades en el respecte, l'apreci a la diversitat i l'enriquiment mutu.

- Promoure grups de suport i la seva articulació en xarxes, possibilitant l'obertura dels espais de comunicació i intercanvi d'experiències, no solament per donar resposta a les necessitats de comunicació d'un sector de la població especialment sensible a l'aïllament social, sinó també per servir de suport a altres iniciatives de participació social a favor de la pau, la tolerància i el respecte als Drets Humans.

Podria semblar que la reflexió ens condueix a pensar la recerca de la pròpia subjectivitat, com a recurs/dret necessari només per a la dona, però no és cert. Els homes, pel seu compte, han emprès un camí paral·lel, tal vegada amb l'esperança que "més aviat que tard" ens estiguem trobant amb la certesa, des de meitat de segle anunciada per Simone de Beauvoir, que *l'amor (les relacions humanes) és una font de vida i no un perill mortal*.

Heus aquí un testimoni, "un altre present", que ens arriba, aquesta vegada, del Sud:

*"És cert que, (...) els homes som criats en una cultura que alimenta que ens sentim en el dret de fer qualsevol cosa amb les dones. Però de la mateixa manera que tots som responsables del tipus de societat que hem construït, també cadascú és responsable dels seus actes individuals."*

Amb aquestes paraules extretes de *La Boletina* (revista nicaragüenca editada per l'organització Puntos de Encuentro), Rubén Reyes (membre del grup Hombres Contra la Violencia, Nicaragua), en la seva carta oberta, ens aporta "una altra mirada" envers el tema que ens ocupa. És la mirada de l'home que no vol eludir la responsabilitat dels seus propis actes i, amb valentia, afronta la seva revisió i es prepara pel canvi...

*"(...) Per mi, la redempció implica, no solament reconèixer que el mal ja està fet i que n'he d'assumir les conse-*



*qüències, sinó procurar reparar el mal de la millor manera possible. Una manera és evitar que més persones segueixin patint per aquesta raó (...)"*

Seguint amb el seu propi text, Rubén Reyes transcendeix el concepte de "redempció" com a pura restauració del mal infringit a la dona, i proposa un nou procés de restitució de la dignitat de tots/es. Segons les seves pròpies paraules, *"no és fàcil per a cap home admetre que hem abusat del nostre poder (...)"*, aquest procés començaria amb l'abolició de les relacions de domini, en una revisió constant de les actituds i valors que s'hi troben...

*"(...) També sé que la redempció és un procés que mai s'acaba. He d'actualitzar-la cada dia amb el compromís de mai més tornar a abusar de ningú (...) En fi, em redimeixo cada dia amb cada acte en el qual contradic allò que em va ensenyar el masclisme (...)"*

Aquest és un exemple d'una nova identitat masculina emergent, tan necessària per als homes que abusen, més o menys conscientment, del seu poder, com per a aquells que, i també existeixen, reclamen el seu dret a "renéixer" amb una nova subjectivitat. ■

**Emergeix una nova identitat masculina, tan necessària per als homes que abusen, més o menys conscientment, del seu poder, com per a aquells que, i també existeixen, reclamen el seu dret a "renéixer" amb una nova subjectivitat**

**Después de haber sido violada, Catherine pudo llegar al campamento de refugiados. Pero no contó con que allí había soldados para protegerla.**

Los guardias del campamento la violaron de nuevo. Mujeres que están solas son consideradas propiedad sexual de todos. Amnistía Internacional lucha por defender los derechos de los refugiados.

**Para conseguirlo, necesitamos tu ayuda.**

Quiero hacerme socio de Amnistía Internacional por favor envíame más información.

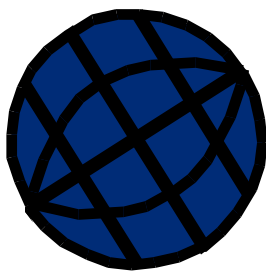
Nombre: \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

**Amnistía Internacional**  
 Calle Sanquillo, 27, 1º B  
 28004 MADRID  
 Tel. (91) 531 05 09 P/045

**dCIDOB 70-71.**  
**Salut reproductiva i desenvolupament.**

Cronologia internacional.



# Cronologia internacional

De març a juny de 1999

## Març

**1. Nigèria.** El candidat del Partit Democràtic del Poble (PDP), Olusegun Obasanjo, guanya les eleccions presidencials amb el 61% dels vots. Els observadors internacionals detecten irregularitats en el procés de votació.

**2. Uganda.** Moren vuit turistes a Uganda després d'haver estat segrestats per rebels hutus.

**3. Algèria.** Amnistia Internacional documenta en un informe més de 3.000 desapareguts a Algèria durant els últims sis anys. L'organització dels drets humans acusa les forces de seguretat i les milícies armades per l'estat de les desaparicions.

**5. Bòsnia i Herzegovina.** L'alt representant de la comunitat internacional, Carlos Westendorp, destitueix el president de la República Sèrbia de Bòsnia, Nikola Poplasen, acusat de desestabilitzar el procés de pau. D'altra banda, el Comitè Internacional d'Arbitratge declara neutral la ciutat de Brcko, fins ara sota control serbi i reclamada pels musulmans.

**7. El Salvador.** Francisco Flores, candidat a la presidència per l'Aliança Republicana Nacionalista, guanya les eleccions amb un 51,98% dels vots.

**Guinea Equatorial.** El Partit Democràtic de Guinea Equatorial del president Teodoro Obiang aconsegueix 75 dels 80 escons de l'Assemblea unicameral en les eleccions legislatives. L'oposició informa que impugnarà la votació, que els observadors internacionals consideren plena d'irregularitats.

**8. Federació Russa.** Moscou evacua el seu personal a Txetxènia pel deteriorament de les relacions entre el Kremlin i Grozni causat pel segrestament del general G. Sphigun. La missió de la Organització per a la Seguretat i la Cooperació a Europa també abandona Grozni.

**9. Itàlia/Iran.** El president iranià, Mohamed Khatami, inicia una visita de tres dies a Roma que marca un gir en les relacions entre el seu país i Europa. Khatami també visitarà el Vaticà i s'entrevistarà amb Joan Pau II.

**República Federal de Iugoslàvia/Kosovo.** La forces de seguretat sèrbies obliguen als habitants de diverses poblacions de Kosovo a abandonar les seves cases. Mentrestant, a Belgrad, l'emissari dels EUA, Richard Holbrooke, tracta de convèncer el president iugoslau Slobodan Milosevic que accepti el pla de pau de Rambouillet.

**10. Equador.** El Govern militaritza Equador per fer front a la vaga general de 48 hores convocada en protesta pels increments dels preus dels serveis públics en la pitjor crisi econòmica al país dels últims 70 anys.

**10-13. Algèria.** 17 morts a Algèria en un atac presumptament comès per integristes islàmics a la província de Tipaza, a 60 kilòmetres d'Alger.

**11. Alemanya.** Oskar Lafontaine, ministre de Finances i home fort del Govern alemany, anuncia la seva dimissió com a ministre i com a president del Partit Socialdemòcrata (SPD). La dimissió es produeix per les discrepàncies, sobretot en política econòmica, que l'enfronten amb el canceller Gerhard Schröder, cinc mesos després de l'arribada dels socialdemòcrates al poder.

**12. Indonèsia/Timor Oriental.** Kofi Annan, secretari general de l'ONU, anuncia que Indonèsia i Portugal han arribat a un acord per tal que els habitants de Timor Oriental decideixin per votació directa si volen l'autonomia o la independència.

**15. República Federal de Iugoslàvia/Kosovo.** Serbis i albanesos kosovars reemprenen a París les converses de pau en un clima de desacord i d'enfrontaments bèl·lics i atemptats a Kosovo.

**Xina.** L'Assemblea Nacional Popular, el Parlament xinès, aprova diverses esmenes a la Constitució de 1982, una de les quals reconeix, per primera vegada en 50 anys, la importància de l'economia privada com a suport de la planificació estatal.

**16. UE.** Dimiteixen els 20 integrants de la Comissió Europea (19 comissaris més el president, Jacques Santer), hores després que el denominat Grup de Savis presentés un informe en el qual criticava la gestió de l'Executiu de la UE i l'acusava de fracassar en el control del frau. El document i la dimissió provoquen una crisi sense precedents en plenes negociacions sobre l'Agenda 2000, el pressupost de la UE per als pròxims sis anys.

**17. Colòmbia.** 50 guerrillers de les FARC moren en combats amb l'Exèrcit colombià. D'altra banda, els enfrontaments entre l'ELN i els paramilitars al nord del país provoca un èxode massiu de camperols.

**18. República Federal de Iugoslàvia/Kosovo.** Les potències del Grup de Contacte (Alemanya, França, Regne Unit, Estats Units, Federació Russa i Itàlia) decideixen suspendre les converses de pau a París i concedeixen a la República Federal de Iugoslàvia un període de reflexió amb caràcter d'ultimàtum que es tancarà dimecres 24 amb una nova cita a la capital francesa. Si ales-

hores els representants de Belgrad no subscriuen l'acord de pau que estableix una àmplia autonomia per a la província sèrbia de Kosovo i el desplegament a la regió de les forces multinacionals, l'OTAN actuarà. Per la seva banda, els albanesos kosovars anuncien que firmaran l'acord de París.

**19. Federació Russa.** 60 persones, com a mínim, moren com a conseqüència de l'explosió d'una bomba en un mercat de Vladikavkaz, capital de la república russa d'Ossètia del Nord, en el Caucas. Cap grup reivindica l'atemptat. Ossètia és veïna de Txetxènia, al centre d'una zona de gran inestabilitat política.

**Indonèsia.** Més de 60 morts a Kalimantan, la part indonèsia de l'illa de Borneo, en els enfrontaments entre malais i colons d'ètnia javanesa procedents de l'illa de Madura.

**20. Kosovo.** Els 1.381 observadors de l'OSCE abandonen Kosovo mentre l'Exèrcit serbi ataca la província per reconquerir el territori perdut durant la treva.

**21. Finlàndia.** El partit socialdemòcrata de primer ministre Paavo Lipponen en les eleccions legislatives obté 51 escons de 200, davant dels 48 del Partit de Centre.

**22. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** L'OTAN atorga poders a Javier Solana per llençar intensos bombardejos contra objectius serbis.

**23. Paraguai.** Assassinat a trets el vicepresident de Paraguai, Luis María Argaña, principal adversari polític del president Raúl Cubas, a qui l'oposició responsabilitza de l'atemptat.

**24. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** Comencen els bombardejos de l'OTAN sobre la República Federal de Iugoslàvia, després del fracàs de la missió de l'enviat nord-americà, Richard Holbrooke, perquè Milosevic firmés el pla de pau per a Kosovo. Els míssils ataquen aeroports, fàbriques d'armes i instal·lacions militars als afores de Belgrad, Pristina i altres ciutats del país.

**UE.** L'exprimer ministre italià Romano Prodi és elegit president de la Comissió Europea a la cimera de caps d'Estat de la UE a Berlín, en substitució de Jacques Santer.

**Xile/Regne Unit.** Els set jutges lords del Regne Unit aixequen la impunitat al general Augusto Pinochet. Per una majoria de sis vots contra un, els lords resolen que l'exdictador xilè haurà de sotmetre's al procediment d'extradició plantejat per Espanya, però només per delictes aïllats de conspiració i tortura comesos a partir del 8 de desembre de 1988, quan el Regne Unit va firmar la Convenció Internacional contra la Tortura.

**25. Paraguai.** El Senat de Paraguai obre el judici per a la destitució del president, Raúl Cubas, acusat de violacions de la Constitució i d'atribucions de facultats jurídiques que no corresponen al president, entre les quals es troba l'alliberament de l'exgeneral colpista Lino Oviedo.

**26. UE.** Es pacta l'Agenda 2000, el presupost per al primer septenni del segle XXI el qual representa una retallada dels fons estructurals, així com la renúncia d'Alemanya a dur a terme una reforma pressupostària profunda.

**27. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** L'ofensiva de l'OTAN entra en una nova etapa. Els avions aliats ataquen el material mòbil de l'Exèrcit serbi. Al mateix temps, nombrosos dirigents aliats donen detalls dels crims que les forces sèrbies cometien a la província de Kosovo.

**30. República Federal de Iugoslàvia.** El cap de govern rus, Evgueni Primakov, fracassa en la seva missió per mediar entre el president iugoslau Slobodan Milosevic i l'OTAN. Milosevic havia proposat reemprendre les negociacions si els bombardejos s'aturaven.

**31. Paraguai.** La Fiscalia General Paraguai denuncia l'expresident Cubas i el general Oviedo, asilats respectivament a Brasil i Argentina, d'ús il·legal de fons públics per finançar la campanya de violència que desencadenà la matança a la plaça del Congrés d'Asunción.

## Abril

**1. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** El Govern serbi anuncia la captura de tres soldats dels EUA.

**2. Federació Russa.** Ieltsin destitueix per decret el fiscal general rus i relleva Boris Berezovski al front de la Comunitat d'Estats Independents (CEI).

**3. OTAN/Iraq.** La principal estació petrolera iraquí és destruïda durant un bombardeig angloestadunidenc.

**4. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** Els aliats comencen a atacar objectius civils i econòmics a Sèrbia com el pont sobre el Danubi a Novi Sad o una central tèrmica a Belgrad.

**6. Timor Oriental.** Milícies proindonèsies donen mort a 40 persones que es refugiaven en un temple cristià.

**7. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** Slobodan Milosevic anuncia un alto el foc unilateral, però l'OTAN el considera "insuficient" i continua amb els atacs a objectius militars i econòmics de la República Federal de Iugoslàvia. Sèrbia segella les seves fronteres i obliga tots els qui tractaven d'escapar a tornar a Kosovo. Més de 450.000 persones han estat deportades de la província sèrbia de Kosovo cap a Macedònia, Montenegro i Albània. Un atac aeri a Pristina, la capital de Kosovo, provoca nou morts.

**10. Iran.** Mor en atemptat el subcap de l'Estat major de l'Exèrcit regular iraní. El grup d'oposició armada Muyahidín del Poble es responsabilitza del succés.

**Turquia.** L'Exèrcit turc assesta a la milícia del PKK un important cop en l'àrea fronterera amb el nord d'Iraq. 44 guerrillers kurds són morts i 15 més capturats.

**11. OTAN/Albània.** Albània cedeix a l'OTAN el control total del seu espai aeri, així com el dels seus aeroports i ports.

**Montenegro.** El Govern montenegrí rebutja l'exigència de l'Exèrcit serbi de cessar les emissions de programes estrangers i no reconeix la legalitat del govern de Belgrad.

**12. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** El Parlament federal de la República Federal de Iugoslàvia vota, per unanimitat, a favor de l'adhesió del país a la unió de Rússia i Bielorrússia. Tot i així, el Govern de la segona república iugoslava, Montenegro, rebutja la decisió. Paral·lelament, un míssil de l'OTAN provoca com a mínim deu morts en un tren de passatgers.

**13. Federació Russa/EUA/Kosovo.** La secretària d'estat nord-americana, Madeleine Albright, i el seu homòleg rus, Ígor Ivanov, no arriben a cap acord sobre la força multinacional que es desplegaria a Kosovo si l'OTAN arribés a un acord amb Milosevic.

**14. Kosovo.** Un atac aeri de l'OTAN a una carretera de Kosovo, prop de la frontera amb Albània, provoca la mort d'uns 70 refugiats albanesos. L'OTAN assegura que l'objectiu era un comboi militar i que va atacar per error la caravana de civils.

**15. Xile/Regne Unit.** El ministre d'Interior britànic, Jack Straw, autoritza el procés d'extradició a Espanya del general Augusto Pinochet, detingut a Londres sis mesos abans.

**16. Algèria.** Abdelaziz Buteflika, únic candidat a la presidència després de la retirada dels sis candidats de l'oposició, que anticipava un frau, guanya les eleccions amb el 73% dels vots. Hi ha un 40,75% d'absència. Els opositors rebutgen els resultats i neguen tota legitimitat al nou cap d'Estat.

**17. OTAN/Kosovo/Macedònia.** Després d'entrevistar-se a Macedònia amb el president Kiro Gligorov, el comandant suprem de les forces aliades a Europa, el general Wesley Clark, diu que la situació dels refugiats no és responsabilitat de l'OTAN. Ja hi ha 339.000 albanokosovars a Albània i 129.000 a Macedònia.

**18. Turquia.** El Partit de l'Esquerra Democràtica del primer ministre Bulent Ecevit guanya les eleccions legislatives amb un 22% de vots que li dona uns 135 escons, dels 550 de què consta la Cambra. Les eleccions estan marcades per l'ascens de l'extrema dreta: el Partit d'Acció Nacionalista, hereu dels Llops Grisos, que als anys setanta van cometre nombrosos atemptats, es consolida com a segona força política.

**19. Alemanya.** S'inaugura la nova seu del Parlament alemany, a l'edifici històric del Reichstag a Berlín, en una cerimònia simbòlica que marca el naixement de la nova Alemanya, l'anomenada República de Berlín.

**20. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** En el context de la proximitat entre Moscou i Belgrad, el patriarca rus de l'Església ortodoxa, Alexis II, s'entrevista amb Milosevic a Belgrad i demana que l'OTAN aturi els atacs. La República Federal de Iugoslàvia denuncia un atac de l'OTAN a una columna de refugiats a Kosovo.

