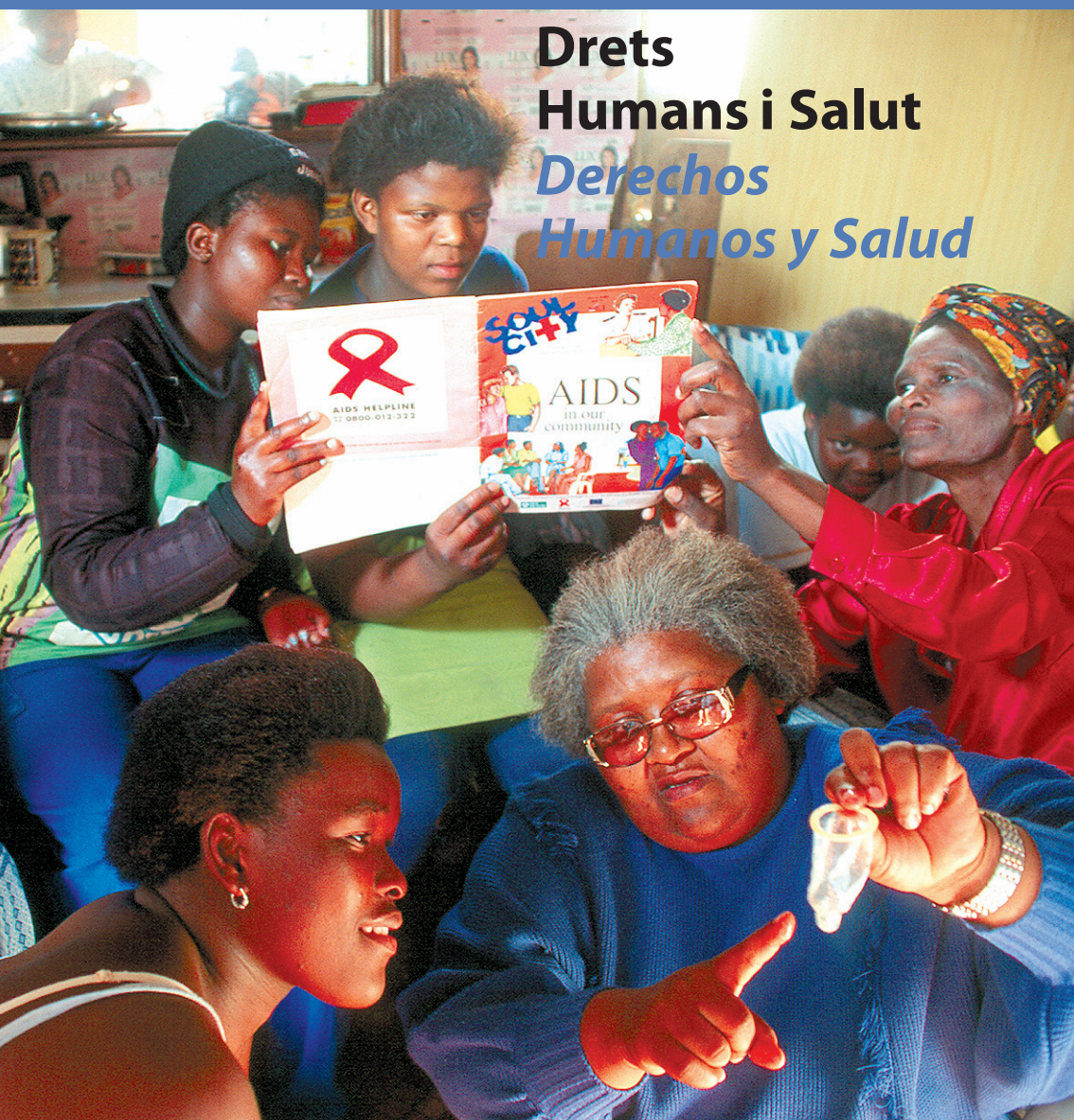


Drets Humans i Salut *Derechos Humanos y Salud*



PERIODICITAT: Trimestral

Decembre / Diciembre 2007

Autor / Autor: Metges del Món (Extret de les I Jornades Drets Humans i Salut)

Fotografia portada / Fotografía portada: Guy Stubbs (Echo)

Edita: Direcció General de Cooperació,

Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració

<http://dgcooper.caib.es>

Coordinació / Coordinación: Benante Balear S.L.

Disseny i maquetació / diseño y maquetación: Maria Perelló i Dori Hernández

Direcció / Dirección: Carretera de Valldemossa, Km. 7,4. Parc Bit, Edifici Lleret.
Parcel·la 9A. Codi Postal: 07121. Palma

Imprimeix: Jorvich S.L.

Dipòsit legal: PM-503/2005

ÍNDEX
ÍNDICE

ÍNDIX

1. Presentació	7
2. Cooperació internacional, dret a la salut: ¿sont de mots qui vont tres bien ensemble	11
2.1. Algunes reflexions sobre la cooperació internacional a Espanya	16
2.2. La salut com a dret humà.....	18
2.3. La cooperació en salut.....	22
2.4. Alguna cosa ha de canviar llavors.....	26
3. Intervenció en emergències.....	29
3.1 Alguna cosa d'història de l'atenció sanitària a les emergències.....	31
3.2. Què considerem emergència?.....	32
3.3. Augment de les emergències en els últims anys. Resposta des de les ONG's.....	34
3.4. Emergència terratrèmol de Java. Juny 2006	36
4. Immigració i salut.....	41
4.1. Introducció.....	43
4.2. Problemàtica dels immigrants.....	45
4.3. Malalties en els immigrants	46
4.4. Garbellament i guia d'atenció per a la població immigrant.....	48
4.5. Vacunes	49
4.6. Conclusions i propostes de millora.....	50
5. Sida a Àfrica: les morts evitables.....	53
6. Memòria dels projectes d'investigació i prevenció de la pràctica de mutilació genital femenina.....	63
6.1 Unes paraules en relació amb la mutilació genital femenina:	68
7. Drets sexuals i reproductius: Santa Rita-Rita-Rita, el que es dóna no es lleva ..	77

INDICE

1. Presentación	7
2. Cooperación internacional, derecho a la salud: ¿sont de mots qui vont tres bien ensemble?	11
2.1. Algunas reflexiones sobre la cooperación internacional en España	16
2.2. La salud como derecho humano	18
2.3. La cooperación en salud	22
2.4. Algo tiene que cambiar entonces	26
3. Intervención en emergencias	29
3.1. Algo de historia de la atención sanitaria a las emergencias	31
3.2. ¿Qué consideramos emergencia?	32
3.3. Aumento de las emergencias en los últimos años. Respuesta desde las ONG	34
3.4. Emergencia terremoto de Java	36
4. Inmigración y Salud	41
4.1. Introducción	43
4.2. Problemática de los inmigrantes	45
4.3. Enfermedades de los inmigrantes	47
4.4. Cribado y guía de atención para la población inmigrante	49
4.5. Vacunas	50
4.6. Conclusiones y propuesta de mejora	50
5. SIDA en África: las muertes evitables	53
6. Memoria de los proyectos de investigación y prevención de la práctica de mutilación genital femenina	63
6.1. Unas palabras en relación con la mutilación genital femenina	68
7. Derechos sexuales y reproductivos: Santa Rita-Rita-Rita, lo que se da no se quita	77

1. PRESENTACIÓ
1. PRESENTACIÓN

"Irrevocables, inalienables. Inherents a la persona, són innats, és a dir, que pertanyen a tots els éssers humans pel fet de ser-ho, sense desigualtat ni discriminació". Són algunes de les característiques aplicades, en la seva Declaració per Nacions Unides en 1948, als Drets Humans. I en el seu article 25, al dret a la protecció i promoció de la salut. Un bé bàsic que condiciona molts altres, que es deteriora com a conseqüència de la violació d'altres drets. No obstant això, parlar de Drets Universals en el nostre món sembla un sarcasme. La possibilitat d'una vida mínimament saludable és, en el segle XXI, el privilegi d'una minoria de la humanitat. I no es tracta de garantir una bona salut, sinó el dret al major grau de salut possible i l'accés a una atenció bàsica. Privilegis vinculats a les societats riques i poderoses. Per a la majoria dels humans, un do que es demana al cel, en lloc d'alguna cosa per la qual s'ha de lluitar. Una conseqüència de discriminacions evitables per sexe, cultura, llengua o religió. Una realitat inherent els col·lectius fràgils: dones, nens, ancians, immigrants, pobles indígenes i minories ètniques.

Dels 8 objectius del Mil·lenni, la meitat fan referència a drets sanitaris.

Educació per a la salut, inclosa la sexual i reproductiva, sanejament bàsic, higiene i medi ambient, prevenció i tractament de les malalties, accés a medicaments i serveis bàsics per a tots. Malalties oblidades, o patrimoni especial dels pobres: VIH-SIDA, tuberculosi, malària... És ingenu i inútil seguir parlant de la salut com un dret humà? És cínic reflexionar sobre les situacions que suposen una violació

"Irrevocables, inalienables. Inherentes a la persona, son innatos, es decir, que pertenecen a todos los seres humanos por el hecho de serlo, sin desigualdad ni discriminación". Son algunas de las características aplicadas, en su Declaración por Naciones Unidas en 1948, a los Derechos Humanos. Y en su artículo 25, al derecho a la protección y promoción de la salud. Un bien básico que condiciona muchos otros, que se deteriora como consecuencia de la violación de otros derechos. Sin embargo, hablar de Derechos Universales en nuestro mundo parece un sarcasmo. La posibilidad de una vida mínimamente saludable es, en el siglo XXI, el privilegio de una minoría de la humanidad. Y no se trata de garantizar una buena salud, sino el derecho al mayor grado de salud posible y el acceso a una atención básica. Privilegios vinculados a las sociedades ricas y poderosas. Para la mayoría de los humanos, un don que se pide al cielo, en lugar de un algo por el que se tiene que luchar. Una consecuencia de discriminaciones evitables por sexo, cultura, lengua o religión. Una realidad inherente los colectivos frágiles: mujeres, niños, ancianos, inmigrantes, pueblos indígenas y minorías étnicas

De los 8 objetivos del Milenio, la mitad hacen referencia a derechos sanitarios.