**21. Indonèsia/Timor Oriental.** Els partidaris que Timor Oriental continuï formant part d'Indonèsia i els partidaris que sigui independent firmen un alto el foc que els compromet a posar punt final a la violència que les últimes setmanes ha costat desenes de vides. El bisbe i premi Nobel de la Pau, Carlos Belo, i el cap de l'Exèrcit indonesi, el general Wiranto, patrocinen l'acord, rebut amb escepticisme pels independentistes exiliats.

**22. Federació Russa/República Federal de Iugoslàvia.** Chernomyrdin es reuneix amb Milosevic a Belgrad per trobar una solució al conflicte.

**23. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** L'OTAN bombardeja la seu de la televisió sèrbia, i moren deu persones.

**24. Regne Unit.** Explosió d'un cotxe bomba, al cor d'una comunitat londinenca predominantment asiàtica.

**Indonèsia.** L'enfrontament entre grups musulmans i cristians a les illes Moluques causa més de 60 morts i gran nombre de ferits.

**25. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** A la cimera per commemorar el 50 aniversari de la creació de l'OTAN, a Washington, els dirigents polítics aliats decideixen intensificar el bombardejos i la pressió econòmica sobre la República Federal de Iugoslàvia. Els aliats declaren que no arribaran a cap acord amb el president iugoslau Slobodan Milosevic fins que aquest no accepti cinc exigències: final de la repressió a Kosovo, retirada militar de la província i desplegament d'una força internacional, retorn dels refugiats i proves de voluntat de negociació. A més, els aliats es reuneixen amb tots els països veïns de la República Federal de Iugoslàvia per garantir-los protecció i inversions econòmiques i agrair-los la seva cooperació a la guerra. Paral·lelament, l'Aliança amplia oficialment el seu camp d'acció, que passa de ser Europa a ser la regió euroatlàntica.

**Veneçuela.** Alta abstenció (60,9%) en el referèndum que aprova l'Assemblea Constituent reclamada pel president, Hugo Chávez, per modificar els fonaments dels poders executiu, legislatiu i judicial. El resultat resta força als projectes revolucionaris del cap d'Estat i excoronel colpista.

**26. Índia.** El president de l'Índia, K. R. Narayanan, dissol el Parlament i convoca eleccions per tercera vegada des de 1996, després de vuit dies de maniobres infructuoses per formar un nou Govern.

**27. Kosovo/Macedònia.** Un nou allau de refugiats kosovars desborda la capacitat dels camps d'acolliment, on milers de refugiats dormen ja a l'aire lliure.

**28. República Federal de Iugoslàvia.** El president destitueix Vuk Draskovic, el viceprimer ministre que des de feia dies proposava una treva i acceptava la presència de tropes de l'ONU a Kosovo. Dimiteixen tres ministres més.

**Autoritat Nacional Palestina.** El president Yasir Arafat aplega la proclamació d'un Estat Palestí independent, prevista per al 4 de maig, fins al 4 de juny. La decisió refredarà la tensió quan falten tres setmanes per a les eleccions legislatives i presidencials a Israel.

**29. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** L'enviat especial de la Federació Russa, Víktor Chernomyrdin, viatja a Belgrad amb propostes negociades amb els principals països de l'OTAN i amb participació de l'ONU. La Federació Russa demana la fi dels bombardejos com a primera condició per a un acord de pau. El president de Montenegro amenaça amb la separació de la República Federal de Iugoslàvia si continua la dictadura de Milosevic.

**30. Regne Unit.** Tres morts i 73 ferits en el tercer atemptat neonazi a Londres dels



últims 13 dies. Aquesta vegada l'objectiu ha estat un pub freqüentat per homosexuals.

**República Federal de Iugoslàvia.** Belgrad sofreix el major atac aliat des de l'inici de la campanya aèria. Entra en vigor l'embargament de petroli que la UE ha decretat contra la República Federal de Iugoslàvia. La Federació Russa, el principal subministrador de petroli del règim de Milosevic, qualifica aquesta mesura d'il·legal i assegura que no acceptarà amenaces de Washington.

## Maig

**1. UE.** El Tractat d'Amsterdam, la nova Constitució de la UE, entra en vigor, gairebé dos anys després de ser aprovat.

**OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** Un nou error de l'OTAN, el sisè en 39 dies de bombardejos aliats, causa desenes de morts entre els civils que viatjaven en un autobús.

**2. EUA/Sèrbia.** El règim de Belgrad entrega els tres presoners nord-americans al reverend Jesse Jackson, que va negociar amb Milosevic el seu alliberament.

**Panamà.** Mireya Moscoso, viuda del cabdill dretà Arnulfo Arias, guanya les eleccions davant de l'oficialista Martín Torrijos, fill del general Omar Torrijos, que fa vint anys va negociar amb els EUA la devolució del canal, que es farà efectiva a final d'any.

**3. França.** El prefecte de Còrcega, màxim representant de l'Estat francès a l'illa, Bernard Bonnet, és detingut com a sospitós d'organitzar un atemptat que va incendiar un restaurant de platja.

**4. OTAN/Bulgària.** El Parlament de Bulgària aprova la cessió del seu espai aeri als avions de l'OTAN en el seu camí cap a la República Federal de Iugoslàvia.

**5. Timor Oriental.** Els ministres d'Afers Estrangeres d'Indonèsia i de Portugal signen a la seu de l'ONU un acord històric que pot conduir a la independència de Timor Oriental. El pla inclou un ampli estatut d'autonomia per als 800.000 habitants de l'excolònia portuguesa.

**6. OTAN/Federació Russa/República Federal de Iugoslàvia.** L'OTAN arriba a un acord amb la Federació Russa per oferir al president Slobodan Milosevic un pla de pau que inclogui una presència militar indeterminada a Kosovo, respecti la integritat de la República Federal de Iugoslàvia i atorgui un paper preponderant a l'ONU.

**Iran.** L'exalcalde reformista de Teheran, Gholamhussein Karbasxi ingressa a la presó per complir una condemna de dos anys de presó per un delictes de corrupció. L'empresonament de Karbasxi és una victòria per al sector radical del règim islamista.

**7. Guinea-Bissau.** Un nou cop militar, originat pel rebuig del president del país a desarmar la seva guàrdia personal, enderroca el president Vieira i fa perillar els acords de pau del passat mes de novembre.

**8. Nicaragua.** S'acaba l'onada de vagues laborals i estudiantils, així com la violència al carrer que les últimes setmanes han fet trontollar la democràcia de Nicaragua

**9. OTAN/Xina/República Federal de Iugoslàvia.** 200.000 persones, com a mínim, es manifesten a diverses ciutats de Xina contra els EUA i l'OTAN, amb el suport del Govern de Beijing, després que qua-

tre míssils caiguessin sobre l'ambaixada xina a Belgrad i provoquessin tres morts.

**Indonèsia/Timor Oriental.** Nous enfrontaments mortals a Timor entre independentistes i proindonesis.

**10. Regne Unit/Irlanda del Nord.** El ministre principal per Irlanda del Nord, David Trimble, i el líder del Sinn Fein, Gerry Adams, fracassen en un nou intent per apropar posicions sobre el desarmament dels paramilitars a l'Ulster.

**11. Israel.** El Tribunal Suprem israelí impedeix al primer ministre, Benjamin Netanyahu, tancar l'Orient House, la institució palestina més important a Jerusalem Oriental.

**Federació Russa/Xina/República Federal de Iugoslàvia.** La Federació Russa i Xina fan front comú per exigir la fi dels bombardejos a Sèrbia.

**12. Federació Russa.** El president, Boris Ièltsin, destitueix el primer ministre, Ievgueni Primakov, al·legant la seva incompetència per treure el país del desastre econòmic. Primakov és substituït per Serguei Stepashin, ministre d'Interior que va adquirir fama de "dur" en la repressió de l'aixecament independentista de Txetxènia.

**13. Itàlia.** Carlo Azeglio Ciampi, artífex del sanejament econòmic que va permetre Itàlia entrar en l'euro, és elegit pel Parlament desè president de la República, amb el suport del Govern de centreesquerra i de l'oposició.

**14. Equador/Perú.** Equador i Perú delimiten la seva frontera per primera vegada a la història, finalitzant així amb dècades de disputes per la demarcació fronterera.

**15. Federació Russa.** El president Ièltsin supera el procés de destitució iniciat el darrer dia 13 a la Duma per presumptes càrrecs de traïció, genocidi, assassinat i colpisme.

**16. República Federal de Iugoslàvia/Montenegro.** L'Exèrcit serbi pren el control de les fronteres de Montenegro amb Bòsnia i Albània.

**Federació Russa/Caucas Nord.** Creu Roja Internacional abandona el Caucas Nord en resposta al segrestament a Nàlchik de dos dels seus treballadors a la regió.

**Aràbia Saudita/Iran.** Primera visita d'un president iraní a Aràbia Saudita des de la Revolució Islàmica de 1979. La visita forma part d'una gira pels països àrabs de l'Orient Mitjà amb la finalitat de restablir els lligams polítics i econòmics entre l'Iran i els seus veïns àrabs.

**17. Israel.** El laborista Ehud Barak és elegit primer ministre d'Israel amb un 56% dels vots. Les eleccions legislatives, celebrades al mateix temps que les de primer ministre, atorguen al partit ultraortodox sefardí Shass la tercera posició dintre de l'espectre parlamentari.

**Kosovo.** L'Exèrcit serbi impedeix la sortida de milers de kosovars que intenten abandonar el país.

**18. Regne Unit/Iran.** Iran i el Regne Unit restableixen relacions diplomàtiques després d'una dècada de conflicte iniciada per la condemna a mort dictada per l'aiatol·là Jomeini contra l'escriptor Salman Rushdie.

**20. Síria/Israel.** Síria proposa al nou primer ministre israelí reprendre les negociacions de pau que havien estat interrompudes el 1996 amb l'arribada al poder de Benjamin Netanyahu.

**22. Algèria.** Una nova onada d'atacs integristes provoca la mort de 19 civils.

**OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** L'OTAN llença mil míssils sobre Sèrbia en la jornada de bombardejos més intensa des que esclatà el conflicte.

**23. Macedònia/Kosovo.** La reobertura de la frontera de Macedònia amb Kosovo provoca l'èxode d'uns 15.000 albanokosovars.

**Pakistan.** Un cicló causa 400 morts i més de 1.000 desapareguts a la costa sud de Pakistan.

**25. EUA/Xina.** EUA admet que Xina ha robat durant 20 anys importants secrets nuclears. L'èxit de l'espionatge xinès posa en evidència greus mancances en els serveis de seguretat nord-americans.

**Xile.** Es presenta a Xile la primera querrel·la per genocidi contra l'exdictador Pinochet i altres alts càrrecs de l'Exèrcit.

**26. Colòmbia.** Dimissió massiva de caps militars colombians en protesta per la negociació amb la guerrilla.

**27. ONU/República Federal de Iugoslàvia.** El Tribunal de l'Haia dicta una ordre d'arrest internacional contra Milosevic i altres quatre dirigents serbis sota l'acusació de violació dels Drets Humans. L'ordre obliga teòricament els membres de Nacions Unides a detenir i entregar els cinc acusats als jutges de l'Haia.

**Índia/Pakistan.** L'Exèrcit pakistaní abat dos avions indis que participaven en la campanya militar iniciada per l'Índia en resposta a la infiltració, al llarg de la línia divisòria de la regió en litigi de Caixmir, de centenars de guerrillers musulmans.

**Regne Unit/Xile.** La justícia britànica rebutja l'últim recurs de l'exdictador Pinochet i ordena iniciar el procés d'extradició.

**28. Cuba.** Castro destitueix Roberto Robaina com a ministre de Relacions Exteriors. El nomenament d'un estret col·laborador del president cubà per substituir Robaina es produeix dins d'un clima d'enduriment polític i tornada a la línia ortodoxa.

**República Federal de Iugoslàvia.** Slobodan Milosevic anuncia la seva disposició a acceptar els principis de la declaració del G-8 com a base per negociar un tractat de pau per Kosovo.

**29. Nigèria.** L'investidura de l'exgeneral Olusegun Obasanjo com a nou president de Nigèria posa fi a 15 anys de governs militars.

**30. Iran.** El Parlament d'Iran reelegix com a president el conservador Nateq-Nuri, principal rival del president reformista Jatami. El resultat de l'elecció mostra que els conservadors mantenen intacte l'ur control del legislatiu.

**Colòmbia.** L'ELN segresta prop de 50 fidels en una parròquia catòlica del barri de Cali a Bogotà.

**Eslovàquia.** El candidat de la coalició governamental, Rudolf Schuster, és elegit president d'Eslovàquia a les primeres eleccions presidencials per sufragi directe celebrades al país des de l'escissió de Txecoslovàquia.

**31. Turquia.** El líder de la guerrilla del Partit dels Treballadors del Kurdistan, Abdalà Ocalan, compareix davant d'un tribunal turc per a ser jutjat pels càrrecs d'alta traïció. Ocalan s'ofereix a mediar el procés de desarmament de la guerrilla.

**Israel/Liban.** Per primera vegada des que, el 1978, Israel ocupà el sud del Liban, la milícia aliada d'Israel es retira d'una loca-

litat libanesa. L'operació pretén ser l'assaig general de la retirada definitiva que, segons declaracions del primer ministre Barak, l'Exèrcit israelià portarà a terme abans d'un any.

**Xile.** El socialista Ricardo Lagos triomfa en les primàries presidencials xilenes i es proclama candidat a convertir-se en el primer president socialista xilè des del cop militar de 1973.

## Juny

**1. Índia/Pakistan.** Índia intensifica la seva ofensiva militar a Caixmir mentre augmenta el nombre de guerrillers musulmans infiltrats des de Pakistan. Els governs d'ambdós països proven de trobar una sortida diplomàtica al conflicte.

**2. Sud-àfrica.** El Congrés Nacional Africà (ANC), liderat per Nelson Mandela i Thabo Mbeki, guanya per àmplia majoria les segones eleccions multirracials a Sud-àfrica. Thabo Mbeki serà el successor de Mandela en la presidència del país.

**Colòmbia.** El Govern colombià trenca el diàleg amb la guerrilla de l'Exèrcit d'Alliberament Nacional (ELN) en resposta al segrestament massiu de feligresos en una església de Cali.

**3. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** Slobodan Milosevic accepta totes les exigències del pla de pau presentat a Belgrad pels emissaris de la UE i la Federació Russa. El pla de pau, fruit d'un difícil compromís que recull les principals condicions de l'OTAN i les exigències de la Federació Russa, estableix la retirada de tots els efectius militars serbis de territori kosovar i el desplegament de forces sota comandament internacional per vigilar la tornada amb garanties de tots els refugiats kosovars.

**4. UE.** Els caps d'Estat de la UE inauguren una nova etapa en el procés de construcció europea amb la creació d'un front únic de política exterior i seguretat comuna (PESC). Javier Solana és nomenat alt representant de la PESC, portaveu de la política exterior comunitària davant la comunitat internacional.

**6. Algèria.** L'Exèrcit Islàmic de Salvació anuncia la seva renúncia definitiva a la lluita armada. Al mateix temps, uns 19 civils moren en un nou atemptat del Grup Islàmic Armat al sud-oest d'Alger.

**Indonèsia.** Participació massiva en les primeres eleccions democràtiques celebrades al país des de 1955. Els resultats dels comicis atorguen la victòria al Partit Demòcrata d'Indonèsia per la Lluita (PDI-P), de Megawati Sukarnoputri, la principal força de l'oposició laica nacionalista

**Israel/Líban.** Líban recupera la comarca de Yesin després de 15 anys d'ocupació militar israelià.

**8. República Federal de Iugoslàvia/ONU.** Els ministres d'Afers Estrangers del G-8 ultimen el projecte de resolució del Consell de Seguretat de l'ONU que legitima el final de la guerra a la República Federal de Iugoslàvia i permet el desplegament d'una força internacional sota el comandament de l'OTAN.

**Xile.** Un jutge xilè ordena la detenció i el processament de cinc militars d'alta graduació acusats de violacions de Drets Humans comeses durant la dictadura

d'Augusto Pinochet.

**9. Iraq.** L'explosió d'un cotxe bomba a Bagdad causa la mort de sis militants del grup opositor iranià Muyahidin del Poble exiliats a Iraq.

**10. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** Javier Solana anuncia el final dels bombardejos a la República Federal de Iugoslàvia. Els aliats certifiquen l'inici de la retirada sèrbia de Kosovo i comença el desplegament de la força multinacional de pau sota comandament de l'OTAN aprovada pel Consell de Seguretat de l'ONU.

**Israel/Líban.** La mort d'un tinent israelià en un atac de la guerrilla integrista Hezbollah, la destrucció parcial d'una posició dels cascos blaus de l'ONU i els bombardejos de l'aviació d'Israel sobre l'est de Sidó incrementen la tensió al sud del Líban i fan perillar el projecte de retirada de tropes israelianes iniciat amb la devolució al Líban de la regió ocupada de Yesin.

**11. Kosovo.** Tropes russes entren a la República Federal de Iugoslàvia i es despleguen prop de la frontera nord de Kosovo en resposta al fracàs de les negociacions amb experts nord-americans i finesos sobre la força internacional a Kosovo. Comença l'èxode dels ciutadans serbis que viuen a Kosovo per por a possibles represàlies dels albanokosovars que s'apresten a tornar a la província.

**12. Kosovo/OTAN.** Les tropes aliades entren a Kosovo sense trobar resistència sèrbia. La presència de tropes russes ocupant l'aeroport de Pristina provoca tensió entre efectius militars russos, amb el supor de soldats serbis armats, i tropes britàniques.

**UE.** Les cinquenes eleccions legislatives europees atorguen la victòria al Partit Popular Europeu, després de 20 anys de predomini socialista.

**13. Índia/Pakistan.** El fracàs de les negociacions iniciades el passat dia 11 en relació amb el conflicte de Caixmir provoca una nova escalada de tensió entre els governs d'Índia i Pakistan. El primer ministre indi demana a les seves tropes estar preparades per a una possible declaració de guerra.

**Etiòpia/Eritrea.** Els enfrontaments militars dels darrers dies provoca la mort de milers de soldats dels exèrcits d'Etiòpia i Eritrea.

**14. Kosovo.** La força aliada troba al sud de Kosovo fosses comunes amb desenes de cadàvers d'albanokosovars víctimes de la repressió sèrbia.

**15. Corea del Nord/Corea del Sud.** Corea del Sud enfonsa un vaixell nord-coreà en la primera batalla naval entre ambdós països des de la guerra de 1950-1953.

**16. Kosovo.** Els últims soldats serbis deixen Pristina sota control de la força internacional, mentre milers de refugiats tornen a Kosovo desbordant la capacitat logística de les organitzacions humanitàries i de l'Exèrcit aliat.

**17. Mèxic.** 5.000 damnificats en el sisme més intens enregistrat els últims 14 anys.

**18. G-7.** En la seva reunió anual, celebra-da enguany a Colònia, els dirigents dels set països més industrialitzats del món (G-7) acorden condonar dues terceres parts del deute extern dels 41 països més pobres del Tercer Món, aproximadament uns

70.000 milions de dòlars.

**20. OTAN/República Federal de Iugoslàvia.** L'OTAN declara finalitzada la guerra amb la República Federal de Iugoslàvia després de completar-se la retirada sèrbia. L'Exèrcit d'Alliberament de Kosovo signa amb la força internacional de pau un acord per a la desmilitarització de la guerrilla independentista.

**OTAN/Federació Russa.** La cimera del G-7 a Colònia tanca el conflicte de competències per l'ocupació de Kosovo entre les forces aliades i les forces russes. Els dirigents del G-7 es comprometen a condonar o reestructurar el deute rus heretat de l'antiga URSS.

**21. Cuba/EUA.** Funcionaris dels governs de Cuba i EUA es reuneixen a l'Havana per estudiar una possible cooperació en la lluita contra el narcotràfic. Es tracta de la primera reunió d'aquest tipus que té lloc des de 1959 entre ambdós països.

**Timor Oriental.** Arriben els primers policies de la missió de l'ONU per supervisar la seguretat del plebiscit del 8 d'agost sobre el futur de Timor. Amnistia Internacional denuncia l'atmosfera d'inseguretat en el territori i l'elevat nombre d'abusos dels Drets Humans.

**22. EUA/Iraq.** Avions nord-americans bombardegen instal·lacions de radar a la ciutat iraquí de Mosul després que avions aliats fossin atacats per bateries antiaèries.

**23. Colòmbia.** Combats entre l'Exèrcit colombià i les guerrilles de les Forces Armades Revolucionàries de Colòmbia (FARC) fan perillar el calendari de negociacions acordat entre el Govern i la guerrilla.

**24. Iraq/ONU.** Iraq accepta que un equip d'experts de l'ONU destrueixi les substàncies tòxiques abandonades pels inspectors de desarmament en la seva sortida del país el passat desembre.

**25. Israel/Líban.** En resposta a les provocacions constants de la guerrilla de Hezbollah, el primer ministre sortint israelià, B. Netanyahu, ordena una ofensiva aèria contra el Líban que causa 8 morts i més de 60 ferits. Israel reforça la seva frontera amb el Líban davant de possibles represàlies militars.

**Kosovo.** La incapacitat de les tropes de l'OTAN per protegir els ciutadans serbis contra les represàlies dels guerrillers albanokosovars provoca l'èxode de centenars de serbis i la mort de 14 civils a causa dels enfrontaments ètnics.

**27. República Federal de Iugoslàvia.** El president de Montenegro, Milo Djukanovic, exigeix l'establiment d'una relació jurídica i política menys estreta amb Sèrbia. La decisió de Djukanovic culmina el procés d'allunyament entre les dues repúbliques aguditzat pels conflictes entre ambdós governs durant el període de bombardejos de l'OTAN.

**28. UE/Mercosur.** Els presidents i caps d'Estat dels països membres de la Unió Europea, el Mercosur (Brasil, Argentina, Uruguai i Paraguai) i Xile, reunits a Rio de Janeiro, es comprometen a iniciar un procés negociador per l'establiment d'una àrea de lliure comerç entre la Unió Europea i el principal bloc comercial llatinoamericana.

**29. Turquia.** Un tribunal turc condemna a

**dCIDOB 70-71.**  
**Salut reproductiva i desenvolupament.**

Una mirada a l'adolescència boliviana.  
María Rosario Calderón

# Una mirada a l'adolescència boliviana

María Rosario Calderón\*

**B**olivia és un país eminentment jove. Es calcula que la seva població a l'any 2000 serà de 8.328.700 habitants, dels quals el 50% tindrà menys de 20 anys. Aquesta situació no ha suposat cap avantatge per als adolescents, ja que la realitat del país demostra l'oblit a què ha estat sotmès aquest sector de la població a l'hora de divulgar polítiques socials.

L'Estat no ha considerat als adolescents un grup prioritari perquè aquests no arriben a desequilibrar els indicadors de població que s'utilitzen en la demografia nacional.

Les conseqüències de no desenvolupar polítiques socials a favor d'aquest grup tant elevat generen que els propis adolescents es vegin implicats en diversos problemes estructurals que perjudiquen la seva qualitat de vida.

## Adolescència i ocupació

Escassos recursos a nivell d'ensenyament, salut i sanejament bàsic, afegits a un alt índex migratori i de pobresa, condueixen la majoria de la població adolescent a ingressar molt aviat al mercat laboral, abandonant els seus estudis i en condicions desfavorables.

El Ministeri de Treball reconeix legalment els adolescents treballadors majors de 14 anys, que tenen el permís dels seus pares o tutors i que mantenen regularment, cada tres mesos, els tràmits exigits pel mateix Ministeri. Si bé això els facilita rebre salaris més justos, no els permet entrar en el sistema de beneficis socials, situació que fa que les condicions laborals per a la població adolescent siguin negatives.

El 30% del total de la població treballadora adolescent el conformen dones menors de 12 anys. Aquest segment de

la població no gaudeix de cap tipus de protecció, ja que en la Llei General del Treball no són considerades com a subjectes de dret.

## Adolescència i salut

Els serveis de salut no estan preparats per oferir una atenció especialitzada a la població adolescent.

Pel que fa a la salut sexual i reproductiva, els serveis de salut ofereixen una atenció uniformada a totes les dones en edat reproductiva, sense considerar que les dones adolescents requereixen un tracte especial per les característiques pròpies de la seva edat.

Segons l'Enquesta Nacional de Demografia (ENDSA 98) el 32% dels naixements produïts en els últims anys no han estat desitjats, és a dir, no ho van ser en el moment en què la mare va quedar embarassada.

La taxa global de fecunditat al país seria de 2,5 fills de mitjana, per a cada dona, si tots els naixements no desitjats poguessin ésser previnguts. Com que avui en dia això no passa, la taxa global observada és de 4,2 fills per a cada dona.

El 59% dels naixements es troben en alguna categoria de risc com, per exemple, el cas que la mare tingui menys de 18 anys en el moment de donar a llum.

Segons l'ENDSA 94, de cada deu dones adolescents, 4 són mares o estan embarassades per primer cop, és a dir, el 37% de les adolescents ja tenen al menys un fill o filla, situació que aguditza el seu estat de pobresa.

A més a més, de cada 100.000 dones adolescents (entre els 15 i els 19 anys), 34 moren per causes que es podrien prevenir.

## Adolescència i educació

Si bé una de les prioritats de l'Estat bolivià és l'educació, avui en dia els índex d'analfabetisme i deserció escolar encara són força elevats. Del total de persones analfabetes del país, el 7% són adolescents, dels quals el 24% viuen a zones rurals i la resta, el 76%, a zones urbanes.

En relació a l'educació sexual, l'Estat a partir de la Reforma Educativa va plantejar la incorporació de l'educació sexual com a eix transversal del sistema escolar però, fins al moment, aquest fet tan sols és una simple proposta i no una realitat.

Diferents ONG han intentat suplir aquesta carència, manifestant, no obstant, diversos conceptes i objectius respecte a l'educació sexual i confonent, en molts casos, l'educació amb la simple informació.

L'educació implica la història personal de cada adolescent, és a dir, el seu sistema de valors, estil de vida, imatge de

**Les conseqüències de no desenvolupar polítiques socials a favor dels adolescents generen que aquest col·lectiu es vegi implicat en diversos problemes estructurals que perjudiquen la seva qualitat de vida**

\*Directora executiva del Centro de Atención Integral para el/la Adolescente (CAIA)

**La salut dels adolescents i joves al món**

L'adolescència es defineix com el període de desenvolupament entre els 10 i els 19 anys d'edat. La joventut és el període entre els 15 i 24 anys.

Adolescents en risc:

- Més de 15 milions de nenes entre 15 i 19 anys donen a llum cada any.
- Cada vegada més i més joves són sexualment actius en l'adolescència. En molts països, més de la meitat tenen relacions sexuals sense protecció abans dels 16 anys.
- Un de cada 20 joves contrau una malaltia de transmissió sexual. L'índex més alt d'aquest tipus de malalties es registra en el grup de 20 a 24 anys, seguit pel grup de 15 a 19 anys.
- En molts PVD, més del 60% de tots els nous casos d'infecció pel VIH es presenten en el grup de 15 a 24 anys.
- 2 milions de nenes pateixen mutilació genital femenina cada any.
- El 10% del total dels avortaments (uns 5 milions l'any), es realitza a noies de 15 a 19 anys.
- En alguns països, entre el 40% i el 47% de les violacions registrades es porten a terme contra nenes menors de 15 anys i el 18% contra nenes menors de 9 anys.

Font: FNUAP i Family Care International

**L'autodeterminació dels adolescents és un tema complicat, ja que no existeix una educació per ensenyar l'infant a prendre les seves pròpies decisions. En general, l'educació és vertical, dirigida a obeir. En el cas de la dona, aquesta falta de capacitat pot arribar a l'edat adulta**

si mateix, manera de relacionar-se amb els altres, etc. Per això es fa necessari *de-construir* (especialment en aquells casos on la sexualitat es va construir a partir de creences i experiències que condueixen a la violència sexual) aquestes històries personals, amb la intenció de desenvolupar en els adolescents el reconeixement de si mateixos com a éssers sexuals capaços de prendre decisions informades i responsables sobre la seva salut sexual i reproductiva, vivint la seva sexualitat de forma sana i plaent.

A més a més, en alguns casos concrets, es fa necessari un suport psicoterapèutic per a intervenir i modificar el cicle d'aprenentatge intergeneracional d'actituds i pràctiques de violència sexual.

**Adolescència i violència**

7 de cada 10 adolescents pateixen diverses manifestacions de violència psicològica a la pròpia llar com, per exemple: burles, insults, indiferència, prohibicions sense justificació, etc. De cada 10, 6 són maltractats físicament amb cops, fuetejades, patades, ganivetades, cremades, etc.

En els centres d'ensenyament els adolescents també pateixen maltractaments psicològics com per exemple: ridiculitzacions, discriminacions de gènere, insults, etc.

El maltractament físic és dirigit especialment als adolescents mascles a causa de a la creença popular que el dolor físic converteix els nois en "veritables homes". 5 de cada 10 adolescents reben cops al cos, mitjançant fuetejades o cops amb pals, estirades d'orelles, etc.

La por a represàlies per part dels mestres i regents ajudats moltes vegades pels pares o mares, fa que els adoles-

cents no denunciïn els abusos soferts.

La violència és entesa pels adolescents com a part de l'educació. El 79% creu que els "càstigs són bons perquè eduquen" o que "els pares tenen dret a castigar-me perquè m'estimen" (dades de l'enquesta "Percepció i maltractament infantil" realitzada per la Subsecretaria d'Assumptes Generacionals i UNICEF).

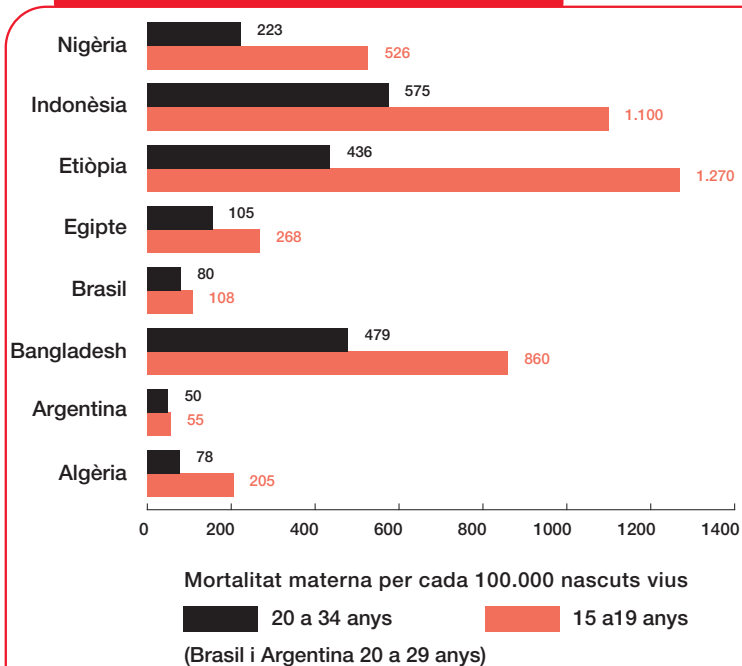
L'existència en els adolescents de justificacions internalitzades pel maltractament, com a part de la seva formació,

genera actituds i pràctiques violentes entre pares, mantenint i incrementant la cadena abusiva.

**Adolescència i sexualitat**

A Bolívia, els factors estructurals condicionen les vivències sexuals d'homes i dones. La situació d'extrema pobresa en les zones periurbanes fa que els fills/es comparteixin una mateixa habitació amb els pares/mares i amb altres

**Mortalitat materna per edat, països seleccionats**



Font: FNUAP i Family Care International

membres d'una família normalment extensa. D'aquesta manera, les relacions sexuals deixen de ser una expressió de comunicació íntima on els límits intergeneracionals i de consanguinitat estan definits.

En zones rurals, aquesta situació s'aguditza notablement. Pares/mares i fills/filles arriben a compartir el mateix llit, fet que produeix que moltes vegades les relacions sexuals es donin de manera no desitjada i no com a un acte de llibertat.

Si a aquesta realitat li afegim el greu problema de l'alcoholisme present en la societat boliviana, podem deduir que la violència sexual està íntimament relacionada amb la condició social de l'ésser humà. Aquest problema ens fa pensar que a Bolívia no solament és necessària la presència d'un programa d'educació sexual, sinó que també és bàsic comptar amb investigacions que ens permetin conèixer totes les dificultats que determinen les condicions psicoculturals que influeixen en les conductes sexuals dels adolescents.

L'autodeterminació dels adolescents és un altre tema complicat, ja que en el país no existeix una educació per a ensenyar l'infant a prendre les seves pròpies decisions. En general, l'educació és vertical, és a dir, dirigida a obeir. En el cas de la dona, la falta de capacitat per a prendre decisions pot arribar a l'edat adulta. En aquest cas, la dona pren decisions pels seus fills o filles, però no decideix per a ella mateixa.

La falta d'autodeterminació és un factor que influeix en què els adolescents siguin pressionats per l'enamorat/ada a l'hora de mantenir relacions sexuals, d'aquesta manera es perd la vinculació cap a una decisió conscient i desitjada que els permeti viure una sexualitat sana i plaent.

El món adult pretén regular la vida íntima de l'adolescent sota la por als embarassos no desitjats i a les malalties de transmissió sexual (com la SIDA). Això implica que els adolescents rebin un conjunt de normes i prohibicions contradictòries i poc democràtiques, on l'Església ha jugat un paper determinant, generant la noció de la sexualitat/pecat a través d'una sèrie de mecanismes institucionals, discursius i de fe.

En contraposició, el món de l'adolescent busca trencar amb el món de l'adult, consolidant vincles afectius i amorosos lluny de l'àmbit familiar, motivats per una voluntat de total coneixement dels valors de la tendresa i la intimitat de les relacions, per a descobrir noves sensacions on els mestres són normalment els mateixos companys que comparteixen vivències similars i a través de les quals, per assaig i error, van creant la seva pròpia sexualitat.

## **Respecte a la vida íntima de l'adolescent, aquest rep un conjunt de normes i prohibicions contradictòries i poc democràtiques, on l'Església ha jugat un paper determinant, generant la noció de la sexualitat/pecat a través d'una sèrie de mecanismes institucionals, discursius i de fe**

### **Adolescència i justícia**

A Bolívia els adolescents poden votar des dels 18 anys però, contràriament, no són reconeguts com a subjectes de dret ciutadà fins que compleixen els 21. Això vol dir que els adolescents poden denunciar, però no poden ser part civil del judici.