Educación para la salud, incluida la sexual y reproductiva, saneamiento básico, higiene y medio ambiente, prevención y tratamiento de las enfermedades, acceso a medicamentos y servicios básicos para todos. Enfermedades olvidadas, o patrimonio especial de los pobres: VIH-SIDA,

flagrant d'aquest dret, fins i tot en el nostre mitjà? Per ventura els estats moderns garanteixen amb fermesa que la salut no és una mercaderia més? Una mica pot canviar? La temptació, raonable, és pensar que no. Que reflexions com les que Metges del Món Illes Balears planteja en aquestes pàgines, de res serveixen. De tortures, catàstrofes que s'acarnissen amb els més desprotegits, pràctiques tradicionals no saludables, explotació femenina i infantil, les implicacions que té en salut la cooperació internacional parlen les següents pàgines. Perquè, no obstant això, creiem que no podem rendir-nos. Que el dilema no és potser canviar el món o abandonar per impossible. En paraules de Mario Benedetti, ja no es tracta de ser incendiari o bomber, sinó d'oblidar totes les esperances o deixar alguna com mostra. I com esperança possible, imprescindible, volem considerar el dret a la salut, a les cures de salut. I que l'absència de salut per causes evitables és un paradigma d'injustícia social en el nostre temps. Una injustícia contra la qual en Metges del Món va a seguir lluitant. No ens resignem.

Miguel Reyero
President de Metges del Món Illes
Balears

tuberculosis, malaria... ¿Es ingenuo e inútil seguir hablando de la salud como un derecho humano?. ¿Es cínico reflexionar sobre las situaciones que suponen una violación flagrante de este derecho, incluso en nuestro medio?. ¿Acaso los estados modernos garantizan con firmeza que la salud no es una mercancía más?. ¿Algo puede cambiar?. La tentación, razonable, es pensar que no. Que reflexiones como las que Médicos del Mundo Illes Balears plantea en estas páginas, de nada sirven. De torturas, catástrofes que se ensañan con los más desprotegidos, prácticas tradicionales no saludables, explotación femenina e infantil, las implicaciones que tiene en salud la cooperación internacional hablan las siguientes páginas. Porque, sin embargo, creemos que no podemos rendirnos. Que el dilema no es quizá cambiar el mundo o abandonar por imposible. En palabras de Mario Benedetti, ya no se trata de ser incendiario o bombero, sino de olvidar todas las esperanzas o dejar alguna como muestra. Y como esperanza posible, imprescindible, queremos considerar el derecho a la salud, a los cuidados de salud. Y que la ausencia de salud por causas evitables es un paradigma de injusticia social en nuestro tiempo. Una injusticia contra la que en Médicos del Mundo va a seguir luchando. No nos resignamos.

Miguel Reyero
Presidente de Metges del Món Illes
Balears

**2. COOPERACIÓ INTERNACIONAL, DRET A LA SALUT:
SONT DE MOTS QUI VONT TRES BIEN ENSEMBLE?**

**2. COOPERACIÓN INTERNACIONAL, DERECHO A LA SALUD:
SONT DE MOTS QUI VONT TRES BIEN ENSEMBLE?**

Jesús Yañez, expert en cooperació, col·laborador de Metges del Món.

La primera impressió és que cooperació internacional i dret a la salut són paraules que sonen molt bé juntes. No obstant això els pobres resultats que la cooperació està obtenint en relació amb els recursos que s'empren i la gran quantitat de persones que no poden exercir el dret a la salut obliguen a repensar la relació que existeix entre aquests termes. És suficient com exemple comprovar el lluny que estem d'algunes dades¹ de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). En els 75 països en els quals es concentren les majors necessitats d'atenció de la salut per a la mare, la nina i el nin, el 57% d'aquests no té atenció degut al fet que l'oferta de serveis és insuficient, que existeixen obstacles financers per a l'accés o per altres raons; el 43% restant sí rep atenció encara que pot suposar una despesa catastròfica per a les famílies i el servei no implica necessàriament que s'obtinguin totes les atencions necessàries. La OMS estima que uns 100 milions de persones es veuen sumides cada any en la pobresa com a conseqüència de la despesa sanitària.

Una altra dada que indica el desigual avanç produït en els últims trenta anys és l'evolució de l'esperança de vida al néixer en diferents regions del món entre el quinquenni 1970-1975 i el quinquenni 2000-2005². En aquest temps, l'esperança de vida al néixer a Àfrica subsahariana ha augmentat 0,3 anys, passant de 45,8 a 46,1 anys. L'evolució ha estat pitjor en la regió CEECIS³, on s'ha passat de 69 a 68,1 anys. Per contra, en els països de

Jesús Yañez, experto en cooperación, colaborador de Médicos del Mundo.

La primera impresión es que cooperación internacional y derecho a la salud son palabras que suenan muy bien juntas. Sin embargo los pobres resultados que la cooperación está obteniendo en relación con los recursos que se emplean y la gran cantidad de personas que no pueden ejercer el derecho a la salud obligan a repensar la relación que existe entre esos términos. Basta como ejemplo comprobar lo lejos que estamos de algunos datos¹ de la Organización Mundial de la salud (OMS). En los 75 países en los que se concentran las mayores necesidades de atención de la salud para la madre, la niña y el niño, el 57% de éstos no tiene atención debido a que la oferta de servicios es insuficiente, a que existen obstáculos financieros para el acceso o por otras razones; el 43% restante sí recibe atención aunque puede suponer un gasto catastrófico para las familias y el servicio no implica necesariamente que se obtengan todas las atenciones necesarias. La OMS estima que unos 100 millones de personas se ven sumidas cada año en la pobreza como consecuencia del gasto sanitario.

Otro dato que indica el desigual avance producido en los últimos treinta años es la evolución de la esperanza de vida al nacer en diferentes regiones del mundo entre el quinquenio 1970-1975 y el quinquenio 2000-2005². En ese tiempo, la esperanza de vida al nacer en África Subsahariana ha aumentado 0,3 años, pasando de 45,8 a 46,1 años. La



l'OCDE l'indicador ha augmentat de 70,3 a 77,6 anys. És a dir, les diferències entre països rics i pobres ha seguit augmentant i l'esperança de vida al néixer a Àfrica subsahariana es manté en nivells vergonyosos per a la comunitat internacional de donants.

En el meu cas personal he anat descobrint progressivament una estreta relació entre dret a la salut i cooperació internacional. Sent adolescent, a l'hora de pensar en una professió no vaig poder trobar una mica més noble que tractar de curar a les persones malaltes. Ja en la universitat vaig tenir l'oportunitat a la fi de la dècada 1980-1990 de

evolució ha sido peor en la región CEECIS³, en donde se ha pasado de 69 a 68,1 años. Por el contrario, en los países de la OCDE el indicador ha aumentado de 70,3 a 77,6 años. Es decir, las diferencias entre países ricos y pobres ha seguido aumentando y la esperanza de vida al nacer en África Subsahariana se mantiene en niveles vergonzosos para la comunidad internacional de donantes.

En mi caso personal he ido descubriendo progresivamente una estrecha relación entre derecho a la salud y cooperación internacional. Siendo adolescente, a la hora de pensar en

¹ Informe sobre la salud 2005. OMS

² Informe de desarrollo humano 2005. PNUD

³ Europa Central i Oriental, Comunitat d'Estatos Independents, per les seves sigles en anglès (Central and Eastern Europe and Commonwealth of Independent States)

¹ En e Informe sobre la salud en el mundo 2005. OMS

² Informe de Desarrollo Humano 2005. PNUD

³ Europa Central y Oriental, Comunidad de Estados Independientes, por sus siglas en inglés (Central and Eastern Europe and Commonwealth of Independent States)

visitar com voluntari Nicaragua i Ghana i de començar a pensar que treballar per la curació de les persones més pobres era en realitat el més alt al que podia aspirar. Així vaig entrar en el món de la cooperació internacional. Una vegada introduït vaig començar a pensar en les raons últimes que m'havien conduït fins a allà. L'explicació de tractar d'alleujar el sofriment de les persones pobres ja no era suficient. Nosaltres no estàvem allà solament perquè volíem atendre a persones pobres en un acte de caritat, estàvem allà perquè pel fet de ser persones, aquelles a qui ateníem tenien els mateixos drets que nosaltres, drets que no podien exercir simplement perquè el món funcionava així. Ja no es tractava de donar atenció a qui no té res, sinó de tractar de garantir l'aplicació d'un dret que havia de ser universal. En les reunions entre cooperants parlàvem més de política que de medicina.

Després d'una mica més de quinze anys treballant en cooperació internacional sent haver contribuït poc a universalitzar el dret a la salut i a l'atenció sanitària. Crec que alguna cosa ha de canviar i que aquest canvi ha de partir de les ONG sanitàries que es dediquen a la cooperació internacional.

una profesión no pude encontrar algo más noble que tratar de curar a las personas enfermas. Ya en la universidad tuve la oportunidad a finales de la década 1980-1990 de visitar como voluntario Nicaragua y Ghana y de empezar a pensar en que trabajar por la curación de las personas más pobres era en realidad lo más alto a lo que podía aspirar. Así entré en el mundo de la cooperación internacional. Una vez introducido empecé a pensar en las razones últimas que me habían llevado hasta allí. La explicación de tratar de aliviar el sufrimiento de las personas pobres ya no era suficiente. Nosotros no estábamos allí solo porque queríamos atender a personas pobres en un acto de caridad, estábamos allí porque por el hecho de ser personas, aquellas a quienes atendíamos tenían los mismos derechos que nosotros, derechos que no podían ejercer simplemente porque el mundo funcionaba así. Ya no se trataba de dar atención a quien no tiene nada, sino de tratar de garantizar la aplicación de un derecho que debía ser universal. En las reuniones entre cooperantes hablábamos más de política que de medicina.

Tras algo más de quince años trabajando en cooperación internacional siento haber contribuido poco a universalizar el derecho a la salud y a la atención sanitaria. Creo que algo tiene que cambiar y que ese cambio tiene que partir de las ONG sanitarias que se dedican a la cooperación internacional.