En els casos en què l'abús sexual a un adolescent es fa públic en l'àmbit familiar i/o social, existeix la tendència, per part dels familiars, de negociar amb l'agressor (que en la majoria dels casos és un home), la compra de la suspensió del procés jurídic per evitar una sanció.

Aquesta situació implica una sèrie de conseqüències altament perjudicials per a l'adolescent agredit. La impossibilitat de reconèixer-se com a víctima davant dels seus familiars i el fet de sentir-se "venut" afecten la seva autoestima, els propis sistemes de valors i pot conduir l'adolescent a considerar la prostitució com una activitat acceptada socialment, com a font d'ingressos per a la subsistència familiar.

Actualment, en el país s'observa una tendència a millorar el sistema judicial. Tot i així, encara falta el desenvolupament d'un llarg procés d'educació en l'apropiació dels drets perquè els ciutadans puguin exercir-los plenament.

### **Adolescència i participació**

A Bolívia existeix una tradició d'organització social que prové de les cultures precolombines. La Llei de Participació Popular, en vigor actualment, permet l'existència d'Organitzacions Territorials de base encarregades de plantejar necessitats, proposar plans d'acció i supervisar l'execució d'aquests per millorar la qualitat de vida en cada barri i de cada comunitat rural.

El col·lectiu d'adults no facilita la incorporació i participació dels adolescents en les Organitzacions Territorials de base. Sembla com si la població adulta no confiés en la capacitat de la població adolescent per contribuir en el desenvolupament de la societat.

En aquest sentit, un exemple significatiu són les condicions amb les quals es troben els adolescents treballadors a la Central Obrera Boliviana: aquests poden participar en les diverses formes de reivindicació d'aquesta organització, fins i tot arriscar la seva vida, però no tenen el dret de ser escollits representants ni tampoc poden escollir els seus dirigents.

### **Adolescència i valors**

El ràpid canvi de valors que ha estat marcant la societat boliviana a causa de la influència de la globalització, mitjançant els mitjans de comunicació de masses, com la televisió, juga un paper fonamental en la construcció del sistema de valors dels adolescents.

A més, a causa de les pressions en la subsistència del nucli familiar, la dona tendeix a abandonar la llar per a incorporar-se al món laboral. D'aquesta manera, l'educació dels infants es desplaça progressivament del context familiar a altres àmbits com l'escola, les institucions dirigides a aquest sector de la població o els mitjans de comunicació social, ampliant les fonts de transmissió de valors i provocant en no poques ocasions un sentiment de desorientació i confusió personal en els adolescents.

### **Adolescents i identitat**

L'adolescent bolivià va construir la seva identitat sota els següents factors: edat, classe social, ètnia/cultura, sexe, etc. Tanmateix, en el desenvolupament de la pròpia identitat conviuen diverses contradiccions produïdes per la confrontació entre "l'haver de ser" i el "ser".

Al mateix temps, per a l'adolescència boliviana la construcció d'una identitat positiva resulta difícil, per la imatge assignada socialment a aquest grup eteri de dèbils, delinqüents o drogoaddictes.

La falta de visualització i de respecte, ja sigui com a subjecte o com a grup, fa justificable la seva rebel·lia com a vehicle per a fer-se notar en la pròpia família i en la societat.

L'adolescència és una etapa on l'ésser humà adquireix una capacitat de reflexió més complexa i on està disposat a acceptar canvis sobre si mateix i el seu ecosistema social, sempre que sigui considerat i respectat com a subjecte social i no com va essent la pràctica habitual del país, on s'admeten conductes que no qüestionin la realitat establerta. ■

## **dCIDOB 70-71.**

# **Salut reproductiva i desenvolupament.**

La situació de les dones en els països en desenvolupament i els rols genèrics.

Pilar Jaime González

# La situació de les dones en els països en desenvolupament i els rols genèrics

Pilar Jaime González\*

**T**res quartes parts de la població mundial, és a dir, 4.750 milions de persones viuen en països en desenvolupament. Aquests països arriben a uns nivells de disparitat econòmica, política i social que amenacen el seu desenvolupament i que afecten en gran mesura les poblacions rurals i urbanes marginals. Les mesures d'ajustament econòmic, l'augment del consum entre les poblacions i els països més rics i les restriccions dels drets més elementals incideixen clarament en l'augment de la pobresa, acceleren el deteriorament de grans capes de població i esgoten els recursos bàsics per a la seva supervivència.

Aquesta situació afecta especialment les dones i les seves famílies, perquè la situació desigual i marginal que pateixen exclou la seva participació en les propostes econòmiques i limita la seva incorporació als processos de desenvolupament. En l'actualitat existeixen 565 milions de dones camperoles en els països en desenvolupament que viuen en la pobresa absoluta; en els últims 20 anys ha augmentat en un 50% el nombre de dones que viuen en situacions extremes en les àrees rurals. En els països en desenvolupament, 1.500 milions de dones camperoles proporcionen entre el 80% i el 90% dels aliments que es consumeixen a la llar. Aquesta feina és realitzada per elles mateixes de manera rudimentària i dura, a partir d'escasos coneixements, tecnologies o recursos, en petites parcel·les i sòls empobrits, freqüentment ubicats a zones allunyades de les seves llars.

## Escolarització i alfabetització

Les dones tenen un accés desigual a l'escolarització i uns nivells insuficients de formació acadèmica perquè els pertorquen, de manera exclusiva, les responsabilitats domèstiques i familiars. Les llars monoparentals i l'extrema pobresa exigeixen a les nenes l'acompliment d'activitats familiars que són incompatibles amb la seva assistència a les escoles; des d'edats primerenques, amb prou feines sense haver arribat al segon any de primària, les nenes han d'abandonar l'escola, això explica que la deserció escolar sigui més elevada en les nenes que en els nens.

**Garantir un nivell d'educació suficient a les dones és fonamental per desenvolupar la seva capacitat de decidir, augmentar la seva autoestima, ampliar les seves oportunitats i promoure la seva participació en els processos de desenvolupament i en els espais de decisió**

El baixíssim nivell d'escolarització de les nenes i dones suposa, a la pràctica, un analfabetisme funcional que els dificulta el desenvolupament d'activitats domèstiques, comercials i socials, ja que els impedeix l'accés a nous recursos i a ampliar el seu àmbit d'actuació laboral. També entre la població no escolaritzada trobem un major nombre de nenes, fet que explica l'existència de més de 600 milions de dones analfabetes al món.

A més, la no-escolarització incrementa la permanència de nenes i adolescents a la llar que amb freqüència es queden soles i a la cura d'altres menors, fet que incrementa la incidència dels abusos sexuals i la violència contra elles. Les estadístiques ens ensenyen que el major nombre de violacions i embarassos de nenes i adolescents es produeix en el seu entorn familiar i és causat per homes amb vincles de parentesc.

Per altra banda, l'assimilació de les feines domèstiques, com a activitats exclusivament assignades a les dones, fa disminuir les expectatives de les nenes i adolescents i incita una representació simbòlica del rol de les dones (de les parelles i de les famílies) vinculada a l'àmbit domèstic i maternal com a única tasca socialment valorada.

Les restriccions imposades pels ajustaments econòmics exigeixen un major esforç per part de les dones per arribar a condicions mínimes de supervivència, ja que la cultura patriarcal fa que sobre elles recaigui, amb major rigor, la inhibició dels estats en matèria de protecció i seguretat, així com les limitacions polítiques imposades en els programes socials. La no-escolarització i l'insuficient nivell formatiu és un factor de risc per a les nenes i adolescents i suposa un obstacle estructural en l'esforç per promoure canvis en la situació de les dones.

\*Consultora Internacional en Gènere i Drets Humans



Diverses investigacions posen de manifest que les dones han de formalitzar, com a mínim, els estudis primaris complets, nivell a partir del qual poden adquirir una major capacitat per a desenvolupar autonomia i també per a augmentar el nombre d'oportunitats a la seva vida.

L'educació és un dret bàsic que, en els països en desenvolupament, és negat a moltes dones. És per això que garantir un nivell d'educació suficient és fonamental per desenvolupar la seva capacitat de decidir, augmentar la seva autoestima, ampliar les seves oportunitats i promoure la seva participació en els processos de desenvolupament i en els espais de decisió.

## La divisió dels rols socialment assignats

El procés de socialització diferencial entre homes i dones estableix una distribució desigual del temps i de les tasques. En els països en desenvolupament les dones treballen entre un 15% i un 35% més que els homes, carreguen fins a vuit vegades més tones per km/any i caminen gairebé quatre vegades més hores/any que els homes per anar al mercat, buscar llenya i aigua o per a treballar a les parcel·les.

El rol matern, la responsabilitat de la llar i la supervivència familiar porten a les dones a incorporar-se preferentment a activitats laborals sobretot en el sector serveis: comerç, servei domèstic i maquiles. Aquestes activitats, que aglutinen entre un 60% i un 70% de les dones a Amèrica Llatina, són informals i insegures, estan mancades de protecció laboral, són realitzades en dures condicions de treball i proporcionen salaris i ingressos molt precaris.

A més, l'escassa formació de les dones limita el seu accés a feines més especialitzades i professionals, al mateix temps que la major demanda de mà d'obra femenina per a les feines de maquila imposa un sostre a les seves possibilitats de formació, ja que es requereix un nivell mínim d'escolarització per accedir a les ocupacions d'aquest sector de la indústria.

(Convé recordar que, en els països en desenvolupament, la maquila –feina a preu fet, majoritàriament femenina que es realitza a zones franques alienes a codis laborals o regulacions internacionals de protecció i seguretat– és promoguda per les grans multinacionals i els governs com un fort promotor del desenvolupament).

## Desigualtat i discriminació de gènere

El temps és un recurs que els manca, a les dones. Les responsabilitats, l'excés d'activitats i el sobre esforç minva energia a les dones i els resta disponibilitat

## Els patrons sexuals diferencials (...) i el pes de les tradicions culturals i religioses enforteixen els rols desiguals entre homes i dones, és a dir, la supremacia masculina i el paper subordinat de les dones en les relacions personals, familiars i socials

per a moltes tasques d'aprenentatge, de tenir cura de si mateixes, de participació i oci, que una distribució més equitativa del temps i la feina els permetria realitzar. El desigual repartiment de les tasques domèstiques entre homes i dones impedeix a aquestes desenvolupar noves expectatives, accedir a altres recursos i adquirir altres habilitats; mentre que als homes, els impedeix integrar-se en el món domèstic i familiar com a un sistema de relacions i atencions mútues. De fet, ésser absent d'aquesta divisió de les tasques i responsabilitats reforça la seva presència sota un rol autoritari i exigent. Tot això reproduceix l'etern cercle de les desigualtats i discriminacions de gènere.

Els criteris de desigualtat de tracte entre nens i nenes afecta també la distribució dels aliments familiars, en la qual primer mengen els homes i adolescents masculins i més tard les dones i les nenes; a més, la mare sovint comparteix el seu plat amb els nens més petits. Com a conseqüència d'aquesta discriminació, les dones i les nenes pateixen alts nivells de desnutrició i mancances de ferro des d'edats molt primerenques que es veuran aguditzades amb els embarassos en l'adolescència, la sobrecàrrega de feina i els limitats recursos sanitaris en matèria d'atenció primària. La desigualtat de tracte a les nenes en relació a la salut i nutrició incrementa la vulnerabilitat de la seva existència i els riscos del seu desenvolupament i integritat.

Els patrons sexuals diferencials entre homes i dones (permanència de valors sobre la virginitat, el "rapte" o el "robatori" d'adolescents), així com la primeïra edat en què es produeixen les unions de fet, amb els subsegüents embarassos en dones molt joves, són costums generalment acceptats en molts països. Al mateix temps, el pes de tradicions culturals i religioses enforteixen els desiguals rols entre homes i dones, és a dir, la supremacia masculina i el paper subordinat de les dones en les relacions personals, familiars i socials.

Aquesta desigualtat de tracte i de socialització reafirma en els homes un rol de domini amb una forta tendència cap a la violència, mentre que proveeix a les nenes i adolescents una imatge desvalorada de

si mateixes que deriva en una actitud de submissió i resignació. Ambdues actituds de dominació i subordinació representen alts riscos per a les relacions personals, familiars i socials, però en el cas de les dones vulneren a més els seus drets, amenacen la seva integritat i hipotequen la seva vida. És fonamental treballar per promoure canvis en les actituds i imatges que tant homes com dones tenen de si mateixos i de l'altre/a, perquè aquestes actituds i imatges vinculades als rols de gènere són transmises en el procés de socialització diferencial i reproduïxen les desigualtats entre homes i dones.

## El dret a decidir

Diverses investigacions en els països en desenvolupament posen de manifest que les dones engendren més fills dels que desitjarien i que es diferencien respecte dels homes en el fet de desitjar famílies més petites. Tot i els riscos de múltiples embarassos, la precarietat a la qual queda sotmesa la família i les limitacions que imposen a les dones un gran nombre de fills, aquestes tenen fortes restriccions per a fer ús del dret a decidir el per què el patró de conducta familiar i reproductiva respon sobretot als criteris masculins.

És evident que un més elevat nivell de formació, un marc més ampli d'oportunitats i una major autonomia asseguren a les dones la capacitat de decidir sobre la seva vida, sexualitat i reproducció; i han estat aquests instruments de promoció de les dones els que s'han evidenciat com a mecanismes més eficients per a disminuir el nombre de fills per família. No obstant això, es posa més èmfasi i s'assignen més recursos per a la promoció dels mètodes anticonceptius i les esterilitzacions femenines que per a oferir i garantir a les dones una formació suficient, una feina remunerada i permanent, noves oportunitats per a la seva vida i protecció i defensa dels seus drets.

## La violència de gènere

Per altra banda, les actituds de prepotència i masclisme de molts homes impedeixen a les dones prendre decisions en matèria de control d'embarassos i salut sexual i reproductiva. Els homes reforcen gran part de la seva identitat i seguretat en la possessió del cos i la vida de les dones, i una manera de mantenir aquesta posició és a través dels embarassos, les restriccions i la violència que consideren que poden exercir sobre elles. L'actitud de domini els porta a desvalorar les opinions, criteris i decisions de les dones i a sotmetre-les a un fort control, en molts casos violent. Les dones, per la seva banda, viuen aquesta situació amb temor i dependència, fet que dificulta, un cop més, que puguin accedir a informació i recursos anticonceptius.

La violència exercida pels homes –o violència de gènere– posa en perill la vida de les dones, amenaça la seva integritat emocional, restringeix la seva llibertat, soscava la seva autoestima i reforça en les dones els sentiments de indefensió i impotència. L'encalçament, la intimidació, el maltractament, la violació o l'ofensa, a més de les seqüeles físiques i psicològiques que deixa a les dones, fa augmentar la seva dependència i inseguretat i dificulta el seu procés de creixement, valoració i desenvolupament integral com a persona. Aquesta violència s'exerceix contra les dones pel fet de ser-ho, i no és exclusiva de cap país o regió, ni de cap classe social o creença; és el patològic exercici del poder dels homes cap a les dones sobre la base de la dominació de gènere.

Des de 1994 la violència cap a les dones ha estat reconeguda com a una violació dels Drets Humans (Viena, 1994). Això significa que els països han d'adequar les seves normatives legals d'acord a la Declaració Universal dels Drets Humans i als posteriors marcs internacionals ratificats. Aquest reconeixement impedeix que aquests delictes contra les dones siguin tipificats com a agressions privades; a més, assigna la violència contra les dones en el marc polític de la legislació internacional i obliga els estats i governs a respectar tots aquests drets a l'aplicar les lleis nacionals.

**La discriminació de les dones limita greument les seves possibilitats d'accés als recursos econòmics i de promoció, així com el seu creixement personal. Les dones tenen restringit el ple exercici dels seus drets i aquest fet frena el desenvolupament socioeconòmic dels països, a més d'empitjorar el clima social i la qualitat de vida de les dones**

La violència cap a les dones és també un greu problema de salut pública per la dimensió i la gravetat que adquireixen les estadístiques a nivell mundial, i –en el cas dels països en desenvolupament– per la sobrecàrrega poblacional i la major precarietat en la vida de les dones.

## Conclusió

La discriminació de les dones amb escassos recursos als països en desenvolupament conculca els seus drets, restringeix la seva participació com a ciutadanes i significa l'expressió pública de la seva desigualtat. La discriminació limita greument les possibilitats d'accés a recursos econòmics i de promoció, així com el creixement personal. Les dones tenen restringit el ple exercici dels seus drets i aquest fet frena el desenvolupament socioeconòmic dels països, a més d'empitjorar el clima social i la qualitat de vida de les dones.

Promoure i fer avançar la situació de les dones d'escassos recursos en els països en desenvolupament passa per eliminar la desigualtat de tracte i la discriminació que pateixen, però també per facilitar el seu accés als recursos de desenvolupament, per promoure el ple ús dels seus drets i per garantir l'accés lliure a la ciutadania.

Alguns documents consultats:

- PNUD. *Informe sobre el desarrollo humano*, 1995 y 1998. Madrid: Ediciones Mundi Prensa.
- FNUAP. *Estado de la población mundial*, 1997 y 1998. Nova York
- OMS. *Biennial report 1996-1997*. "Reproductive health research: the new directions". Genève, 1998
- OMS/OPS. *La Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud, edición 1998, volúmenes I-II. Washington DC, 1998.

**dCIDOB 70-71.**  
**Salut reproductiva i desenvolupament.**

Abans i després del Caire.  
Mercedes Mas de Xaxàs

# Abans i després del Caire

Mercedes Mas de Xaxàs\*

**F**a uns 200 anys el britànic Thomas Malthus va publicar el seu assaig sobre el principi de la població (*Essay on the Principle of Population*), i va dibuixar un futur superpoblat sense els aliments ni els recursos naturals indispensables per a la supervivència de la Humanitat i el planeta Terra. Afortunadament, Malthus es va equivocar en les seves prediccions catastròfiques, tot i així va aconseguir amb el seu assaig que la comunitat internacional parés atenció, per primer cop i gairebé sense saber-ho, al tema del desenvolupament sostenible i a les relacions entre aquest i el creixement demogràfic. Des d'aleshores han canviat molt les coses, i la manera en què els països han tractat aquesta qüestió en les últimes dècades ha sofert canvis importants.

El 1974 es va celebrar a Bucarest la primera conferència mundial sobre població sota els auspicis de l'ONU. A Bucarest, tot i els arguments de nombrosos països pobres que “el desenvolupament és el millor mètode d'anticoncepció”, el tema del creixement de la població es va tractar quasi exclusivament com un problema demogràfic, que havia d'ésser resolt a través de programes de planificació familiar. Deu anys més tard, coincidint amb la conferència internacional de població de Mèxic (1994), el punt de vista demogràfic fou posat en dubte per diversos economistes que van promulgar que el creixement de la població podia contribuir positivament al procés de desenvolupament d'un país. Per primera vegada, es qüestionava l'eficàcia d'aprovar polítiques de població centrades quasi exclusivament en la planificació familiar. No obstant això, va ser necessari encara el transcurs d'una dècada perquè es celebrés una conferència internacional de l'ONU que abraçés d'una manera conjunta els temes de població i desenvolupament. El 1994 més de 180 països es reuneixen al Caire per a participar en la Conferència Internacional

**Al 1974 es va celebrar a Bucarest la primera conferència mundial sobre població sota els auspicis de l'ONU. A Bucarest, tot i els arguments de nombrosos països pobres que “el desenvolupament és el millor mètode d'anticoncepció”, el tema del creixement de la població es va tractar exclusivament com un problema demogràfic**

sobre Població i Desenvolupament (CIPD). En la CIPD la comunitat internacional reconeix explícitament que la interconnexió existent entre les qüestions de població, pobresa, degradació ambiental i desenvolupament econòmic sostenible fa impossible tractar cap d'elles de manera aïllada. Aquest reconeixement és la clau que obre la porta a un nou enfocament i tractament de les qüestions de població.

## Un nou paradigma ideològic

Al Caire es va produir un canvi paradigmàtic. Ja no es parla més del control de la població i la persona passa a convertir-se en el centre de qualsevol política encaminada a eradicar la pobresa, estabilitzar el creixement demogràfic i aconseguir un desenvolupament global sostenible. Al Caire es parla de dones i d'homes que tenen necessitats per a satisfer i drets que han d'ésser respectats. Aquests drets i necessitats s'aborden no solament des de l'àmbit de la planificació familiar, sinó que s'en-

globen en el marc més ampli de la salut i els drets sexuals i reproductius. Entre ells destaca el dret inalienable de les persones a decidir lliurement la seva conducta reproductiva.

A més, es reconeix que qualsevol política de població ha d'anar acompanyada d'actuacions en altres camps del desenvolupament com l'educació, l'ocupació, la salut, la vivenda i l'accés als recursos naturals.

La CIPD afirma també que les polítiques de suport a la dona són imprescindibles per a garantir el seu dret a participar a la societat d'una manera igualitària i digna, independentment que li permetin a més una major capacitat de decisió en qualsevol tema relacionat amb la seva salut reproductiva.

## Un nou compromís

Al Caire els governs es varen comprometre a dur a terme accions concretes. A diferència dels documents aprovats en altres conferències, el Programa d'Acció de la CIPD estableix objectius quantitatius que hauran de realitzar-se en un període màxim de 20 anys. Algunes d'aquestes fites són:

-Accés universal a l'educació per a nens i nenes abans de l'any 2015.

-Reducció de la mortalitat materna a la meitat dels nivells de l'any 1990 a l'any 2000, i una altra reducció a la meitat pel 2015.

-Reducció abans de l'any 2015 de les taxes de mortalitat de lactants i menors de 5 anys a nivells inferiors als 35 per 1.000 i 45 per 1.000 respectivament.

-Accés universal a l'atenció i serveis de salut reproductiva abans de l'any 2015.

És indubtable que, per arribar a aquestes fites, es requereix no solament voluntat política, sinó també recursos financers. És per això, que la CIPD estableix quines són les quantitats aproximades que haurien de ser desemborsades per la comunitat internacional per a dur a

\*Directora d'International Advocacy (Population Action International)

terme el Programa d'Acció aprovat pels governs. Per primer cop es parla de xifres concretes, i s'estima que l'any 2000 els participants en la CIPD hauran d'haver-se gastat uns 17.000 milions de dòlars (a més s'estableixen quantitats addicionals pels anys 2005 i 2015). Pel que fa a un terç d'aquests 17.000 milions de dòlars, és a dir 5.700 milions, haurien de ser coberts pels països desenvolupats. D'altra banda, l'assignació dels dos terços restants (11.300 milions de dòlars) seria responsabilitat dels països en vies de desenvolupament.

## Una responsabilitat compartida

Unes 11.000 persones varen participar en la conferència del Caire, entre elles hi havia no solament representats dels governs, sinó també milers d'organitzacions no governamentals (ONG) que no van tenir vot però sí que van ser escoltades en nombrosos fòrums i van influir, indirectament, sobre les negociacions a través dels seus contactes amb les delegacions governamentals i els mitjans de comunicació. Mai una conferència intergovernamental havia estat al mateix temps tan no governamental. Al Caire van viatjar també centenars de parlamentaris, grups de dones i altres representants de la societat civil i el sector privat. Per què volien estar presents i seguir el curs de les negociacions? Perquè el Programa d'Acció de la CIPD els reconeix a tots ells com a actors indispensables per fer realitat els acords recollits en el mateix. La responsabilitat principal segueix essent dels governs, sobretot pel que fa a l'aprovació de polítiques i assignació de recursos financers. Però aquests no poden ni han de treballar sols. Necessiten l'experiència, dinamisme i compromís de les ONG i grups de dones per a definir i implementar els seus programes sobre el terreny. Necessiten els recursos financers del sector privat. A més, haurien de buscar el suport de la societat civil com a garantia imprescindible de les seves actuacions.

Al Caire es va parlar de responsabilitats compartides i de col·laboració entre els governs, les ONG i el sector privat per a la consecució dels objectius de la conferència.

Una col·laboració que cinc anys després segueix essent imperfecta en molts aspectes, però l'inici de la qual suposa un èxit sobre el qual cimentar nous reptes i evolucions futures.

## Cinc anys després

Actualment, s'està produint la revisió quinquennal del compliment de les actuacions acordades al Caire. Durant el mes de març, tots els governs que varen subscriure el Programa d'Acció

### Conferències Internacionals sobre població

#### Conferència Mundial sobre Població, Roma, 31 d'agost-10 de setembre 1954.

Reunió científica d'experts, principalment demògrafs. No es formulen resolucions sobre temes de població i desenvolupament.

#### Conferència Mundial sobre Població, Belgrad, 30 d'agost-10 de setembre 1965.

Reunió científica d'experts, principalment demògrafs. Per primer cop un nombre significatiu d'experts dels PVD hi participen. Es comença a examinar la interrelació entre creixement de la població i desenvolupament social i econòmic.

#### Conferència Mundial sobre Població, Bucarest, 19-30 d'agost 1974.

Primera Conferència Intergovernamental sobre Població, amb l'objectiu de tractar problemes bàsics demogràfics i polítiques de població i programes d'acció necessaris per a promoure el benestar humà i el desenvolupament. Com a resultats destaquen com a principis:

- Població i desenvolupament tenen una relació integral i mútuament reforçadora
- La formulació i aplicació de polítiques de població és un dret sobirà de cada país
- Les polítiques de població han d'estar en concordança amb el marc del desenvolupament socioeconòmic i amb els Drets Humans bàsics.
- Es reconeix el dret de parelles i individus a decidir lliurement i responsablement sobre la seva reproducció.

#### Conferència Internacional sobre Població, Ciutat de Mèxic, agost 1984.

Es reafirmen els principis establerts a Bucarest. Destaquen entre els principals temes i recomanacions els següents:

- Els països han de proveir dels recursos necessaris per als serveis de planificació familiar
- Es remarca el paper de l'home i la necessitat de serveis d'informació per a adolescents en matèria de planificació familiar.
- Apareix el tema de l'avortament, i es recomana prendre mesures per ajudar la dona a evitar els avortaments.
- Es reconeix el paper de la dona i de les ONG en matèria de població.

#### Fòrum Internacional sobre la Població al segle XXI, Amsterdam, 5-9 de novembre 1989.

Coincidint amb el vintè aniversari del FNUAP, i a mig camí entre Mèxic i El Caire, hi van participar representants de 80 països per revisar l'experiència dels últims anys en la formulació i aplicació de polítiques de població. A la Declaració d'Amsterdam resultant destaca la recomanació de doblar la inversió en programes de població als països en desenvolupament, dels 4.500 milions de dòlars als 9.000 milions l'any 2000.

#### Conferència Internacional sobre la Població i el Desenvolupament, El Caire, 5-13 de setembre 1994.

Hi participen 179 delegacions. S'aprova el Programa d'Acció per al període 1995-2015. Com a novetats s'accepta l'ampli concepte de salut reproductiva, el qual lliga la planificació familiar amb el tractament i prevenció de les malalties de transmissió sexual, la reducció de la mortalitat materna i la promoció de la salut materna, i la salut sexual i reproductiva d'homes i dones. El Programa d'Acció estableix com a objectius:

- L'accés universal a serveis de salut reproductiva de bona qualitat i gratuïts, serveis de planificació familiar.
- Reduir les taxes de mortalitat de mares, nounats i infants.
- Implementar mesures que promoguin l'igualtat de gènere i la capacitat de la dona.
- L'accés universal a l'educació primària
- Superar la discrepància de gènere en el camp educatiu.

#### Fòrum Internacional de La Haia, 8-12 de febrer 1999.

La revisió i avaluació del Programa d'Acció del Caire es realitza mitjançant un procés iniciat a La Haia el febrer del 1999 i que culmina amb una Sessió Especial de l'Assemblea General de les Nacions Unides a Nova York del 30 de juny al 2 de juliol del mateix any. Els objectius del fòrum de La Haia són:

- Analitzar els obstacles i progressos aconseguits en l'aplicació del Programa d'Acció, plantejant noves mesures per a la seva reeixida aplicació.
- Mobilitzar els recursos suficients de cara a un millor desenvolupament i control de la població.
- Identificar les prioritats futures en la matèria.
- Fer una crida als governs i altres parts implicades de cara a respectar i aconseguir els objectius del Programa d'Acció.

de la CIPD es varen reunir a Nova York per negociar un nou text que recollís els avenços realitzats en la consecució de les fites del Caire i proposar accions concretes per assegurar el seu compliment. El text haurà de ser discutit i aprovat per l'Assemblea General de l'ONU del 30 de juny al 2 de juliol de 1999.

La revisió quinquennal està confirmant que s'han realitzat avenços importants en el desenvolupament de polítiques i programes en el compliment dels acords del Caire, tot i que sovint la realització a la pràctica d'aquestes polítiques deixi molt a desitjar. Tot i això, els avenços són innegables: noves lleis en contra de la discriminació de la dona han estat aprovades en diversos països. El percentatge de nens i nenes escolaritzats també ha augmentat considerablement. En nombrosos països s'han fet esforços perquè els serveis de salut primària incloguin l'atenció a la salut reproductiva. Sovint aquests serveis són ara més complets que abans i, a ells, hi accedeix un major nombre de persones. Molts països donants han destinat bona part del seu ajut a la prevenció i el tractament de la SIDA en els països en desenvolupament (encara que això no ha aconseguit disminuir les xifres de mortalitat causades per l'epidèmia). I per últim, les relacions i cooperació entre governs i ONG han millorat en un nombre considerable de països.

**Durant la conferència del Caire (1994), la comunitat internacional reconeix explícitament que la interconnexió existent entre les qüestions de població, pobresa, degradació ambiental i desenvolupament econòmic sostenible fa impossible tractar cap d'elles de manera aïllada**

Però no tot han estat èxits. Queden moltes fites per a complir i compromisos per aconseguir, especialment pel que fa a l'assignació de recursos financers. A pocs mesos de l'any 2000 els països desenvolupats han destinat tan sols uns 1.400 milions de dòlars a fer realitat els acords del Caire, mentre que els països en vies de desenvolupament ja han complert amb aproximadament el 70% dels seus compromisos financers per aquest any. Durant les nego-

ciacions de març a Nova York, es feu patent la reticència dels països rics a comprometre's seriosament amb el compliment d'objectius de finançament concrets. A Nova York també es va posar de manifest l'oposició de diversos governs a temes tan importants com el respecte als drets sexuals i reproductius, sobretot quan es tracta de garantir la informació i accés dels adolescents als serveis de planificació familiar. A més, algunes delegacions governamentals van intentar limitar el camp d'actuació de les ONG contradient així el compromís de respecte i cooperació que es va adquirir al Caire. Tot això va fer impossible que es pogués arribar a un acord sobre el text final del document a presentar davant l'Assemblea General de l'ONU per a la seva aprovació. Noves negociacions al respecte es produiran a Nova York del 24 al 29 de juny de 1999.

És massa aviat per preveure quin serà el resultat final de les negociacions de juny. És d'esperar que, tot i l'oposició d'uns pocs estats, la voluntat de la majoria de països predomini i s'aprovin accions concretes per complementar les ja realitzades. En els últims cinc anys la implementació del Programa d'Acció de la CIPD ha millorat la dignitat i la qualitat de vida de milions de dones i les seves famílies. Aquesta realitat innegable haurà de ser una raó suficient per a seguir avançant en el compliment dels acords del Caire. ■

## **dCIDOB 70-71.**

# **Salut reproductiva i desenvolupament.**

El GIE, una experiència de treball en comú. Grup d'Interès Espanyol en Població, Desenvolupament i Salut Reproductiva (GIE).

Enric Royo

# El GIE, una experiència de treball en comú

Grup d'Interès Espanyol en Població,  
Desenvolupament i Salut Reproductiva (GIE)

Enric Royo\*

## La necessitat de crear aliances

El procés iniciat arran de la Conferència de Població i Desenvolupament del 1994, a més de situar els temes de població i salut reproductiva en el marc més ampli del desenvolupament i dels drets humans, té dues característiques particulars: d'una banda la important mobilització que tant a nivell nacional com internacional s'ha produït amb l'objectiu de fer realitat els compromisos adquirits al Caire i, de l'altra, la creació d'aliances per a dur a terme aquest objectiu.

Al Caire es va parlar de la necessitat d'integrar el sector governamental, el no governamental, el parlamentari, el sector privat, el món acadèmic, etc., en un treball conjunt per assolir els objectius del Programa d'Acció. A L'Haia, cinc anys després s'ha reafirmat aquesta necessitat. Al llarg dels fòrums de parlamentaris, d'ONG i de la joventut celebrats en el marc del Caire+5 s'han reconegut un seguit de progressos com ara l'aplicació de mesures significatives en la incorporació de grups de la societat civil, especialment ONG, en la formulació, implementació i avaluació de polítiques, així com en els processos de consulta. El Fòrum d'ONG reafirmà que els vincles entre ONG, governs i el sector privat són essencials en el disseny, implementació i seguiment dels programes de població, i reivindicà una dedicació més gran de recursos per a la informació, educació i comunicació sobre els objectius del Programa d'Acció, així com per assegurar un seguiment del seu compliment.

\*Responsable de l'Àrea de Població i Desenvolupament de la Fundació CIDOB. Secretaria tècnica del GIE.

## Iniciatives a l'Estat espanyol

El nostre país no ha estat una excepció en la creació d'aquestes aliances i, encara que més modestes que altres de països que porten la davantera (com els Països Baixos o el Regne Unit) són diverses les iniciatives que han sorgit amb objectius concrets com és l'assignació de recursos financers per a la millora de la salut reproductiva en especial dels països en desenvolupament.

La primera iniciativa que arran de la Conferència del Caire sorgeix a Espanya és el Programa "Desenvolupament Sostenible i Salut Reproductiva", promogut pel Fons de Població de Nacions Unides el 1995, i la coordinació del qual realitza la Federació de Planificació Familiar d'Espanya (FPFE). Els objectius generals del programa són impulsar al nostre país el compliment dels acords internacionals de les Conferències del Caire i Beijing; promoure accions que responguin a les necessitats dels països en desenvolupament sobre la salut reproductiva, en col·laboració amb organismes espanyols corresponents i les agències internacionals; fomentar l'interès i la coordinació d'ONG de diversos àmbits, i potenciar la inclusió d'aquestes matèries en els cursos de formació a la cooperació internacional i en l'àmbit acadèmic, així com incidir en l'opinió pública a través de la producció de materials i difusió en els mitjans de comunicació.