2.1. ALGUNES REFLEXIONS SOBRE LA COOPERACIÓ INTERNACIONAL A ESPANYA

Per al conjunt dels països donants la cooperació internacional sembla haver-se convertit en un instrument més de política exterior i una estratègia que permet obrir mercats per a les empreses nacionals. Això podria explicar almenys en part el perquè de les diferències que existeixen quant a les quantitats d'Ajuda Oficial al Desenvolupament (AOD) que reben diferents països. Permetria entendre les raons per les quals Xina, amb un índex de desenvolupament humà⁴ que la situa en el lloc 81 va rebre en 2005 del conjunt dels països del CAD 1.757 milions de dòlars⁵ mentre que Níger, que ocupa l'últim lloc va rebre gairebé tres vegades menys, 515 milions.

En el cas d'Espanya es podria parlar a més de la importància del Fons d'Ajuda al Desenvolupament (FAD) que ha permès a empreses espanyoles executar fonamentalment obres d'infraestructures finançades amb crèdits fluïxos comptabilitzats com Ajuda Oficial al Desenvolupament. Segons l'avanç del Seguiment del Pla Anual de Cooperació Internacional (PACI) 2006⁶ publicat al maig de 2007,

⁴ Informe sobre desenvolupament humà 2006. PNUD.

⁵ Aid Statistics, Recipient AID Charts, en www.oecd.org

⁶ Avanc de Seguiment del PACI-2006. L'Ajuda Oficial al Desenvolupament en 2006. Direcció General de Planificació i Avaluació de Polítiques pel Desenvolupament. Maig de 2007

2.1. ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN ESPAÑA

Para el conjunto de los países donantes la cooperación internacional parece haberse convertido en un instrumento más de política exterior y una estrategia que permite abrir mercados para las empresas nacionales. Ello podría explicar al menos en parte el porqué de las diferencias que existen en cuanto a las cantidades de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) que reciben diferentes países. Permitiría entender las razones por las que China, con un índice de desarrollo humano⁴ que la sitúa en el puesto 81 recibió en 2005 del conjunto de los países del CAD 1.757 millones de dólares⁵ mientras que Níger, que ocupa el último puesto recibió casi tres veces menos, 515 millones.

En el caso de España se podría hablar además de la importancia del Fondo de Ayuda al Desarrollo (FAD) que ha permitido a empresas españolas ejecutar fundamentalmente obras de infraestructura financiadas con créditos blandos contabilizados como Ayuda Oficial al Desarrollo. Según el avance del Seguimiento del Plan Anual de Cooperación Internacional (PACI) 2006⁶ publicado en mayo de

⁴ Informe sobre desarrollo humano 2006. PNUD.

⁵ Aid Statistics, Recipient AID Charts, en www.oecd.org

⁶ Avance de Seguimiento del PACI-2006. La Ayuda Oficial al Desarrollo en 2006. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Mayo de 2007

en l'any 2006 es van desemborsar més de 258 milions d'euros en concepte de crèdits bilaterals del FAD. Aquesta quantitat suposa gairebé 50 milions d'euros més que l'any anterior i trenca una tendència a la baixa iniciada en 2003. En la Llei Reguladora del Deute Extern s'estableix el compromís de l'actual Govern per a presentar dins d'aquesta legislatura un projecte de Llei que reguli els crèdits FAD. Les ONG espanyoles han vingut criticant la utilització d'aquest instrument de cooperació i la reducció que hi ha hagut en la quantitat de fons gestionats a través del FAD pot ser el resultat del treball del conjunt de les ONG.

D'altra banda, és de ressaltar la creença errònia que les ONG són les que manegen la major quantitat dels fons destinats a Espanya a cooperació internacional⁷. La realitat és que segons dades oficials, en l'any 2005 les ONG van gestionar el 12,4% de la AOD espanyola, una mica més de 301 milions d'euros. Tampoc afegint els fons privats les ONG arriben a les quantitats gestionades per les administracions públiques espanyoles⁸. És de preveure que les xifres augmentin en el futur pròxim pel compromís del govern actual d'eleva el percentatge de PIB destinat a cooperació internacional, però encara així el treball sobre el terreny de les ONG seguirà sent poc representatiu. Sembla un altre argument cap a la recuperació

2007, en el año 2006 se desembolsaron más de 258 millones de euros en concepto de créditos bilaterales del FAD. Esta cantidad supone casi 50 millones de euros más que el año anterior y rompe una tendencia a la baja iniciada en 2003. En la Ley Reguladora de la Deuda Externa se establece el compromiso del actual Gobierno para presentar dentro de esta legislatura un proyecto de Ley que regule los créditos FAD. Las ONG españolas han venido criticando la utilización de este instrumento de cooperación y la reducción que ha habido en la cantidad de fondos gestionados a través del FAD puede ser el resultado del trabajo del conjunto de las ONG.

Por otro lado, es de resaltar la creencia errónea de que las ONG son las que manejan la mayor cantidad de los fondos destinados en España a cooperación internacional⁷. La realidad es que según datos oficiales, en el año 2005 las ONG gestionaron el 12,4% de la AOD española, algo más de 301 millones de euros. Tampoco añadiendo los fondos privados las ONG alcanzan las cantidades gestionadas por las administraciones públicas españolas⁸. Es de prever que las cifras aumenten en el futuro próximo por el compromiso del gobierno actual de elevar el porcentaje de PIB destinado a cooperación internacional, pero aún así el trabajo sobre el terreno de las ONG seguirá siendo poco representativo. Parece otro

⁷ AOD avui: Discurs i realitat. CONGDE, 2006

⁸ En un estudi realitzat per la CONGDE entre 85 ONG espanyoles, el 52% dels alguna cosa més de 510 milions d'euros que van manejar entre totes l'any 2005 van ser privats.

⁷ AOD hoy: Discurso y realidad. CONGDE, 2006

⁸ En un estudio realizado por la CONGDE entre 85 ONG españolas, el 52% de los algo más de 510 millones de euros que manejaron entre todas el año 2005 fueron privados.



Vietnam / Echo

de la denúncia i la pressió social per part de les ONG si de debò es vol canviar el món.

Malgrat manejar pocs fons i de tractar-se d'organitzacions independents, tampoc les ONG no apliquen exclusivament criteris tècnics a l'hora de seleccionar possibles intervencions. Per optar a subvencions d'administracions públiques o entitats privades és precis acceptar prioritats geogràfiques definides prèviament pels organismes finançadors. Aquesta dependència podria haver estat la causa de l'escàs paper reivindicatiu de les ONG en els últims anys.

2.2. LA SALUT COM A DRET HUMÀ

Està reconeguda a l'article 25.1 de la Declaració Universal dels Drets Humans de 1948. El compromís explícit dels Estats de respectar i garantir aquest dret

argumento hacia la recuperación de la denuncia y la presión social por parte de las ONG si de verdad se quiere cambiar el mundo.

A pesar de manejar pocos fondos y de tratarse de organizaciones independientes, tampoco las ONG aplican exclusivamente criterios técnicos a la hora de seleccionar posibles intervenciones. Para optar a subvenciones de administraciones públicas o entidades privadas es preciso aceptar prioridades geográficas definidas previamente por los organismos financiadores. Esta dependencia podría haber sido la causa del escaso papel reivindicativo de las ONG en los últimos años.

2.2. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

Está reconocida en el artículo 25.1 de la Declaración Universal de los

s'aconsegueix en el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (PIDESC) de 1966. En el seu article 12 estableix per exemple que:

Entre les mesures que hauran d'adoptar els Estats Parts en el Pacte a fi d'assegurar la plena efectivitat d'aquest dret, figuraran les necessàries per a:

- a) La reducció de la mortalitat infantil, i el seu desenvolupament dels nins;
- b) La millora en tots els seus aspectes de la higiene del treball i del medi ambient;
- c) La prevenció i el tractament de les

Derechos Humanos de 1948. El compromiso explícito de los Estados de respetar y garantizar ese derecho se consigue en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966. En su artículo 12 establece por ejemplo que:

Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Como todos los derechos humanos, el derecho a la salud se caracteriza por la universalidad, la indivisibilidad, la integridad, la imprescriptibilidad, la irrenuncia-



OMS/PViro/Guatemala)

malalties epidèmiques, endèmiques, professionals i d'una altra índole, i la lluita contra elles;

d) La creació de condicions que assegurin a tots assistència mèdica i serveis mèdics en cas de malaltia.

Com tots els drets humans, el dret a la salut es caracteritza per la universalitat, la indivisibilitat, la integralitat, la imprescriptibilitat, la irrenunciabilitat, la inalienabilitat, la inviolabilitat i la progressivitat.

Per què llavors malgrat la titularitat del dret a la salut queden tantes persones al món que no poden exercir-lo?. Freqüentment s'al·ludeix a la progressivitat i a l'escassetat de recursos a molts països. Respecte al primer en molts casos s'aprecia "regressivitat", no hi ha mesures que millorin contínuament l'existent i permetin avançar. Els paquets bàsics de salut o l'atenció primària entesa com la medicina per als pobres no han ajudat gens. Respecte al segon està clar que els recursos són sempre limitats però l'assignació resulta molt qüestionable a molts països (compres d'armes).

El Comitè de Drets Econòmics, Socials i Culturals (CDESC) estableix en la seva Observació General 14 (any 2000) que el dret a la salut té quatre components bàsics: disponibilitat, accessibilitat, qualitat i acceptabilitat. Recull igualment obligacions que han de ser satisfetes de manera immediata i que corresponen amb l'Atenció Primària de Salut tal com va ser definida en la Declaració d'Alma Ata de 1978. La realitat és que ni tan sols això s'ha assolit i la salut per a tots no va

bilidad, la inalienabilidad, la inviolabilidad y la progresividad.

¿Por qué entonces a pesar de la titularidad del derecho a la salud quedan tantas personas en el mundo que no pueden ejercerlo?. Frecuentemente se alude a la progresividad y a la escasez de recursos en muchos países. Con respecto a lo primero en muchos casos se aprecia "regresividad", no hay medidas que mejoren continuamente lo existente y permitan avanzar. Los paquetes básicos de salud o la atención primaria entendida como la medicina para los pobres no han ayudado nada. Con respecto a lo segundo está claro que los recursos son siempre limitados pero la asignación resulta muy cuestionable en muchos países (compres de armas).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) establece en su Observación General 14 (año 2000) que el derecho a la salud tiene cuatro componentes básicos: disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad. Recoge igualmente obligaciones que deben ser satisfechas de manera inmediata y que corresponden con la Atención Primaria de Salud tal y como fue definida en la Declaración de Alma Ata de 1978. La realidad es que ni siquiera esto se ha alcanzado y la salud para todos no fue una realidad en el año 2000, ni lo es en 2007, ni lo será si seguimos centrando únicamente la cooperación internacional en la realización de pequeños proyectos con pocas posibilidades de generar cambios.

ser una realitat l'any 2000, ni ho és el 2007, ni ho serà si continuem centrant únicament la cooperació internacional en la realització de petits projectes amb poques possibilitats de generar canvis.

Mentre que per als estats la salut és una obligació jurídica de realització progressiva, per a les persones és un dret subjectiu, és a dir, tota persona té pel fet de ser-ho la capacitat d'exigir el seu compliment. Podríem considerar l'exigibilitat del dret com una forma de promoure el seu compliment. En aquest sentit les intervencions de les ONG s'haurien de complementar sempre amb accions dirigi-

Mientras que para los estados la salud es una obligación jurídica de realización progresiva, para las personas es un derecho subjetivo, es decir, toda persona tiene por el hecho de serlo la capacidad de exigir su cumplimiento. Podríamos considerar la exigibilidad del derecho como una forma de promover su cumplimiento. En ese sentido las intervenciones de las ONG deberían complementarse siempre con acciones dirigidas a dar a conocer sus derechos a las personas beneficiarias y a identificar vías para exigir su cumplimiento. En los párrafos 12 y 51 de la Observación General 14, el CDESC obliga a los estados a poner en marcha mecanismos de control y vigilancia que garantizan que las prestaciones y servicios de salud respeten la dignidad humana. Este puede ser un buen principio, sobre todo si esos mecanismos incluyen a las propias personas beneficiarias.

Hay que tener en cuenta que informar a las personas sobre sus derechos y proponerles denunciar las violaciones de éstos resulta cuando menos intrascendente si no hay unas mínimas garantías legales y judiciales. Paul Hunt, Relator Especial de la CDESC señalaba en uno de sus informes sobre una misión en Perú que "ninguna víctima de violación del derecho a la salud que ha sufrido perjuicios ha alegado haber tenido acceso efectivo



OMS/PVivot

des a donar a conèixer els seus drets a les persones beneficiàries i a identificar vies per exigir el seu compliment. En els paràgrafs 12 i 51 de l'Observació General 14, el CDESC obliga els estats a posar en marxa mecanismes de control i vigilància que garanteixin que les prestacions i serveis de salut respectin la dignitat humana. Aquest pot ser un bon principi, sobretot si aquests mecanismes inclouen les pròpies persones beneficiàries.

Cal tenir en compte que informar a les persones sobre els seus drets i proposar-los denunciar les violacions d'aquests resulta si més no intranscendent si no hi ha unes mínimes garanties legals i judicials. Paul Hunt, Relator Especial de la CDESC assenyala en un dels seus informes sobre una missió al Perú que "cap víctima de violació del dret a la salut que ha sofert perjudicis no ha al·legat haver tingut accés efectiu judicial o altres remeis apropiats en instàncies nacionals com a internacionals així com reparacions adequades per als casos idonis". Sembla doncs que la lluita pel dret a la salut s'ha d'emmarcar en un procés més ampli de respecte a tots els drets, de millora de la credibilitat de les institucions públiques, d'establiment d'un estat de dret amb plenes garanties.

2.3. LA COOPERACIÓ EN SALUT

En l'origen de la cooperació en salut potser s'hauria de situar el desig d'unes persones d'alleugerir el sofriment d'altres. En els nostres dies això és clarament insuficient.

judicial u otros remedios apropiados en instancias nacionales como inter-nacionales así como reparaciones adecuadas para los casos idóneos". Parece pues que la lucha por el derecho a la salud debe enmarcarse en un proceso más amplio de respeto a todos los derechos, de mejora de la credibilidad de las instituciones públicas, de establecimiento de un estado de derecho con plenas garantías.

2.3. LA COOPERACIÓN EN SALUD

En el origen de la cooperación en salud quizá debiera situarse el deseo de unas personas de aliviar el sufrimiento de otras. En nuestros días esto es claramente insuficiente.

La cooperación en general, asumiendo algunos de los objetivos propuestos en la Declaración sobre el Progreso y el desarrollo en lo social, acordada por la ONU hace casi 40 años (1969), debe contribuir a modificar las relaciones económicas internacionales, debe aplicar métodos nuevos de colaboración internacional en los que la igualdad de oportunidades sea prerrogativa tanto de las naciones como de los individuos dentro de cada nación y debe promover la participación equitativa de los países desarrollados y el desarrollo en los avances científicos y tecnológicos.

Que la salud sobrepasa claramente el ámbito de actuación del sector salud parece totalmente fuera de dudas hoy en día. En el Acta Fundacional de la OMS (1948) ya se define la salud utilizando el término "social". Años

La cooperació en general, assumint alguns dels objectius proposats en la Declaració sobre el Progrés i el desenvolupament en el social, acordada per l'ONU fa gairebé 40 anys (1969), ha de contribuir a modificar les relacions econòmiques internacionals, ha d'aplicar mètodes nous de col·laboració internacional en els quals la igualtat d'oportunitats sigui prerrogativa tant de les nacions com dels individus dins de cada nació i ha de promoure la participació equitativa dels països desenvolupats i el desenvolupament en els avenços científics i tecnològics.

Que la salut sobrepassa clarament l'àmbit d'actuació del sector salut sembla totalment fora de dubtes avui en dia. A l'Acta Fundacional de l'OMS (1948) ja es defineix la salut utilitzant el terme "social". Anys més tard, es va arribar una mica més lluny, dels quatre grups determinats de salut definits fa més de trenta anys per Lalonde⁹ i Laframboise en el seu model de Camps de Salut, el que menys influïa en el nivell de salut d'una població era el sistema de salut, malgrat ser el que rebia major pressuposat (els altres camps eren biologia humana, estils de vida i medi ambient).

L'any 2005 van iniciar els treballs de la Comissió de Determinants de Salut de l'OMS. La Comissió va ser posada en marxa pel ja mort i llavors director de l'OMS, Lee Jong-wook, davant de l'evidència de la influència que sobre la salut tenen les condicions en les quals les persones creixen, viuen, treballen i envelleixen. Al primer informe emès per la Comissió es reconeix que

más tarde, se llegó algo más lejos, de los cuatro grupos de determinantes de salud definidos hace más de treinta años por Lalonde⁹ y Laframboise en su modelo de Campos de Salud, el que menos influía en el nivel de salud de una población era el sistema de salud, a pesar de ser el que recibía mayor presupuesto (los otros campos eran biología humana, estilos de vida y medio ambiente).

En el año 2005 iniciaron los trabajos de la Comisión de Determinantes de Salud de la OMS. La Comisión fue puesta en marcha por el ya fallecido y entonces director de la OMS, Lee Jong-wook, ante la evidencia de la influencia que sobre la salud tienen las condiciones en las cuales las personas crecen, viven, trabajan y envejecen. En el primer informe emitido por la Comisión se reconoce que el éxito en la mejora de la salud de la población y en la reducción de la inequidad en salud depende de la atención que se preste a las causas sociales subyacentes¹⁰. Hace también un llamamiento a todos los actores, desde el nivel global hasta el nivel local, y desde los gobiernos hasta la sociedad civil y el sector privado para actuar en ese sentido.

Tal y como reconoce la OMS¹¹ la atención sanitaria puede prolongar la supervivencia y mejorar el pronóstico tras una enfermedad grave, pero lo más importante para la salud de la población son las condiciones sociales y económicas que hacen que una persona enferme y busque atención sanitaria. En el caso de Europa se señalan 10 factores sobre los que la

l'èxit en la millora de la salut de la població i en la reducció de la iniquitat en salut depèn de l'atenció que es doni a les causes socials subjacents⁹. Fa també una crida a tots els actors, des del nivell global fins al nivell local, i des dels governs fins a la societat civil i el sector privat per actuar en aquest sentit.

Tal com reconeix l'OMS¹¹ l'atenció sanitària pot prolongar la supervivència i millorar el pronòstic després d'una malaltia greu, però el més important per a la salut de la població són les condicions socials i econòmiques que fan que una persona emmalalteixi i cerqui atenció sanitària. En el cas d'Europa s'assenyalen 10 factors sobre els quals la política de salut hauria d'incidir: gradient social, estrès, primers anys de la vida, exclusió social, treball, desocupació, suport social, addiccions, alimentació i transport. En qualsevol cas, l'accés universal a l'atenció sanitària continua sent considerat com a determinant social de salut a totes les regions del món.

En la Declaració per a la Salut dels Pobles es va fins i tot més lluny i es ressalta que "La salut és un assumpte social, econòmic i polític... La salut



OMS/P/VIROT/Etiòpia

política de salud debería incidir: gradiente social, estrés, primeros años de la vida, exclusión social, trabajo, desempleo, apoyo social, adicciones, alimentación y transporte. En cualquier caso, el acceso universal a la atención sanitaria sigue siendo considerado como determinante social de salud en todas las regiones del mundo.

⁹ Marc Lalonde. *Una perspectiva nova sobre la salut de canadencs*. Ministre de Salut i Benestar. Canadà, 1974

¹⁰ Comissió sobre Determinants Socials de Salut. *Equitat de Salut que aconsegueix des de causes d'arrel fins a resultats justos*. WHO, 2005

¹¹ *Determinants socials de salut: els fets sòlids*. 2a edició. R. Wilkinson, M. Marmot, ed. OMS, 2003

¹² *Declaració per a la Salut dels Pobles*. Assemblea per la Salut dels Pobles, Bangladesh, 2000

⁹ Marc Lalonde. *A new perspective on the health of Canadians*. Ministry of Health and Welfare. Canada, 1974

¹⁰ Commission on Social Determinants of Health. *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. WHO, 2005

¹¹ *Social determinants of health: the solid facts*. 2nd edition. R. Wilkinson, M. Marmot, ed. OMS, 2003

¹² *Declaración para la Salud de los Pueblos*. Asamblea por la Salud de los Pueblos, Bangladesh, 2000

per a tots significa que els interessos dels poderosos han de ser disputats/qüestionats,... i que les prioritats polítiques i econòmiques han de ser canviades dràsticament”.