L'any 1996, paral·lelament a la posada en marxa d'aquest programa, un grup d'experts i consultors internacionals van realitzar un seguit de contactes i visites a diverses persones i institucions a Espanya amb la finalitat d'identificar possibles actors que amb el seu treball reforcessin el compliment dels acords del Caire. Com a resultat d'aquests con-

tactes, el 23 de setembre del 1996, es reuneixen a Madrid un grup de persones i institucions per discutir possibles estratègies a dur a terme per promoure una major conscienciació de la societat espanyola sobre les necessitats en matèria de població i salut reproductiva als països en desenvolupament, i la importància de promoure un increment de l'AOD espanyola per donar resposta a aquestes necessitats.

A Espanya existien diverses ONG de cooperació que incorporaven als seus programes components relacionats amb la població, així com una perspectiva de gènere, i també altres organitzacions amb una àmplia experiència en salut reproductiva orientades a determinats grups de la població espanyola. Però fins aquell moment el nexa entre ambdós tipus d'organitzacions havia estat escàs i esporàdic.

D'aquesta reunió neix el que des d'aquell moment s'ha vingut a anomenar Grup d'Interès Espanyol en Població, Desenvolupament i Salut Reproductiva (GIE), amb el propòsit d'instar els poders públics i la societat espanyola a ampliar la cooperació amb els països en desenvolupament per al compliment dels objectius establerts al Caire i a Beijing.

**El GIE recull un ampli ventall d'organitzacions i individus de diversos sectors professionals, des del món acadèmic, fins a associacions mèdiques, i ONG de desenvolupament**



## El Grup d'Interès Espanyol

El GIE recull un ampli ventall d'organitzacions i individus de diversos sectors professionals, des del món acadèmic, fins a associacions mèdiques, i ONG de desenvolupament. Presidit per Diana Sojo, representant de Médicos del Mundo, formen part del grup entitats com la FPFE, Salut i Família, el Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS), la Fundació CIDOB, el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS-Barcelona), Metges sense Fronteres, Médicos del Mundo, HEGOA, Atelier, la Fundació Pro Salut Reproductiva, i la Fundació Internacional Olof Palme. També inclou membres amb caràcter individual com ara les sociòlogues Marina Subirats i María José Aubet, el consultor en temes de població Tomás Jiménez, i el sociòleg Joaquín Arango, qui va presidir el grup des de la seva creació fins el juliol de 1999.

Concebut com una aliança oberta i flexible creada per donar un valor afegit al treball que ja duïen a terme les organitzacions membres, el GIE també és un fòrum ideal per al debat i l'intercanvi d'informació, així com per a la identificació i el desenvolupament d'iniciatives d'advocacia. Els seus principals objectius són els següents:

a) Facilitar i encoratjar l'intercanvi d'experiències i d'informació entre els membres, i promoure una millor comprensió de les necessitats no cobertes en població i salut reproductiva.

b) Incrementar i millorar el flux d'informació sobre els principis i fites dels plans d'acció de les conferències de Beijing i Caire, especialment les relatives a drets de les dones, població i salut reproductiva, a fi d'educar l'opinió pública sobre aquests temes.

c) Difondre l'experiència internacional i les bones pràctiques, i assegurar la coordinació amb d'altres ONG europees similars, i incrementar la presència espanyola en fòrums internacionals sobre aquestes matèries.

d) Analitzar i avaluar la resposta espanyola al programes del Caire i de Beijing per identificar i promoure les estratègies d'acció més apropiades.

e) Promoure un diàleg amb els principals actors institucionals i socials relacionats amb la cooperació al desenvolupament, com ara govern central i autonòmics, parlamentaris, AECl, ajuntaments, ONG, de cara a identificar prioritats i assolir acords que permetin un increment de l'ajuda en quantitat i qualitat.

f) Instar als mitjans de comunicació i als líders d'opinió a publicar un major i millor flux d'informació i anàlisi sobre població i salut reproductiva.

g) Promoure informació i ajuda a les ONG espanyoles de desenvolupament en la preparació de projectes de cooperació en matèria de població, salut

reproductiva i desenvolupament, i en l'accés a recursos financers, tant nacionals com internacionals.

h) Fomentar la investigació, la planificació de programes i la capacitat de gestió de les ONG espanyoles interessades en activitats relacionades amb els plans d'acció del Caire i de Beijing.

El Grup d'Interès com a plataforma, així com els seus membres en particular han dut a terme des del 1996 diferents accions amb l'objectiu de col·locar els temes de població i salut reproductiva en les agendes polítiques i socials del nostre país. El treball realitzat és molt divers i va des de jornades amb parlamentaris, amb ONG i membres de les administracions públiques, fins a tallers de reflexió, debat i formació per a ONG de cooperació, distribució de materials i documents d'interès sobre el tema, campanyes públiques, viatges d'estudi per a parlamentaris i periodistes, seguiment dels compliments del Caire per part de les nostres administracions, en especial en matèria d'AOD, així com, darrerament, canalitzar les peticions per part d'ONG de països en desenvolupament (bàsicament d'Amèrica Llatina) per trobar contraparts espanyoles que s'interessin en projectes d'aquest àmbit.

**No hi ha desenvolupament possible sense una atenció adequada a la salut sexual i reproductiva, als drets de les dones, a la prevenció de pandèmies com la del VIH/SIDA i, en definitiva, sense una millora de les relacions de gènere**

## La connexió europea

Ambdós programes existents a Espanya, el Programa Desenvolupament Sostenible i Salut Reproductiva de la FPFE, així com el Grup d'Interès Espanyol en Població, Desenvolupament i Salut Reproductiva formen part d'una altra gran aliança a nivell europeu, el grup anomenat EURONGOS, un altre exemple de coalició a favor del compliment dels compromisos adoptats al Caire el 1994, i creat per reforçar no només el treball als diferents països de l'Europa Occidental sinó també com a

plataforma d'actuació a nivell de les institucions de la Unió Europea. Aquest grup, que acull diverses ONG europees (de Portugal, Espanya, França, Suïssa, Itàlia, Bèlgica, Països Baixos, Irlanda, Regne Unit, Dinamarca, Alemanya, Àustria, Noruega, Suècia i Finlàndia) que treballen en els àmbits de la població, la salut i els drets sexuals i reproductius, i la planificació familiar, a la darrera reunió celebrada a Sevilla el novembre del 1998, va acceptar la seva ampliació a d'altres ONG no europees de països membres del CAD, com ara Canadà, Austràlia i Nova Zelanda.

## Els desafiaments

Donat que el programa d'acció estableix objectius fins el 2015, podem dir que la feina acaba tot just de començar. Alguns resultats però, ja es poden començar a observar, els temes de població i salut reproductiva ja comencen a sonar a tothom, a les ONG, als mitjans de comunicació, a les administracions públiques. Espanya comença a estar present encara que de forma modesta als fòrums internacionals que tracten aquests temes. Podríem dir que ja s'ha obert una escletxa, el que cal ara és aprofundir-la. La conjuntura que Espanya està travessant en matèria de cooperació al desenvolupament, fa que sigui més necessària que mai una especial insistència a recordar a tots els actors involucrats que no hi ha desenvolupament possible sense una atenció adequada a la salut sexual i reproductiva, als drets de les dones, a la prevenció de pandèmies com la del VIH/SIDA i, en definitiva, sense una millora de les relacions de gènere.

La nova llei de cooperació espanyola, els reglaments i plans directores que la desenvoluparan, el paper destacat del Parlament en l'aprovació de les línies de cooperació, el continuat creixement de la cooperació descentralitzada, i l'interès cada cop més gran del sector privat en la cooperació al desenvolupament són desafiaments que cal tenir en compte en un futur molt proper. Però, més enllà de les activitats i accions concretes, les persones i organitzacions que duem a terme aquesta feina a Espanya cal que no perdem de vista que tenim l'objectiu no només d'anar creant consciència per augmentar la cooperació en matèria de població i salut reproductiva, sinó que el que ens mou finalment és contribuir a què a les societats en desenvolupament cada dia hi hagi menys dones que morin per causes relacionades amb l'embaràs i el part, menys casos de violència domèstica, més accés a serveis de salut reproductiva, inclosa la planificació familiar voluntària, menys infeccions per VIH, menys incidència de les malalties de transmissió sexual. En definitiva una millor qualitat de vida i una més gran efectivitat dels Drets Humans. ■

## **dCIDOB 70-71.** **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Alguns actors internacionals.

# Alguns actors internacionals

## Del sistema de Nacions Unides

### FNUAP (Fons de Població de les Nacions Unides)

220 East 42nd, New York, NY 10017, EUA

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)



L'any 1967 i en base a una resolució de l'Assemblea General adoptada l'any anterior, es crea dins les Nacions Unides un Fons Fiduciari especial destinat a prestar assistència tècnica en matèria de població. Aquest fons especial passarà el 1969 a rebre el nom de FNUAP. El Fons presta assistència als països en desenvolupament, als països amb economies en transició i a d'altres països que ho sol·licitin sobre qüestions relacionades amb la salut reproductiva i la població, i estimula la conscienciació sobre aquests temes a tots els països. L'FNUAP centra les seves activitats en els tres àmbits següents: promoure l'objectiu de l'accés universal a la salut reproductiva, incloses la planificació familiar i la salut sexual, de totes les parelles i individus per l'any 2015; donar suport a estratègies de població i desenvolupament que propiciïn el foment de la capacitat de programació en matèria de població; sensibilitzar sobre les qüestions relacionades amb la població i el desenvolupament i mobilitzar els recursos i la voluntat política necessaris per a la realització d'aquestes tasques.

### OMS (Organització Mundial de la Salut)

20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Suïssa

[www.who.org](http://www.who.org) i  
[www.who.int/asd](http://www.who.int/asd)



Estats membres: 191  
Va néixer el 7 d'abril de 1948 després que 26 estats membres de l'ONU ratifiquessin la seva Constitució. El seu objectiu principal és fer que tots els pobles assoleixin el nivell de salut més alt possible. El 1977, l'Assemblea Mundial de la Salut va establir com a prioritat per a l'organització: "la salut per a tots d'aquí a l'any 2000", i des d'aleshores s'ha establert una estratègia fonamentada en les atencions de salut primàries comportant vuit elements essencials: educació relativa als problemes imperants de la salut; abastament alimentari i nutrició adequats; aprovisionament d'ai-

gua salubre i mesures de sanejament; la salut materna i infantil, inclosa la planificació familiar; vacunació contra les principals malalties infeccioses; prevenció i control de les endèmies locals; tractament de les malalties i lesions corrents; i proveïment de medicaments essencials.

### PNUD (Programa de les Nacions Unides per al Desenvolupament)

One United Nations Plaza, New York, NY 10017 EUA

[www.undp.org](http://www.undp.org)



Estats membres: 166  
Creat al 1965, el PNUD és el mecanisme mundial més important de cooperació tècnica multilateral i de preinversions. Realitza activitats a més de 150 països i territoris i pràcticament en tots els sectors econòmics i socials. El seu objectiu és ajudar als PVD a utilitzar millor els seus recursos de cara a incrementar la producció econòmica i a millorar la qualitat de vida de les seves poblacions. L'avenç de les dones és un dels principals objectius que el PNUD persegueix en els seus esforços per ajudar els països a reforçar les seves capacitats de desenvolupament humà sostenible. El progrés per les dones és essencial per assolir altres objectius del PNUD com l'eradicació de la pobresa, la promoció de condicions de vida sostenibles i la protecció i regeneració ambiental. El PNUD també promou el reforçament de la capacitat de països i organitzacions de respondre amb efectivitat a l'epidèmia del VIH.

### UNICEF (Fons de les Nacions Unides per a la Infància)

3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, EUA

[www.unicef.org](http://www.unicef.org)



Creat el 1946 per aportar als infants d'Europa i de Xina, víctimes de la guerra, ajuda d'urgència en aliments, medicaments i vestits, el 1950 modifica l'orientació del seu mandat cap a programes a llarg termini en favor dels infants dels PVD. Perseguint a la vegada objectius humanitaris i de desenvolupament, el Fons participa en els esforços invertits pels PVD per tal de protegir els seus infants i permetre'ls desenvolupar-se plenament. L'objectiu és donar a cada infant la possibilitat de gaudir dels drets i privilegis fonamentals enunciat en

la Declaració dels Drets de l'Infant, adoptada per l'Assemblea General el 1959. Entre d'altres activitats, l'UNICEF ajuda els governs a planificar, desenvolupar i ampliar els serveis comunitaris de baix cost en camps interrelacionats com la salut materna i de l'infant, l'aigua potable i sanejament o l'educació estructurada i no estructurada. També proveeix recursos financers per a reforçar la formació i l'orientació de personal nacional, de mestres, d'especialistes de la nutrició i de la protecció de la infància.

### ONUSIDA (Programa Conjunt de Nacions Unides sobre el VIH/SIDA)

20, Avenue Appia. CH-1211 Geneva 27. Suïssa

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)



Creat el 1996, el Programa Conjunt de Nacions Unides sobre el VIH/SIDA és una iniciativa sense precedents en el sistema de Nacions Unides, que combina l'experiència, els esforços i els recursos de sis organitzacions: UNICEF, PNUD, FNUAP, UNESCO, OMS i el Banc Mundial. D'aquesta manera, procura augmentar al màxim l'eficiència i l'impacte de Nacions Unides en el camp del VIH/SIDA. ONUSIDA promou una resposta àmplia per prevenir la transmissió del VIH, oferir assistència i suport, reduir la vulnerabilitat dels individus i les comunitats al VIH/SIDA i mitigar l'impacte de l'epidèmia. Fomenta l'ús de bones pràctiques i reuneix, analitza i difon informació sobre l'evolució de l'epidèmia i sobre la resposta mundial que suscita. ONUSIDA col·labora amb països en desenvolupament i amb economies en transició per capacitar-los a definir, planificar i aplicar la millor resposta nacional possible.

### OPS (Organització Panamericana de la Salut)

525 23rd Street, N.W., Washington, D.C., 20037, EUA

[www.paho.org](http://www.paho.org)



Estats membres: 38  
Organisme internacional de salut pública que té el seu origen en l'Oficina Sanitària Panamericana, nascuda a la Segona Conferència Internacional dels Estats Americans el 1902 a Mèxic. Dedicada a millorar la salut i les condicions de vida en els països d'Amèrica, actua també com a Oficina Regional

per a les Amèriques de l'OMS i és reconeguda internacionalment com a part del sistema de Nacions Unides. A més és l'organisme especialitzat en salut del sistema interamericà. Els principals propòsits de l'OPS són la promoció i coordinació dels esforços dels països de la Regió de les Amèriques per a combatre les malalties, prolongar la vida i estimular el benestar físic i mental dels seus habitants. L'OPS promou l'estratègia d'atenció primària de la salut com una manera d'estendre els serveis de salut a la comunitat i augmentar l'eficiència en l'ús dels recursos. D'aquesta manera orienta les seves activitats cap als grups més vulnerables, especialment les mares i els nens, els treballadors, la gent pobre, entre d'altres. Ha proposat i encapçalat campanyes per eradicar diverses malalties transmissibles amb gran èxit: SIDA, còlera, xarampió, malària, etc. També promou programes dedicats a millorar la salut de la dona en particular, i la seva integració a la societat.

**The Safemotherhood Initiative (Maternitat Sense Riscs)**

588 Broadway, Suite 503. New York, NY 10012, EUA



[www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

Creada l'any 1987, a partir d'una coalició d'especialistes a nivell mundial en salut materna i infantil: el FNUAP, l'UNICEF, l'OMS, el Banc Mundial, la Federació Internacional de Planificació Familiar i The Population Council. Actualment és una agrupació d'associats de més de 100 països, integrada per governs, agències donants i de cooperació tècnica, ONG i defensors de la salut de les dones. Els objectius d'aquest programa són: reduir les morts i les malalties de dones i infants, sobretot a països en vies de desenvolupament, a través de la mobilització de recursos; establir prioritats i promoure assistència tècnica; incrementar la salut materna i reduir el nombre de defuncions i malalties associades a l'embaràs i el part, mitjançant la garantia d'uns serveis de salut maternals d'alta qualitat a totes les dones. D'entre les activitats que realitza destaquen: l'atenció amb personal especialitzat, abans, durant i després del part; l'atenció urgent per a complicacions en el part; els serveis de prevenció i cura respecte avortaments en males condicions; els programes de planificació familiar; els programes de salut educativa per a adolescents i l'educació comunitària per a dones i les seves famílies.

**Organitzacions No Governamentals**

**IPPF (International Planned Parenthood Federation)**

Regent's College. Inner Circle, Regent's Park, London NW1 4NS, Regne Unit



[www.ippf.org](http://www.ippf.org)

És l'organització de caràcter voluntari més important del món respecte a temes de planificació familiar i salut sexual i reproductiva. Present a més de 150 països, fou fundada a Bombai al

1952. Els seus objectius són: promoure el dret de les dones i els homes a decidir lliurement el nombre de fills i el moment de concebre'ls, així com el dret a una bona salut sexual i reproductiva; eliminar l'avortament en males condicions, promoure l'equitat, la igualtat i un major rol per a la dona i establir programes d'informació sexual per la gent jove. L'IPPF realitza campanyes a nivell local, regional o internacional de cara a incrementar la salut reproductiva i els programes de planificació familiar a tot el món. Aquesta acció es materialitza en assessorament i informació sobre els diversos mètodes de planificació familiar.