Aquesta necessitat d'abordar de manera intersectorial els problemes de salut es present en les intervencions de les ONG sanitàries. No obstant això, en moltes ocasions es tradueixen en accions planificades i en ocasions fins a dirigides per persones dedicades a l'atenció sanitària i sense experiència en altres sectors. És comú incloure en els projectes que porten a terme les ONG sanitàries accions per a reduir el risc d'emmalaltir per fac-

En la Declaración para la Salud de los Pueblos se va incluso más lejos y se resalta que “La salud es un asunto social, económico y político, ... La salud para todos significa que los intereses de los poderosos tienen que ser disputados/cuestionados, ... y que las prioridades políticas y económicas tienen que ser cambiadas drásticamente”.

Esta necesidad de abordar de manera intersectorial los problemas de salud está presente en las intervenciones de las ONG sanitarias. Sin embargo, en muchas ocasiones se traducen en acciones planificadas y en ocasiones hasta dirigidas por per-

sonas dedicadas a la atención sanitaria y sin experiencia en otros sectores. Es común incluir en los proyectos que llevan a cabo las ONG sanitarias acciones para reducir el riesgo de enfermar por factores medioambientales y así se ponen en marcha sistemas de abastecimiento y potabilización de agua, de letrificación, de producción agrícola. Estas acciones suelen ser ejecutadas por médicos que a fuerza de intentarlo van ganando experiencia en sectores desconocidos. Todo ese tiempo de aprendizaje, durante el cual se cometen errores que



Echo/Guy Stubbs/Sudàfrica

tors mediambientals i així s'engeguen sistemes de proveïment i potabilització d'aigua, de letrinització, de producció agrícola. Aquestes accions solen ser executades per metges que a força d'intentar-ho van guanyant experiència en sectors desconeguts. Tot aquell temps d'aprenentatge, durant el qual es cometen errors que redueixen l'efectivitat de les intervencions, podria haver-se evitat tant amb persones que tinguessin la formació necessària.

Tampoc les condicions que plantegen la majoria d'organismes o institucions finançadores de la cooperació permeten engegar intervencions dirigides al canvi social. Es tracta en molts casos de projectes de curta durada (entorn d'un any) o de pressupost tan baix que no es pot superar la senzilla posada en marxa d'un servei de salut. S'exigeixen resultats immediats difícilment assolibles. Després d'un projecte d'un any de durada en el qual almenys la meitat es destina a construir un centre de salut difícilment podrà parlar-se de autosostenibilitat. Aquest últim és un tema controvertit ja que la sostenibilitat exigida normalment solament es pot aconseguir augmentant la despesa de butxaca de persones que contenen amb molt pocs ingressos.

2.4. ALGUNA COSA HA DE CANVIAR LLAVORS

En els últims anys l'activitat de les ONG sanitàries s'ha concentrat en intervencions sobre el terreny. Solen ser intervencions molt localitzades geogràficament o molt centrades en

reducen la efectividad de las intervenciones, podría haberse evitado contando con personas que tuvieran la formación necesaria.

Tampoco las condiciones que plantean la mayoría de organismos o instituciones financiadoras de la cooperación permiten poner en marcha intervenciones dirigidas al cambio social. Se trata en muchos casos de proyectos de corta duración (en torno a un año) o de presupuesto tan bajo que no se puede superar la mera puesta en marcha de un servicio de salud. Se exigen resultados inmediatos difícilmente alcanzables. Tras un proyecto de un año de duración en el que al menos la mitad se destina a construir un centro de salud difícilmente podrá hablarse de autosostenibilidad. Este último es un tema controvertido ya que la sostenibilidad exigida normalmente solo se puede conseguir aumentando el gasto de bolsillo de personas que cuentan con muy pocos ingresos.

2.4. ALGO TIENE QUE CAMBIAR ENTONCES

En los últimos años la actividad de las ONG sanitarias se ha concentrado en intervenciones sobre el terreno. Suelen ser intervenciones muy localizadas geográficamente o muy centradas en el ámbito asistencial, y en cualquier caso, con escasa capacidad de cambiar la realidad, de crear las condiciones para que el ejercicio del derecho a la salud y a la atención sanitaria sea una realidad para todas las personas. Este camino tarde o temprano se agotará.

l'àmbit assistencial, i en qualsevol cas, amb escassa capacitat de canviar la realitat, de crear les condicions perquè l'exercici del dret a la salut i a l'atenció sanitària sigui una realitat per a totes les persones. Aquest camí prest o tard s'esgotarà.

D'una banda sembla necessari reprendre la mobilització social per recordar a la societat i als líders polítics i econòmics que el dret a la salut encara no és universal, per informar sobre les causes d'aquesta situació, i per proposar mesures de justícia social. Sens dubte una empresa així només es pot dur a terme com a part de fortes xarxes internacionals. La presència al terreny permetrà recollir evidències de la situació d'exclusió en la qual viu gran part de la població del planeta, informar aquesta població sobre els seus drets i donar-los veu que puguin exigir el seu compliment, i recollir exemples

Por un lado parece necesario retomar la movilización social para recordar a la sociedad y a los líderes políticos y económicos que el derecho a la salud todavía no es universal, para informar sobre las causas de esa situación, y para proponer medidas de justicia social. Desde luego una empresa así solo se puede llevar a cabo como parte de fuertes redes internacionales. La presencia en el terreno permitirá recoger evidencias de la situación de exclusión en que vive gran parte de la población del planeta, informar a esa población sobre sus derechos y darles voz para que puedan exigir su cumplimiento, y recoger ejemplos de buenas prácticas que puedan ayudar a otras poblaciones.

Uno de los puntos clave es la financiación de la atención sanitaria. La escasez de recursos económicos es argumento utilizado por muchos



Echo/O. Lehner/Nigéria

de bones pràctiques que puguin ajudar a altres poblacions.

Un dels punts clau és el finançament de l'atenció sanitària. L'escassetat de recursos econòmics és argument utilitzat per molts països. L'ajuda internacional hauria de garantir drets bàsics per a tota la població i en aquest sentit queda molt per fer, són pocs els països que aporten almenys el 0,7% del seu PIB a cooperació internacional. Però part d'aquests recursos haurien de dedicar-se a construir organismes públics creïbles i amb suficient capacitat per posar en marxa programes de protecció social i sanitària per a tota la població i en especial per a les persones més pobres. No semblen activitats pròpies d'ONG sanitàries però tot el que es pugui fer en aquest sentit contribuirà a assolir els objectius d'aquestes. Caldrà guanyar credibilitat davant de l'opinió pública i davant de les institucions acadèmiques. Per a això resulta necessari millorar la capacitat per transformar en coneixement tota la informació generada en les intervencions de les ONG i aplicar i actualitzar permanentment aquest coneixement.

D'altra banda, perquè les intervencions sobre el terreny tinguin major efectivitat sembla recomanable establir aliances amb ONG d'altres sectors per poder incidir en les causes de les malalties. Aquestes aliances sobre el terreny són escasses encara i la seva posada en marxa potser requereixi un canvi de mentalitat.

países. La ayuda internacional debería garantizar derechos básicos para toda la población y en este sentido queda mucho por hacer, son pocos los países que aportan al menos el 0,7% de su PIB a cooperación internacional. Pero parte de esos recursos deberían dedicarse a construir organismos públicos creíbles y con suficiente capacidad para poner en marcha programas de protección social y sanitaria para toda la población y en especial para las personas más pobres. No parecen actividades propias de ONG sanitarias pero todo lo que se pueda hacer en ese sentido contribuirá a alcanzar los objetivos de estas. Habrá que ganar credibilidad ante la opinión pública y ante las instituciones académicas. Para ello resulta necesario mejorar la capacidad para transformar en conocimiento toda la información generada en las intervenciones de las ONG y aplicar y actualizar permanentemente ese conocimiento.

Por otro lado, para que las intervenciones sobre el terreno tengan mayor efectividad parece recomendable establecer alianzas con ONG de otros sectores para poder incidir en las causas de las enfermedades. Estas alianzas sobre el terreno son escasas todavía y su puesta en marcha quizá requiera un cambio de mentalidad.

3. INTERVENCIÓ EN EMERGÈNCIES
3. INTERVENCIÓN EN EMERGENCIAS

Rafael Berlanga.

Metge d'Urgències. Voluntari i antic president de MdM

3.1 ALGUNA COSA D'HISTÒRIA DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA A LES EMERGÈNCIES

En la història de l'acció humanitària la intervenció en emergències podem dir que comença amb la fundació de la Creu Roja encara que en segles anteriors s'havien establert algunes ordres religioses que disposaven d'hospitals on atenien malalts i ferits que no tenien recursos. Les emergències estaven relacionades pràcticament amb les guerres o amb les grans epidèmies.

La verdadera assistència a les zones de guerra i sense distingir el bàndol per atendre va començar amb la Creu Roja, fundada per Henri Dunant el 1863. Henri Dunant, activista social suís i premi Nobel de la Pau el 1901, va observar en la batalla de Solferino, el 1859, a Itàlia, la indiferència que tenien els diferents estats en conflicte per salvar els ferits o recuperar els morts. El 1884 es va realitzar a Ginebra la primera convenció humanitària on les dotze potències més importants van assumir el compromís d'atendre els ferits de qualsevol bàndol. Va ser el començament del Dret Internacional Humanitari.

El gran pas següent en l'atenció a les emergències va venir de diversos metges de la mateixa Creu Roja que estaven atenent ferits de la guerra de Biafra (Nigèria) que va començar el 1967 i va continuar durant tres anys. Alguns metges entre qui es trobava Bernard Kouchner transgrediren el jurament de la Creu Roja d'abstenir-se

Rafael Berlanga.

Médico de Urgencias. Voluntario y antiguo presidente de MdM

3.1. ALGO DE HISTORIA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A LAS EMERGENCIAS

En la historia de la acción humanitaria la intervención en emergencias podemos decir que comienza con la fundación de la Cruz Roja aunque en siglos anteriores se habían establecido algunas órdenes religiosas que disponían de hospitales donde atendían a enfermos y heridos que no tenían recursos. Las emergencias estaban relacionadas prácticamente con las guerras o con las grandes epidemias.

La verdadera asistencia en las zonas de guerra y sin distinguir el bando al que atender comenzó con la Cruz Roja, fundada por Henri Dunant en 1863. Henri Dunant, activista social suizo y premio nobel de la paz en 1901, observó en la batalla de Solferino, en 1859, en Italia, la indiferencia que tenían los distintos estados en conflicto para salvar a los heridos o recuperar a los muertos. En 1884 se realizó en Ginebra la primera convención humanitaria donde las doce potencias más importantes asumieron el compromiso de atender a los heridos de cualquier bando. Fue el comienzo del Derecho Internacional Humanitario.

El gran paso siguiente en la atención a las emergencias vino de varios médicos de la misma Cruz Roja que estaban atendiendo heridos de la guerra de Biafra (Nigeria) que

de comunicacions o comentaris sobre la seva missió i van denunciar el genocidi que s'estava cometent. Va ser el punt de partida per a la creació de Metges Sense Fronteres. Per cert, el mateix B. Kouchner va fundar la nostra organització, en considerar, en contra de l'opinió majoritària de MSF en aquell temps, que calia fer intervenció social humanitària TAMBÉ per a la població en exclusió social de les nostres societats, va sortir de MSF i va fundar MDM.

Des de llavors les ONGD que s'han anat constituint, atenen emergències a qualsevol part del món i amb capacitat de denúncia de com actuen els governs implicats, ja sigui una emergència per conflicte bèl·lic o desastre natural.

3.2. QUÈ CONSIDEREM EMERGÈNCIA?

L'emergència és una situació que es presenta quan ha ocorregut un desastre i la definició de desastre segons la CRDE (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters) és aquella situació o esdeveniment que sobrepassa la capacitat local requerint a nivell nacional o internacional una ajuda externa.

El CRDE es va constituir el 1973 a l'Escola de Salut Pública de Lovaina, Bèlgica i des de 1980 és la font d'informació sobre desastres de l'Organització Mundial de la Salut a través de la seva agència International Strategy for Disaster Reduction. La informació sobre els desastres de la CRDE s'introdueix en una base de

comenzó en 1967 y continuó durante tres años. Algunos médicos entre los que se encontraba Bernard Kouchner trasgredieron el juramento de la Cruz Roja de abstenerse de comunicaciones o comentarios sobre su misión y denunciaron el genocidio que se estaba cometiendo. Fue el punto de partida para la creación de Médicos Sin Fronteras. Por cierto, el mismo B. Kouchner fundó nuestra organización, al considerar, en contra de la opinión mayoritaria de MSF en aquel entonces, que había que hacer intervención social humanitaria TAMBIÉN para la población en exclusión social de nuestras sociedades, salió de MSF y fundó MDM.

Desde entonces las ONGD que se han ido constituyendo, atienden emergencias en cualquier parte del mundo y con capacidad de denuncia de cómo actúan los gobiernos implicados, ya sea una emergencia por conflicto bélico o desastre natural.

3.2. ¿QUE CONSIDERAMOS EMERGENCIA?

La emergencia es una situación que se presenta cuando ha ocurrido un desastre y la definición de desastre según la CRDE (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters) es aquella situación o evento que sobrepassa la capacidad local requiriendo a nivel nacional o internacional una ayuda externa.

El CRDE se constituyó en 1973 en la Escuela de Salud Pública de Lovaina, Bélgica y desde 1980 es la fuente de información sobre desastres de la



Médicos del Mundo

dades denominada EM-DAT (Emergències Base de Dades) que és on es troba la informació més completa referent als desastres.

Per a què la informació que es genera en un desastre s'introdueixi en aquesta base de dades ha de tenir almenys un dels següents criteris:

- 10 o més persones mortes
- 100 persones ferides
- Declaració de l'Estat d'Emergència
- Petició d'ajuda internacional

La classificació dels desastres per l'International Strategy for Disaster Reduction és la següent:

- Naturals
 - Hidrometeorològics (Tempestes, calor, inundacions...)
 - Geofísics (Terratrèmols, tsunamis, volcans...)
 - Biològics (Epidèmies, insectes...)
- Conflictes Humans
 - Guerres
 - Terrorisme

Organización Mundial de la Salud a través de su agencia International Strategy for Disaster Reduction. La información sobre los desastres de la CRDE se introduce en una base de datos denominada EM-DAT (Emergencias Base de Datos) que es donde se encuentra la información más completa referente a los desastres.

Para que la información que se genera en un desastre se introduzca en esta

base de datos tiene que tener al menos uno de los siguientes criterios:

- 10 ó más personas muertas
- 100 personas heridas
- Declaración del Estado de Emergencia
- Petición de ayuda internacional

La clasificación de los desastres por la International Strategy for Disaster Reduction es la siguiente:

- Naturales
 - Hidrometeorológicos (Tormentas,



Médicos del Mundo

3.3. AUGMENT DE LES EMERGÈNCIES EN ELS ÚLTIMS ANYS. RESPOSTA DES DE LES ONG'S

En les últimes dècades han augmentat els desastres, sobretot els hidrometeorològics. Sense saber exactament la causa d'aquest augment, una de les raons pot ser el canvi i millora en la qualitat dels registres, una altra l'emigració massiva a zones suburbanes on la construcció d'habitatges es realitza en llocs més susceptibles als desastres i d'altra banda s'està analitzant el paper que pot estar tenint l'actual canvi climàtic.

Les emergències en aquests últims anys el que sí que han tingut és molta més repercussió pública i això és a causa d'una major pressió sobre els països "donants" i a un major suport institucional, empresarial i ciutadana que ha fet que les respostes actuals a una emergència siguin realitzades amb millors mitjans humans i materials i amb més rapidesa.

calor, inundaciones...)

- Geofísicos (Terremotos, tsunamis, volcanes...)

- Biológicos (Epidemias, insectos...)

• Conflictos Humanos

- Guerras

- Terrorismo

3.3. AUMENTO DE LAS EMERGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS. RESPUESTA DESDE LAS ONG'S

En las últimas décadas han aumentado los desastres, sobre todo los hidrometeorológicos. Sin saber exactamente la causa de este aumento, una de las razones puede ser el cambio y mejora en la calidad de los registros, otra la emigración masiva a zonas suburbanas donde la construcción de viviendas se realiza en lugares más susceptibles a los desastres y por otro lado se esta analizando el papel que pueda estar teniendo el actual cambio climático.

Las emergencias en estos últimos años lo que sí han tenido es mucha más repercusión pública y esto es debido a una mayor presión sobre los países "donantes" y a un mayor apoyo institucional, empresarial y ciudadana que ha hecho que las respuestas actuales a una emergencia sean realizadas con

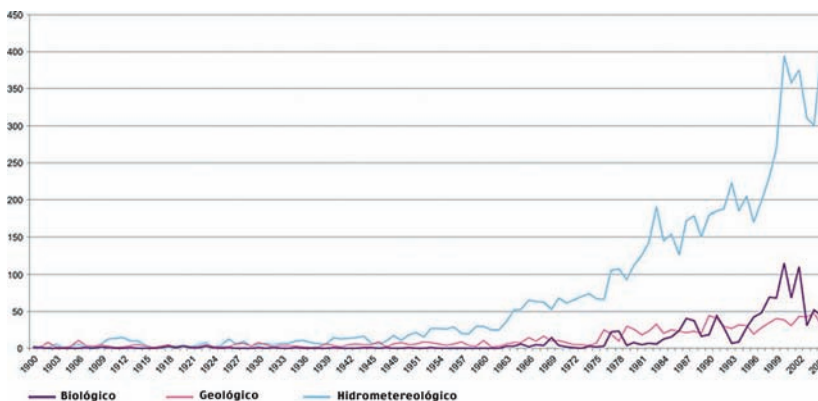


Des d'una ONG la finalitat de l'atenció en les emergències és salvar vides i disminuir sofriments en els dies següents, mitjançant l'assistència sanitària directa i sobretot recolzant als sistemes sanitaris locals, però no ens quedem amb allò, l'habitual és organitzar projectes postemergència per a la rehabilitació d'habitatges o estructures sanitàries i civils (centres de salut, hospitals, carreteres, ponts, etc.). I moltes vegades després d'aquesta fase d'emergència s'instauen projectes a llarg termini per millorar el desenvolupament de les zones afectades.

mejores medios humanos y materiales y con más rapidez.

Desde una ONG la finalidad de la atención en las emergencias es salvar vidas y disminuir sufrimientos en los días siguientes, mediante la asistencia sanitaria directa y sobre todo apoyando a los sistemas sanitarios locales, pero no nos quedamos ahí, lo habitual es organizar proyectos postemergencia para la rehabilitación de viviendas o estructuras sanitarias y civiles (centros de salud, hospitales, carreteras, puentes etc.). Y muchas veces después de esta fase de emergencia se instauran proyectos a largo plazo para mejorar el desarrollo de las zonas afectadas.

GRÀFICA DESASTRES 1900/2005



Font: EM-DAT : The OFDA/CRED International Disaster Database.
<http://www.em-dat.net>, UCL - Bruselas, Bèlgica

Nº DE DESASTRES 1900-2005												
	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	Total
	1909	1919	1929	1939	1949	1959	1969	1979	1989	1999	2005	
Hidrometereològic	28	72	56	72	120	232	463	776	1498	2034	2135	7486
Geològic	40	28	33	37	52	60	88	124	232	325	233	1252
Biològica	5	7	10	3	4	2	37	64	170	361	420	1083
Total	73	107	99	112	176	294	588	964	1900	1720	2788	9821

Fuente: EM-DAT :

The OFDA/CRED International Disaster Database.

<http://www.em-dat.net>, UCL - Bruselas, Bélgica

Per acabar exposo una experiència pròpia de com realitzem l'assistència en l'emergència del terratrèmol de Java el Juny 2006.

3.4. EMERGÈNCIA TERRATRÈMOL DE JAVA. JUNY 2006

Terratrèmol a l'illa de Java, Indonèsia.

El sisme va ser el dissabte 24 de juny a les 5,53 hora de Java, les 0,53 hora d'Espanya. A les poques hores el govern d'Indonèsia s'havia adonat de la magnitud de la catàstrofe i va començar a mobilitzar des d'altres ciutats a bombers, metges, exèrcit i la resta d'organitzacions necessàries per atendre als afectats; una de les accions que va realitzar va ser demanar ajuda internacional. Mentre Espanya s'anava despertant la notícia ja estava en els informatius encara que sense conèixer en aquell moment l'amplitud de la catàstrofe. El terratrèmol, de magnitud 6.2 en l'escala de Richter, va deixar més de 6.000 víctimes mortals, 137.000 ferits i 700.000 persones desplaçades i sense llar.