**RSMLAC (Red de Salud de la Mujeres Latinoamericanas y del Caribe)**

Casilla 50610, Santiago 1, Santiago, Xile [www.reddesalud.web.cl](http://www.reddesalud.web.cl)



Creada al 1984 a la Primera Trobada Regional de Salut de les Dones

realitzada a Colòmbia, es va constituir com a entitat de coordinació a nivell regional, dirigida a promoure la salut i els drets de les dones, especialment els drets sexuals i reproductius. Els seus objectius són: promoure la salut, els drets i la ciutadania de les dones a través de tot el seu cicle vital, des de la infantesa fins a la vellesa; contribuir a legitimar el concepte, la defensa i l'exercici dels drets sexuals i reproductius; difondre i democratitzar el coneixement sobre la salut, així com promoure i facilitar la participació dels joves. Aquesta xarxa realitza campanyes internacionals sobre la problemàtica de la salut en les dones, formació de recursos humans en salut de les dones, i enfortiment de l'articulació regional amb les organitzacions i persones que treballin en temes de salut de les dones.

**IWHC (International Women's Health Coalition)**

24 East 21 Street, New York, NY 10010, EUA

[www.iwhc.org](http://www.iwhc.org)



Fundada el 1980. És una organització amb seu a Nova York que treballa amb individus i grups a l'Àfrica, Àsia i l'Amèrica Llatina promovent els drets i la salut sexual i reproductiva de les dones. Proporciona suport tècnic, de gestió, moral i financer a proveïdors de serveis de salut reproductiva, grups de suport i organitzacions de dones als països en desenvolupament. Publiquen llibres i altres documents i mantenen una xarxa de comunicació global de 6.000 persones i organitzacions de 143 països. Els objectius de la IWHC són facilitar que les dones gaudeixin d'una vida sexual sana, lliure de malalties, violència o sofriment, i que regulin voluntàriament la seva fecunditat de manera segura i efectiva.

**HERA (Health, Empowerment, Rights and Accountability)**

24 East 21st Street, 5th Floor, New York, NY 10010, EUA

[www.iwhc.org/hera](http://www.iwhc.org/hera)  
HERA és un grup internacional d'activistes a



favor de la salut de les dones que treballen a tot el món per assegurar el compliment dels acords assolits a la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament del Caire de 1994, i a la Quarta Conferència Mundial de la Dona de Beijing de 1995. El seu treball té com a objectius la defensa i el suport en el disseny i l'aplicació d'estratègies que garanteixin els drets i la salut sexual i reproductiva, en el marc ampli dels Drets Humans i el desenvolupament sostenible. Reconeixent que l'empoderament polític i econòmic de les dones és essencial per a l'aplicació dels acords d'ambdues conferències, HERA treballa per assegurar que l'enfocament dels drets i la salut sexual i reproductiva sigui l'ètica programàtica i la filosofia operativa de les agències internacionals, donants, governs i ONG, i que les polítiques i programes sanitaris siguin dissenyats per aconseguir serveis integrats de salut sexual i reproductiva per a tothom.

**CFFC (Catholics for a Free Choice)**

1436 U Street NW, Suite 301. Washington, DC 20009-3997, EUA

[www.cath4choice.org](http://www.cath4choice.org)



Organització independent sense ànim de lucre dedicada a l'anàlisi de les polítiques, l'educació i els drets dins el camp de la igualtat de gènere i la salut reproductiva. Creada al 1973, la CFFC té l'objectiu de promoure l'educació en els camps dels drets i la salut reproductiva, amb el compromís de defensar la dignitat i els drets de la dona, així com donar una dimensió moral i ètica de la reproducció humana.

**PAI (Population Action International)**

1120 19th Street, NW, Suite 550; Washington, DC 20036, EUA

[www.populationaction.org](http://www.populationaction.org)



Organització dedicada a la promoció i establiment de polítiques i programes per a alentir el creixement de la població i millorar d'aquesta manera les condicions de vida de la gent. Els seus objectius són difondre els programes de planificació familiar voluntaris i d'altres serveis de salut reproductiva, i establir programes educatius i laborals per a la dona; així com millorar les condicions de vida de les dones i les seves famílies amb mesures pel control del creixement de la població mundial. Té més de 40 programes dividits en quatre àrees: promoció i recerca de polítiques i programes, població i medi ambient, el gabinet polític, i dret internacional. A més, produeix recerques i publicacions sobre temes vinculats a l'organització.

**EuroNGOs (European NGOs for Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development)**

United Nations Population Fund, Palais des Nations, 1211 Geneva 10, Suïssa

[www.eurongos.org](http://www.eurongos.org)



Organització que prenent el compromís de la CIPD del Caire 1994, promou els seus programes de cooperació

internacional en el camp de la salut sexual i reproductiva en PVD. La componen 25 ONG de caràcter tant nacional com regional, dedicades exclusivament al camp de la salut sexual i reproductiva, la població i el desenvolupament.

**MSI (Marie Stopes International)**

153-157 Cleveland Street, London W1P 5PG, Regne Unit

[www.mariestopes.org.uk](http://www.mariestopes.org.uk)



Organització que treballa a més de 30 països oferint tota mena de serveis per a una òptima salut reproductiva. MSI promou i defensa una bona salut reproductiva a partir de la intervenció en diversos camps i àmbits d'actuació, com ara la implementació de programes de salut reproductiva a zones especialment problemàtiques, l'assessorament en el camp de la planificació familiar, contracepció, avortament o esterilització, entre d'altres.

**CRLP (The Center for Reproductive Law and Policy)**

120 Wall St., New York, NY 10005. 1146 19th St. NW, Washington D.C. 20036, EUA

[www.crlp.org](http://www.crlp.org)



Organització de defensa i promoció a nivell polític i legal dels drets reproductius de les dones. Els programes nacionals i internacionals del CRLP inclouen la defensa jurídica, l'anàlisi de polítiques, la recerca jurídica, i l'educació pública, amb la finalitat d'aconseguir la igualtat de la dona a la societat, i assegurar que totes les dones tinguin accés a serveis de salut reproductiva apropiats i lliurement escollits. El CRLP promou l'accés a la contracepció, a l'avortament sense riscs, dona suport a l'atenció a la salut reproductiva dels adolescents, garanteix la llibertat reproductiva de les dones amb baixos ingressos, denuncia la violència contra les dones i la seva llibertat reproductiva, i forma advocats en drets reproductius.

**Instituts i centres d'estudi**

**AGI (The Alan Guttmacher Institute)**

20 Wall Street, New York, N.Y. 10005 1120 Connecticut Avenue, N.W. Suite 460 Washington, D.C. 20036, EUA

[www.agi-usa.org](http://www.agi-usa.org)



Fou creat al 1968 com el Centre pel Desenvolupament de Programes de Planificació Familiar. Els objectius són protegir i difondre les opcions i capacitats reproductives de les dones i els homes d'una manera digna i lliure, a més de facilitar a tothom el lliure accés a la informació i als serveis necessaris per poder gaudir dels propis drets i responsabilitats dins el món de la sexualitat, la reproducció i la planificació familiar. AGI produeix diverses publicacions especialitzades, i ofereix orientació i assessorament, en base als propis programes d'investigació i recerca de l'institut.

**The Population Council**

One Dag Hammarskjold Plaza. New York, NY 10017, EUA

[www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)



Organització no governamental sense ànim de lucre, nascuda al 1952, i dedicada a la recerca i l'estudi en el camp de la salut reproductiva. Els seus objectius són l'anàlisi de l'evolució de la població mundial, així com la recerca en els camps de les ciències socials i reproductives. L'institut té tres divisions d'investigació: el camp de la biomedicina, polítiques de recerca i programes d'acció. Com a principals activitats destaquen: el desenvolupament de noves tècniques o mitjans contraceptius; la col·laboració amb entitats públiques o privades per millorar la qualitat dels serveis de planificació familiar i salut reproductiva; i la implementació de polítiques per controlar la població. Produeix diverses publicacions.

**Population Reference Bureau (PRB)**

Suite 520, 1875 Connecticut Ave., NW, Washington, DC 20009, EUA

[www.prb.org](http://www.prb.org)



Organització de caràcter informatiu dedicada a la investigació en matèria de tendències i problemàtiques de la població mundial. Fundada el 1929, és l'organització més antiga dels Estats Units dedicada als temes de població. Treballa amb organitzacions públiques i privades per incrementar la quantitat, la qualitat i la utilitat de la informació referent als canvis en la població i l'impacte que poden tenir. El PRB reuneix, interpreta i distribueix informació sobre població mitjançant una àmplia gamma de publicacions, serveis d'informació, seminaris, tallers i col·laboracions tècniques.

**John Hopkins University School of Hygiene and Public Health**

615 North Wolfe Street, Baltimore, MD 21205, EUA

[www.jhsph.edu](http://www.jhsph.edu)



Centre dedicat a la investigació i la formació de científics i professionals de la salut pública, fundat el 1916. El Departament de Ciències de la Població i la Salut Familiar es creà el 1998 de la fusió dels anteriors departaments de dinàmiques de població i salut materna i infantil, amb la finalitat d'estudiar de manera global els problemes i models canviants del creixement de la població i la reproducció, així com d'assegurar la salut i el desenvolupament de les persones al llarg de la vida, amb especial atenció a les poblacions vulnerables –mares i infants, famílies, adolescents, nens amb necessitats d'atenció sanitària especial, dones i gent gran.

## **dCIDOB 70-71.** **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Glossari.

**Anticoncepció:** mètode o acció a partir del qual s'evita la fecundació i per tant l'embaràs. Existeixen diversos mètodes anticonceptius, des dels mètodes barrera (preservatiu, diafragma,...) fins als productes espermatocides, l'anticoncepció hormonal oral, o els mètodes permanents (lligadura de trompes, vasectomia).

**Anticoncepció d'emergència:** procediment pel qual s'actua per prevenir la fecundació i el posterior embaràs. Es realitza poques hores o fins a molts pocs dies després d'una relació sexual desprotegida i es fan servir píndoles o bé aparells intrauterins. L'anticoncepció d'emergència és recomanada per l'OMS i és considerada com un dret de la salut reproductiva de la dona.

**Avortament en males condicions:** procediment pel qual es posa fi a un embaràs no desitjat i que és practicat o bé per persones que no tinguin les habilitats necessàries o bé en un ambient que no compleixi amb els mínims requisits mèdics, o en ambdós casos. És la causa del 13% de totes les morts maternes.

**CIPD (El Caire, 1994):** Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament celebrada al Caire (5-13 de setembre del 1994) amb la participació de 179 delegacions. Es va aprovar el Programa d'Acció del Caire per al període 1994-2015 on les principals novetats fan referència al desenvolupament de programes en matèria de salut reproductiva, drets reproductius, i la promoció de l'enfortiment del paper de la dona a tot el món.

**Empoderament:** procés de conscienciació i de reivindicació que té com a objectiu aconseguir una distribució equitativa del poder entre els dos sexes. Això vol dir que les dones han de gaudir de les mateixes oportunitats que els homes per a disposar també del mateix poder de decisió ja sigui en l'àmbit privat, en la vida professional o política de la persona.

**Fecunditat:** capacitat de fecundació, és a dir, de desenvolupar un procés de procreació. La taxa global de fecunditat indica la mitjana d'infants que tindrà una dona durant la seva vida, en el cas que les taxes actuals de natalitat per edat es mantinguessin constants durant els seus anys fèrtils (normalment dels 15 als 49 anys).

**Fertilitat:** capacitat fisiològica d'una dona, un home, una parella, grup o població de procrear.

**Gènere:** atribució cultural que expressa el conjunt de trets que caracteritzen allò masculí i allò femení. Aquest sistema genera en les persones unes expectatives del que significa en cada moment històric ésser home o dona i, en funció d'elles, s'educa i es socialitza les persones. El gènere fa referència a les relacions desiguals de poder entre homes i dones que es produeixen a través d'una organització social basada en les diferències sexuals. D'aquesta manera, a través de la família, l'escola, la religió o els mitjans de comunicació es promouen diferents valors, conductes o activitats a nois i noies de manera que el món masculí és concebut com a superior, i el femení com a inferior. Aquest rol perpetua les desigualtats entre homes i dones a tot el món.

**Malalties de transmissió sexual (MTS):** malalties infeccioses de gravetat variable, algunes benignes i d'altres més greus, que normalment es transmeten o es contagien durant les relacions sexuals. La vagina, el penis, l'anus i la boca són els llocs més freqüents on podem trobar els gèrmens (virus, bacteris, paràsits...) que produeixen les MTS. Totes aquestes malalties tenen en comú la transmissió principalment sexual, encara que hi ha altres vies possibles com la sang o els contactes no sexuals, i afecten, fonamentalment, els òrgans genitals. Actualment són les malalties més esteses a tot el món, i poden tenir greus conseqüències a llarg termini com la infertilitat, especialment per a les dones.

**Maternitat sense riscos:** suposa l'accés de totes les dones a una informació i atenció que garanteixin dur a terme un embaràs i part en condicions sanitàries òptimes, és a dir, poder desenvolupar una maternitat a un nivell que no constitueixi un problema de salut pública. Això pressuposa disposar d'una cobertura d'atenció maternoinfantil el més àmplia possible per a garantir una maternitat sense riscos, prioritzant els serveis obstètrics maternes i d'urgències, especialment en benefici de les zones rurals i urbanes pobres.

**Mortalitat infantil:** nombre de defuncions de nens menors d'un any per cada 1.000 nous nats.

**Mortalitat materna:** nombre de dones que moren per causes relacionades amb l'embaràs i el part. Les causes de la mortalitat materna solen ser per ordre de casos; hemorràgies, causes indirectes, infeccions, avortaments en males condicions, hipertensió i part obstruït.

**Mortalitat perinatal:** es refereix a la mort de la criatura mentre es desenvolupa dins de l'úter durant els nou mesos d'embaràs. Per mortalitat neonatal entenem la defunció del fetus durant els primers 28 dies de vida.

**Mutilació genital femenina:** terme generalment acceptat per designar les pràctiques tradicionals que suposen l'eliminació total o parcial o els danys dels genitals externs de nenes i dones. Existeixen diversos graus de mutilacions, i les seves complicacions poden ser de tipus immediat (forts dolors, hemorràgies, retencions d'orina agudes, riscos de malalties de transmissió sanguínia, infeccions que poden arribar a provocar la mort), i de tipus durader (micció difícil, infecció recurrent de les vies urinàries, regles doloroses, relacions sexuals doloroses, infertilitat, així com conseqüències psicològiques i socials).

**Paternitat responsable:** necessitat dels homes d'assumir la responsabilitat i les conseqüències dels seus comportaments reproductius i sexuals, com per exemple responsabilitzar-se de la seva descendència a partir de l'ús d'anticonceptius, i practicar comportaments sexuals segurs per una protecció pròpia i de la parella. Per responsabilitat i participació de l'home entenem les següents actituds: respectar els drets sexuals i reproductius de les dones; assumir una actitud activa en l'anticoncepció i en la prevenció de malalties de transmissió sexual, inclòs el VIH; involucrar-se de manera igualitària en les feines domèstiques, així com en la cura i educació dels fills; compartir les decisions sobre procreació; i preocupar-se per la salut pre i postnatal materna i infantil.

**Planificació familiar:** capacitat de limitar el nombre de fills i de controlar l'espaiament entre naixements. La planificació familiar pot augmentar la capacitat d'autonomia de la dona i permetre que tant dones com homes gaudeixin d'un major control sobre les seves vides. Això fa necessari el subministrament d'informació, educació i assessorament així com de mètodes anticonceptius.

**Programes d'atenció i salut maternoinfantil:** programes de salut destinats al benestar físic, mental i social de les mares i els seus fills, entre els quals s'hi troben els serveis organitzats per tenir cura de la salut de les dones embarassades i de les mares lactants.

**Salut reproductiva:** es defineix com un estat general de benestar físic, mental i social, i no de simple absència de malalties, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i les seves funcions. Això comporta la capacitat personal de gaudir d'una vida sexual satisfactòria sense riscos i de procrear, així com la llibertat de decidir tenir o no tenir relacions sexuals, quan i amb quina freqüència. L'atenció en salut reproductiva inclou: serveis de planificació familiar, assessorament i informació; atenció prenatal, durant el part i postpart, atenció sanitària a infants, tractament d'infeccions de l'aparell reproductiu i de malalties de transmissió sexual; serveis segurs d'avortament, allò on sigui legal, i atenció a complicacions relacionades amb l'avortament; prevenció i tractament de la infertilitat; informació, educació i assessorament sobre sexualitat humana, salut reproductiva i paternitat responsable, i dissuasió de pràctiques nocives com la mutilació genital femenina.

**Salut sexual:** és una part de la salut reproductiva i inclou: un desenvolupament sexual sa; relacions responsables i equitatives i satisfacció sexual; i absència de malalties, discapacitats, violència i altres pràctiques nocives relacionades amb la sexualitat.

**Drets reproductius:** són els drets de parelles i individus de decidir lliurement i responsablement el nombre i espaiament dels seus fills, i tenir la informació, educació i mitjans per fer-ho; d'assolir els nivells més elevats de salut sexual i reproductiva; i poder prendre decisions sobre la reproducció sense discriminació, coerció i violència.