Para terminar expongo una experiencia propia de cómo realizamos la asistencia en la emergencia del terremoto de Java en Junio 2006.

3.4. EMERGENCIA TERREMOTO DE JAVA. JUNIO 2006

Terremoto en la isla de Java, Indonesia.

El seísmo fue el sábado 24 de Junio a las 5,53 hora de Java, las 0,53 hora de España. A las pocas horas el gobierno de Indonesia se había percatado de la magnitud de la catástrofe y comenzó a movilizar desde otras ciudades a bomberos, médicos, ejército y resto de organizaciones necesarias para atender a los afectados; una de las acciones que realizó fue pedir ayuda internacional. Mientras España se iba despertando la noticia ya estaba en los informativos aunque sin conocer todavía la amplitud de la catástrofe. El terremoto, de magnitud 6.2 en la escala de Richter, dejó más de 6.000 víctimas mortales, 137.000 heridos y 700.000 personas desplazadas y sin hogar.

Planificació de l'emergència des de Metges del Món.

Entre dissabte i diumenge Metges del Món Espanya va decidir, en contacte amb l'Agència Espanyola de Cooperació Internacional (AECI) i la resta d'organitzacions internacionals de Metges del Món, enviar 2 equips amb traumatòlegs i cirurgians, un des de França i un altre des d'Espanya. També es va programar en un vol noliejat per l'AECI, tres kits de material mèdic: el primer de traumatologia, un segon d'acció immediata i un tercer d'assistència d'urgència, que permet facilitar atenció sanitària a 30.000 persones en un mes.

Des de la catàstrofe del Tsunami el desembre 2005, MdM ha estat present a la veïna illa de Sumatra, primer en Emergència, en el que vaig estar també, i més tard, desenvolupant el projecte de reconstrucció d'estructures sanitàries afectades. Part de l'equip de Sumatra es va traslladar dilluns a Java per avaluar els danys i les necessitats sanitàries i preparar l'arribada de l'equip d'especialistes per a aquesta nova emergència.

Aquell mateix dia dilluns, des de Metges del Món a Madrid es va contactar amb un anestesista de Sevilla, un cirurgià plàstic de les Canàries, un traumatòleg de Madrid, jo, com a metge d'urgències de les Balears que vaig ser el coordinador de l'equip i un bomber de Castelló. Ens reunirem el dimarts a la seu de Madrid, on ens van donar les instruccions de les possibles accions a realitzar i sortírem per a Java el mateix dimarts a la tarda. Ens emportàrem diverses caixes amb

Planificación de la emergencia desde Médicos del Mundo.

Entre el sábado y el domingo Médicos del Mundo España decidió, en contacto con la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el resto de organizaciones internacionales de Médicos del Mundo, mandar 2 equipos con traumatólogos y cirujanos, uno desde Francia y otro desde España. También se programó en un vuelo fletado por la AECI, tres kits de material médico: el primero de traumatología, un segundo de acción inmediata y un tercero de asistencia de urgencia, que permite facilitar atención sanitaria a 30.000 personas en un mes.

Desde la catástrofe del Tsunami en Diciembre 2005, MdM ha estado presente en la vecina isla de Sumatra, primero en Emergencia, en el que estuve también, y más tarde, desarrollando el proyecto de reconstrucción de estructuras sanitarias afectadas. Parte del equipo de Sumatra se trasladó el lunes a Java para evaluar los daños y las necesidades sanitarias y preparar la llegada del equipo de especialistas para esta nueva emergencia.

Ese mismo día lunes, desde Médicos del Mundo en Madrid se contactó con un anestesista de Sevilla, un cirujano plástico de Canarias, un traumatólogo de Madrid, yo, como médico de urgencias de Baleares que fui el coordinador del equipo y un bombero de Castellón. Nos reunimos el martes en la sede de Madrid, donde nos dieron las instrucciones de las posi-

material de quiròfan i ortopèdic que estan preparades permanentment a Madrid per a aquest tipus d'emergències. En resum, 4 dies va costar organitzar tot aquest dispositiu.

Arribada a la zona afectada i activitat realitzada.

Arribem a Bantul, la zona més afectada pel terratrèmol, a les 7 del matí del dijous 29 de juny, el cinquè dia després del terratrèmol. Allà ens reunim amb l'equip procedent de Sumatra i a les 9 del matí estàvem a l'hospital de Patmasuri avaluant pacients lesionats. Tant l'hospital com els quiròfans havien estat afectat pel terratrèmol, per la qual cosa es va haver d'habilitar un paridor. A les 10 del matí l'equip va començar a tractar pacients que tenien lesions causades pel terratrèmol des de 5 dies abans, mentre que la resta anàvem a avaluar els danys per les zones del voltant.

En total es van realitzar 62 intervencions en 11 dies, totes sobre ferides i/o fractures, algunes amb anestèsia general. Cada dia s'avaluaven 10-15 malalts i es revisaven i curaven els malalts que s'havien intervingut en dies anteriors. Del total d'intervencions, 10 es van realitzar en l'hospital de Muhamadiyah, proper a l'altre hospital i que durant aquells dies no tenia els especialistes locals que havien vingut d'altres ciutats d'Indonèsia.

L'assistència que donàrem va ser útil per als afectats pel terratrèmol i amb la nostra ajuda col·laboràrem amb els serveis sanitaris locals que estaven

bles acciones a realizar y salíamos para Java el mismo martes por la tarde. Nos llevamos varias cajas con material de quirófano y ortopédico que están preparadas permanentemente en Madrid para este tipo de emergencias. En resumen, 4 días costó organizar todo este dispositivo.

Llegada a la zona afectada y actividad realizada.

Llegamos a Bantul, la zona más afectada por el terremoto, a las 7 de la mañana del jueves 29 de Junio, el quinto día después del terremoto. Allí nos reunimos con el equipo procedente de Sumatra y a las 9 de la mañana estábamos en el hospital de Patmasuri evaluando pacientes lesionados. Tanto el hospital como los quirófanos habían sido afectado por el terremoto, por lo que se tuvo que habilitar un paritorio. A las 10 de la mañana el equipo comenzó a tratar pacientes que tenían lesiones causadas por el terremoto desde 5 días antes, mientras que el resto íbamos a evaluar los daños por las zonas de alrededor.

En total se realizaron 62 intervenciones en 11 días, todas sobre heridas y/o fracturas, algunas con anestesia general. Cada día se evaluaban 10-15 enfermos y se revisaban y curaban los enfermos que se habían intervenido en días anteriores. Del total de intervenciones, 10 se realizaron en el hospital de Muhamadiyah, cercano al otro hospital y que durante esos días no tenía los especialistas locales que habían venido de otras ciudades de Indonesia.



OMS/P.Virot/Etiòpia

sobresaturats per la quantitat de persones lesionades.

Aquest és l'objectiu que pretén Metges del Món en les emergències i per a la que estem creant una infraestructura que pugui respondre amb rapidesa i eficàcia a aquest tipus d'esdeveniments.

La asistencia que prestamos fue útil para los afectados por el terremoto y con nuestra ayuda colaboramos con los servicios sanitarios locales que estaban sobrecargados por la cantidad de personas lesionadas.

Este es el objetivo que pretende Médicos del Mundo en las emergencias y para la que estamos creando una infraestructura que pueda responder con

rapidez y eficacia a este tipo de eventos.

4. INMIGRACIÓ I SALUT
4. INMIGRACIÓN Y SALUD

Miguel Àngel Vicente Hernández
Metge de Família, Centre de Salut de Son
Pisà
Vicepresident de Metges del Món
Balears.

4.1. INTRODUCCIÓ

Al món el nombre d'immigrants s'ha duplicat en els últims cinquanta anys arribant a ser d'uns 191 milions, segons fonts de l'UNFDP (Fons de Població de les Nacions Unides). La majoria emigren per raons econòmiques des de països pobres a desenvolupats encara que també ho fan per causes socials, polítiques, conflictes armats, etc. Aquest fenomen s'ha agreujat per una situació de globalització que ha generat un augment de les desigualtats. Hem arribat a situacions tan paradoxals com que a la ciutat de Manchester hi hagi més metges procedents de Malawi que a tot el país, o que a Zàmbia, des de la seva independència fins avui, hagin passat de tenir uns sis-cents metges a cinquanta.

A Espanya fins als anys vuitanta no es produeix un canvi al flux migratori. Actualment, encara hi ha més d'un milió i mig d'espanyols emigrats. Es calcula que en tot l'estat hi ha més de quatre milions d'immigrants, dels quals més de la meitat són extracomunitaris, principalment, de l'Ecuador i el Marroc. Ocupem el desè lloc quant a immigració després de països com els Estats Units, Rússia, Alemanya, Ucraïna, França, Aràbia Saudita, el Canadà, l'Índia o el Regne Unit.

A les Balears hi ha més de 160.000 immigrants segons diverses fonts, és a

Miguel Àngel Vicente Hernández
Médico de Familia, Centre de Salut de Son
Pisà
Vicepresidente de Metges del Món
Baleares.

4.1. INTRODUCCIÓN

En el mundo el número de inmigrantes se ha duplicado en los últimos cincuenta años llegando a ser de unos 191 millones, según fuentes de la UNFDP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). La mayoría emigran por razones económicas desde países pobres a desarrollados aunque también lo hacen por causas sociales, políticas, conflictos armados, etc. Este fenómeno se ha agravado por una situación de globalización que ha generado un aumento de las desigualdades. Hemos llegado a situaciones tan paradójicas como que en la ciudad de Manchester existan más médicos procedentes de Malawi que en todo el país, o que en Zambia, desde su independencia hasta hoy, hayan pasado de tener unos seiscientos médicos a cincuenta.

En España hasta los años ochenta no se produce un cambio en el flujo migratorio. Actualmente, aún hay más de un millón y medio de españoles emigrados. Se calcula que en todo el estado hay más de cuatro millones de inmigrantes, de los cuales más de la mitad son extracomunitarios, principalmente, de Ecuador y Marruecos. Ocupamos el décimo lugar en cuanto a inmigración tras países como Estados Unidos, Rusia, Alemania, Ucrania, Francia, Arabia Saudita, Canadá, India o el Reino Unido.