**Drets sexuals:** són els drets de tothom a decidir lliurement i responsablement sobre tots els aspectes de la seva sexualitat, incloent-hi la protecció i promoció de la seva salut sexual i reproductiva; a no patir discriminació, coerció o violència en la seva vida sexual i en qualsevol decisió sexual; i a esperar i demanar igualtat, ple consentiment, respecte mutu i responsabilitat compartida en les relacions sexuals.

**Salut sexual i reproductiva per a adolescents:** es refereix a la salut física i emocional dels adolescents (població entre els 10 i els 19 anys) que inclou la capacitat de gaudir d'una bona salut i de prevenir embarassos no desitjats, avortaments en males condicions, malalties de transmissió sexual, etc. La manca d'oportunitats educacionals i econòmiques i l'exploatació sexual són factors importants en els elevats índexs d'embarassos entre adolescents. L'atenció als adolescents ha implicat la seva participació en la definició de les seves necessitats en matèria sexual i reproductiva i en l'elaboració dels programes que donin resposta a aquestes necessitats, així com en l'avaluació dels serveis.

**Sexisme:** sistema o conjunt de mètodes que implica la dominació d'un sexe, que es considera inferior, per un altre que es considera superior. En quasi totes les cultures, el sexisme implica pràctiques de discriminació de les dones per part dels homes. L'estructura de poder social estableix de manera arbitrària els rols, les actituds i els comportaments considerats pertinents per al sexe femení, minvant així les possibilitats de desenvolupament personal i professional de les dones. El sexisme abarca tots els àmbits de la vida i de les relacions humanes.

**VIH / SIDA:** el VIH és el virus d'immunodeficiència humana que causa la síndrome d'immunodeficiència adquirida (SIDA), malaltia epidèmica infecciosa que ataca el sistema immunitari. Les dones poden infectar els seus infants durant l'embaràs, el part o l'alletament.

**Violència de gènere:** és tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que tingui com a resultat danys o sofriments físics, sexuals o psicològics per a la dona, incloent-hi les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant a la vida pública com a la privada. L'exercici d'aquesta violència reflecteix l'assimetria existent a les relacions de poder entre homes i dones, i que perpetua la subordinació i desvalorització del femení vers el masculí. Respon al patriarcat com a sistema simbòlic que determina un conjunt de pràctiques quotidianes concretes que neguen els drets de les dones i reproduïxen el desequilibri i la inequitat entre els sexes. La diferència amb altres tipus de violència es troba en el fet que el factor de risc o de vulnerabilitat és el simple fet de ser dona.

Fonts: *Programa d'Acció de la CIPD*, El Caire, 1994.

*Protejamos nuestra salud integral. Digamos NO a la violencia*, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1997.

*Vidas paralelas de las mujeres. Guía didáctica de educación para el desarrollo*, Hegoa, 1998.

*Sexual and Reproductive Health Briefing Cards*. Family Care International, 1999.

*Salut pública. Joves i sexualitat*. Diputació de Barcelona, 1998.

I altres del Fons de Població de Nacions Unides, Population Reference Bureau, i Family Care International.

## **dCIDOB 70-71.**

# **Salut reproductiva i desenvolupament.**

L'Ajut Oficial al Desenvolupament (AOD) en matèria de població i salut reproductiva



# L'Ajut Oficial al Desenvolupament (AOD)

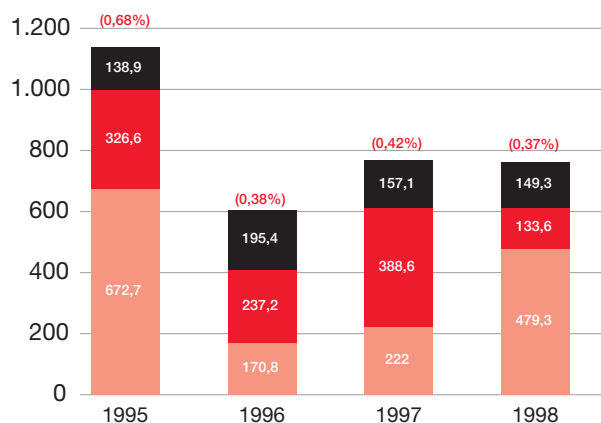
en matèria de població i salut reproductiva

**Programa d'Acció de la Conferència del Caire 1994 (CIPD)**  
**Mobilització i assignació de recursos recomanats (en milions de dòlars)**

	ANY			
	2000	2005	2010	2015
Serveis de planificació familiar	10.200	11.500	12.600	13.800
Serveis bàsics de salut reproductiva	5.000	5.400	5.700	6.100
Programa de prevenció de les MTS* i el VIH/SIDA	1.300	1.400	1.500	1.500
Investigació bàsica, reunió de dades i anàlisi de polítiques de població i desenvolupament	500	200	700	300
<b>Total</b>	<b>17.000</b>	<b>19.900</b>	<b>20.500</b>	<b>21.700</b>

\*Malalties de transmissió sexual

**AOD espanyola en població i salut reproductiva (1995-1998)**



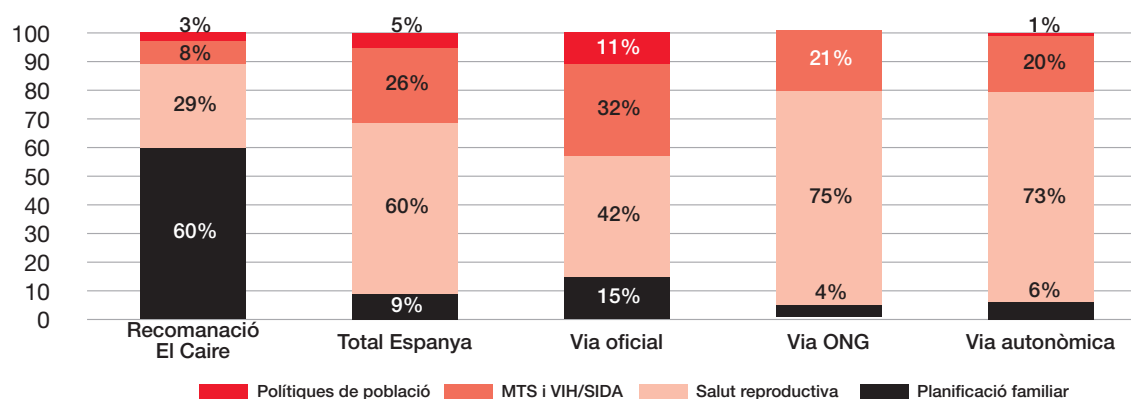
**Autònòmica** Inclou només l'AOD de les comunitats autònomes, majoritàriament canalitzada a través d'ONG. No hi ha dades fiables pel que fa a l'AOD descentralitzada d'ens locals per sectors.

**Ajudes a ONG** Inclou les subvencions a ONG a través de les convocatòries ordinàries i IRPF.

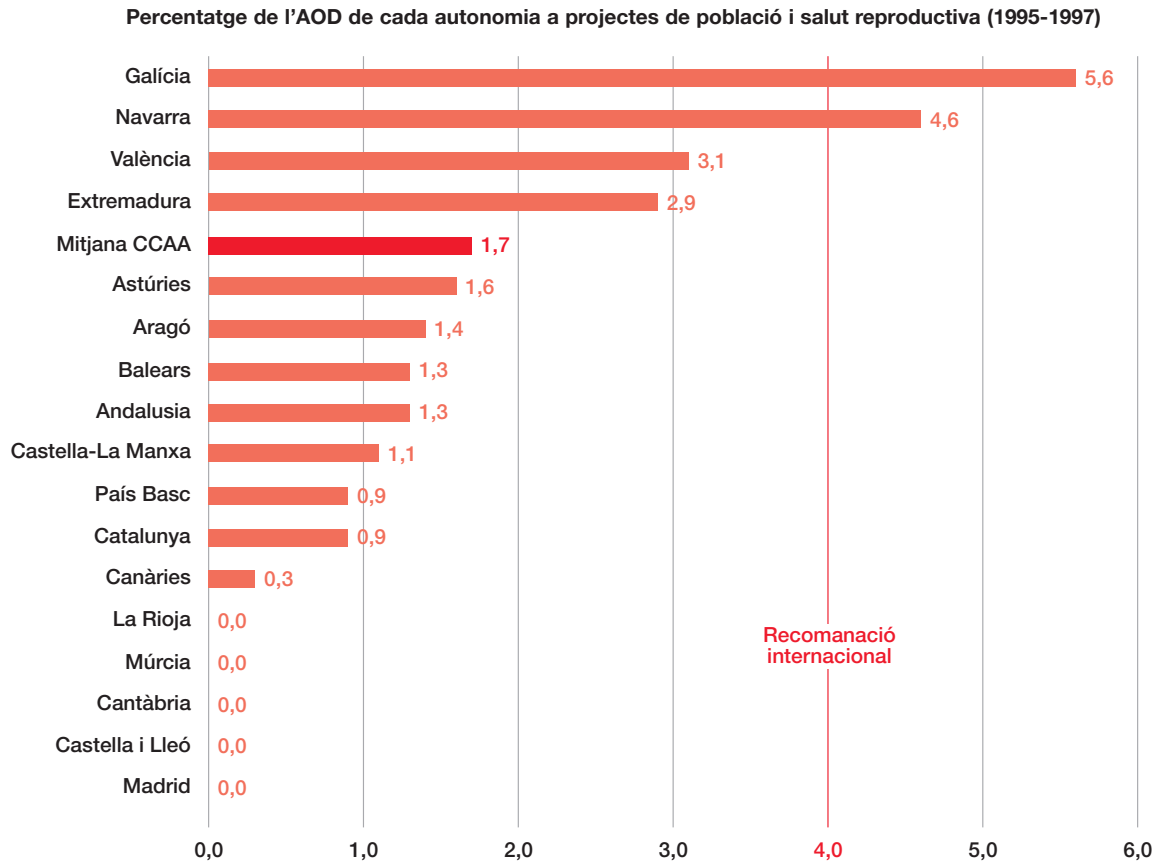
**Via directa** Inclou l'AOD del Govern espanyol dirigida a organismes multilaterals (ja siguin quotes voluntàries com projectes específics) i a governs d'altres països.

Entre parèntesi la proporció respecte al total d'AOD espanyola de cada any

**Proporció dels 4 components segons recomanacions del Caire '94 (1995-1998)**



Elaboració: Fundació CIDOB



# TIRA, TIRA!

## **dCIDOB 70-71.**

# **Salut reproductiva i desenvolupament.**

Selecció de Documents de la Base de Dades CIDOB.

**D-35365**

**ABORTO CLANDESTINO: UNA REALIDAD LATINOAMERICANA**

Sarah Hawker Costa ; Delicia Ferrando ; Silvia Llera (et al.)  
The Alan Guttmacher Institute, 1994; New York ; pp: 5-32

**D-24211**

**ACTION FOR THE 21ST CENTURY REPRODUCTIVE HEALTH & RIGHTS FOR ALL**

María José Alcalá  
Family Care International, 1994, New York ; pp: IV, 1-45

**D-29046**

**DOSSIER DONA, DE NAIROBI A BEIJING 1985-1995**

Àngels Mataró (coord.) ; Francesc Claret ; Elisa Merino  
Associació per a les Nacions Unides a Espanya, 1995; Barcelona ; pp: 7-42

**D-25228**

**LAS MUJERES Y LA SALUD REPRODUCTIVA**

Sara Davidson ; Louisiana Lush ; Bridget Walker (et al.)  
HEGOA (ed. en castellano), 1995; Bilbao ; pp: 4-31

**D-29048**

**RESUMEN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO**

Naciones Unidas, 1995; Nueva York ; pp: 3-28

**D-33062**

**GÉNERO Y DESARROLLO: SERIE DE MANUALES DE CAPACITACIÓN DE CEDPA (VOLUMEN III)**

The Centre for Development and Population Activities (CEDPA); Washington ; pp: XIII, 1-96

**D-36470**

**LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR ENTRE LAS POBLACIONES INDÍGENAS DE AMÉRICA LATINA**

Anne Terborgh ; James E. Rosen ; Roberto Santiso Gálvez (et al.)  
The Alan Guttmacher Institute, 1996; New York ; pp: 4-11+ 33

**D-36382**

**ACCESO DE ADOLESCENTES A INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Programa de Adolescentes y Jóvenes SI Mujer (PAJ) ; Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC) ; SI Mujer Servicios Integrales para la Mujer, 1997; Managua ; pp: 1-47

**D-27954**

**ACCIÓN PARA PROMOVER EL CAMBIO: POBLACIÓN, POTENCIACIÓN, DESARROLLO**

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 1997; New York ; pp: 1-16

**D-35272**

**EL DERECHO A ELEGIR: DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA**

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), 1997; New York ; pp: 1-32

**D-27199**

**POBLACIÓN, DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA: RESPONSABILIDADES DE ESPAÑA**

Tomás Jiménez Araya  
Fundació CIDOB, 1997; Barcelona ; pp: 1-43

**D-36475**

**RELACIÓN DEL ABORTO CON LAS TENDENCIAS ANTICONCEPTIVAS Y DE FECUNDIDAD EN EL BRASIL, COLOMBIA Y MÉXICO**

Susheela Singh ; Gilda Sedgh  
The Alan Guttmacher Institute, 1997; New York ; pp: 2-13

**D-35820**

**THE ROLE OF CONTRACEPTION IN REDUCING ABORTION**

The Alan Guttmacher Institute, 1997; New York , pp: 1-4

**J.M.A.S. 4/98**

**AIDS AND DEVELOPMENT: AN INVERSE CORRELATION?**

Richard A. Fredland  
*The Journal of modern African studies*, 4, 1998; United Kingdom ; pp: 547-568

**D-28243**

**EL DERECHO HUMANO A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Federación Internacional de Planificación de la Familia, 1996; Londres ; pp: 1-14

**Fi.D. 1/98**

**HACER FRENTE AL SIDA**

Lyn Squire  
Fondo Monetario Internacional ; Banco Mundial  
*Finanzas y desarrollo*, 1, 1998; Washington ; pp: 15-24

**D-33212**

**HIV/AIDS AND HUMAN RIGHTS: INTERNATIONAL GUIDELINES, SECOND INTERNATIONAL CONSULTATION ON HIV/AIDS AND HUMAN RIGHTS, GENEVA, 23-25 SEPTEMBER 1996**

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights ; United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998; New York; Geneva ; pp: VIII, 1-63

**D-36483**

**EL HOMBRE COMO COMPAÑERO EN LAS CUESTIONES DE SALUD REPRODUCTIVA: DE TEMAS A ACCIONES**

Mary Nell Wegner ; Evelyn Landry ; David Wilkinson (et al.)  
The Alan Guttmacher Institute, 1998; New York ; pp: 32-37

**IOM-IM 4/98**

**MIGRATION AND HIV/AIDS**

UNAIDS; IOM; Nathalie Lydié (et al.)  
International Organization for Migration (IOM)  
*International migration*, 4, 1998; Oxford , pp: 443-643

**D-33211**

**UN MOMENTO DECISIVO: POBLACIÓN MUNDIAL Y NUESTRO FUTURO COMÚN**

Fundación Rockefeller, 1998; New York ; pp: 1-31

**D-36020**

**MUJERES Y VIH/SIDA: UN ENFOQUE DESDE EL GÉNERO**

Adriana Gómez  
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1998; Santiago de Chile ; pp: 2-11

**D-36354**

**OPCIONES CATÓLICAS PARA EL DEBATE SOBRE EL ABORTO**

Daniel C. Maguire  
Catholics for a Free Choice, 1998; Washington ; pp: 1-8

**Me.Re. 206/98**

**POWER AND SEXUALITY IN THE MIDDLE EAST**

Bruce Dunne  
*Middle East report*, 206, 1998; Washington ; pp: 8-38

**L-35169**

**SALUD: LA LLAVE DEL DESARROLLO: JORNADAS DE COOPERACIÓN SANITARIA, 29 DE JUNIO AL 1 DE JULIO DE 1998**

Isabel de la Mata Barranco (ed.); M<sup>a</sup> Luisa Herrán Lisbona  
Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998; Madrid ; pp: 7-494

**D-35821**

**SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES, HAMPER DEVELOPMENT EFFORTS**

The Alan Guttmacher Institute, 1998; New York ; pp: 1-4

**D-36035**

**SIDA Y SALUD REPRODUCTIVA**

María de Bruyn ; Mabel Bianco ; Regina María Barbosa (et al.)  
Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 1998; Santiago de Chile ; pp: 84-117

**L-34792**

**WOMEN'S VOICES, WOMEN'S CHOICES ON REPRODUCTIVE HEALTH**

Linda Nordahl Jakobsen (ed.) ; Nell Rasmussen (ed.)  
The Danish Family Planning Association, 1998  
Copenhagen ; pp: 3-97

**J.A. 1984/99**

**L'ÉPIDÉMIE NOUS ÉCHAPPE**

René Guyonnet  
*Jeune Afrique*, 1984, 1999; Paris ; pp: 8-17

**D-36006**

**POPULATION AND THE WORLD BANK: ADAPTING TO CHANGE**

The World Bank, 1999; Washington ; pp: 1-20

**D-36009**

**THE REPRODUCTIVE HEALTH APPROACH TO POPULATION AND DEVELOPMENT**

Shepard Forman ; Romita Ghosh  
Center on International Cooperation, New York University, 1999; New York ; pp: 1-27