OMS/P.Virot/Etiòpia

dir, més d'un 15% de la població. Segons l'estudi realitzat en el 2004 des de la Unitat Docent de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca amb la participació de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària, la Societat Balear d'Infermeria Comunitària, Metges del Món i associacions d'immigrants, es va detectar que, segons dades de Targeta Sanitària de l'Ib-Salut, un 11% dels titulars eren de persones nascudes fora d'Espanya, que el 93% de les Targetes emeses a persones sense recursos corresponien a immigrants. També es va mostrar que els immigrants del Magreb es concentren més a la zona rural de Mallorca, els subsaharians a les zones que pertanyen als Centres de Salut de Son Gotleu i Son Pisà mentre que els llatinoamericans tenen una distribució heterogènia i menys dificultats a aconseguir la Targeta. De tota manera, tots aquests col·lectius engloben realitats molt diferents.

En Baleares hay más de 160.000 inmigrantes según diversas fuentes, es decir, más de un 15% de la población. Según el estudio realizado en el 2004 desde la Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca con la participación de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària, la Societat Balear d'Infermeria Comunitària, Metges del Món y asociaciones de inmigrantes, se detectó que, según datos de Tarjeta Sanitaria del Ib-Salut, un 11% de los titulares eran de personas nacidas fuera de España, que el 93% de las Tarjetas emitidas a personas sin recursos correspondían a inmigrantes. También se mostró que los inmigrantes del Magreb se concentran más en la zona rural de Mallorca, los subsaharianos en las zonas que pertenecen a los Centros de Salud de Son Gotleu y Son Pisà mientras que los latinoamericanos tienen una distribución heterogénea y menos dificultades.

4.2. PROBLEMÀTICA DELS IMMIGRANTS

La realitat, és que la majoria dels immigrants són un col·lectiu vulnerable des del punt de vista social i de salut a causa de la pobresa, la marginació, la solitud, les condicions de vida, l'explo-tació laboral i la situació legal. A més, culturalment, existeix una relació d'as-similació o de segregació, en pocs casos hi ha una integració cultural com el model francès o multicultural com el model anglosaxó.

Quant a la problemàtica sanitària, principalment es deu a la difícil accessibilitat per barreres idiomàtiques i per la falta d'informació i de coneixement dels circuits burocràtics. El perfil de l'immigrant és una persona jove i sana que consulta menys, encara que acudeix més a urgència i quan els processos estan més avançats. "No emigra el que vol sinó el que pot". La salut no és una prioritat excepte quan els impedeix treballar i les activitats preventives no els generen gran interès. Existeixen dos grups especialment vulnerables que són la dona amb les seves múltiples dificultats per la desigualtat i els immigrants de segona generació que moltes vegades sofreixen una exclusió social.

Mentre, els professionals sanitaris opinen que la immigració produeix un augment de la demanda, consultes que precisen més temps, casos de malalties poc habituals, alta prevalença de patologia psicossomàtica, incertesa sobre l'adherència i el compliment dels tractaments, frustració per la problemàtica social i dificultats en la

tades en conseguir la Tarjeta. De todas formas, todos estos colectivos engloban a realidades muy diferentes.

4.2. PROBLEMÁTICA DE LOS INMIGRANTES

La realidad, es que la mayoría de los inmigrantes son un colectivo vulnerable desde el punto de vista social y de salud debido a la pobreza, la marginación, la soledad, las condiciones de vida, la explotación laboral y la situación legal. Además, culturalmente, existe una relación de asimilación o de segregación, en pocos casos hay una integración cultural como el modelo francés o multicultural como el modelo anglosajón.

En cuanto a la problemática sanitaria, principalmente se debe a la difícil accesibilidad por barreras idiomáticas y por la falta de información y de conocimiento de los circuitos burocráticos. El perfil del inmigrante es una persona joven y sana que consulta menos, aunque acude más a urgencia y cuando los procesos están más avanzados. "No emigra el que quiere sino el que puede". La salud no es una prioridad excepto cuando les impide trabajar y las actividades preventivas no les generan gran interés. Existen dos grupos especialmente vulnerables que son la mujer con sus múltiples dificultades por la desigualdad y los inmigrantes de segunda generación que muchas veces sufren una exclusión social.

Mientras, los profesionales sanitarios opinan que la inmigración produce



OMS/P.Virot

prevenció i en la promoció de la salut. Aquesta situació afecta en especial els treballadors de l'Atenció Primària i dels Serveis d'Urgències però també altres serveis com a Microbiologia, Anàlisi, Radiologia, etc.

Aquesta situació s'ha agreujat depenent de cada Comunitat Autònoma i malgrat el Consell Interterritorial de Salut, per la falta de previsió quant a planificació social i sanitària per facilitar la incorporació dels immigrants al sistema sanitari. Algunes ONG també han col·laborat activament en l'atenció i en la integració dels immigrants com és el cas de Metges del Món a les Balears.

4.3. MALALTIES EN ELS IMMIGRANTS

La patologia que presenten amb major

un aumento de la demanda, consultas que precisan más tiempo, casos de enfermedades poco habituales, alta prevalencia de patología psico-somática, incertidumbre sobre la adherencia y el cumplimiento de los tratamientos, frustración por la problemática social y dificultades en la prevención y en la promoción de la salud. Esta situación afecta en especial a los trabajadores de la Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias pero también a otros servicios como Microbiología, Análisis, Radiología, etc.

Esta situación se ha agravado dependiendo de cada Comunidad Autónoma y a pesar del Consejo Interterritorial de Salud, por la falta de previsión en cuanto a planificación social y sanitaria para facilitar la incorporación de los inmigrantes al

freqüència els immigrants són malalties adquirides en el nostre medi i patologia reactiva o d'adaptació. En menor mesura es detecten malalties amb una base genètica i patologia importada.

a) Patologia adquirida: Existeixen sèries en les quals s'han registrat els motius de consulta i els diagnòstics. La major part de casos són dolors abdominals i d'esquena, contusions, símptomes respiratoris i altres d'inespecífics.

b) Patologia reactiva: Predominen els trastorns ansiosos i depressius, les disfuncions sexuals i en menor proporció els trastorns psicòtics i les addiccions. Existeix una simptomatologia que associa el psíquic i el somàtic i que s'expressa segons les diferents cultures. S'han d'explorar els factors estressants en l'adaptació i la "resiliència" que és el grau de fortalesa de la personalitat. Es parla dels set dols per la pèrdua de la llengua materna, de la pròpia cultura, dels familiars i amics, de la posició social, del contacte amb el grup ètnic, dels paisatges i la terra natal i de la pròpia seguretat física generant la denominada "Síndrome d'Ulises". El millor remei és el reagrupament familiar, malgrat que l'emigració també té aspectes positius com deixar la pobresa, la gana, la violència, etc.

c) Malalties de base genètica: talassèmies i altres hemoglobinopaties com l'anèmia de cèl·lules falciformes i el dèficit de glucosa 6 fosfat deshidrogenasa.

d) Patologia importada: en especial la malària per la seva gravetat i les parasitosis intestinals per la seva freqüència. En un estudi realitzat des del

sistema sanitari. Algunas ONG también han colaborado activamente en la atención y en la integración de los inmigrantes como es el caso de Metges del Món en Baleares.

4.3. ENFERMEDADES EN LOS INMIGRANTES

La patologia que presenten con mayor frecuencia los inmigrantes son enfermedades adquiridas en nuestro medio y patologia reactiva o de adaptación. En menor medida se detectan enfermedades con una base genética y patologia importada.

a. Patologia adquirida: Existen series en las que se han registrado los motivos de consulta y los diagnósticos. La mayor parte de casos son dolores abdominales y de espalda, contusiones, síntomas respiratorios y otros inespecíficos.

b. Patologia reactiva: Predominan los trastornos ansiosos y depresivos, las disfunciones sexuales y en menor proporción los trastornos psicóticos y las adicciones. Existe una sintomatología que asocia lo psíquico y lo somático y que se expresa según las diferentes culturas. Se deben explorar los factores estresantes en la adaptación y la "resiliencia" que es el grado de fortaleza de la personalidad. Se habla de los siete duelos por la pérdida de la lengua materna, de la propia cultura, de los familiares y amigos, de la posición social, del contacto con el grupo étnico, de los paisajes y la tierra natal y de la propia seguridad física generando el denominado "Síndrome de Ulises". El mejor reme-

Servei de Microbiologia de l'Hospital de Son Dureta es van recollir 79 casos de paludisme des de 1995 al 2003, la majoria en immigrants. Només l'any 2005 s'han registrat 25 casos a Mallorca, 21 eren immigrants i 22 la van adquirir a l'Àfrica. És de gran importància la profilaxi en els immigrants que tornen al seu país d'origen després d'una estada de més de dos anys per la pèrdua de la seva immunitat. Altres parasitosis depenen de la zona de procedència i solen desaparèixer amb el temps encara que poden persistir l'esquistosomiasis, la cisticercosi, l'oncocercosi i l'estrongiloidiasis. Hi ha sèries que mostren prevalences de paràsits en excrements del 20 al 60% en població immigrant majoritàriament llatinoamericana. En el nostre medi no hi ha vectors per a la transmissió de la major part d'elles per la qual cosa no hi ha risc d'afectació per a la població autòctona. No hi ha un consens sobre si es precisa un estudi rutinari en tots els immigrants encara que es recomana segons la simptomatologia i l'exploració física. Existeixen altres malalties potencialment transmissibles i ja presents en el nostre medi però que tenen una major prevalença a les zones de procedència dels immigrants com són la tuberculosi, les hepatitis, la sífilis, les malalties de transmissió sexual, la infecció pel VIH i la lepra.

4.4. GARBELLAMENT I GUIA D'ATENCIÓ PER A LA POBLACIÓ IMMIGRANT

No existeix un protocol universal d'atenció a l'immigrant ni guies basades en l'evidència sobre el benefici d'un

dio es el reagrupamiento familiar, a pesar de que la emigración también tiene aspectos positivos como dejar la pobreza, el hambre, la violencia, etc.

c. Enfermedades de base genética: talasemias y otras hemoglobinopatías como la anemia de células falciformes y el déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa.

d. Patología importada: en especial la malaria por su gravedad y las parasitosis intestinales por su frecuencia. En un estudio realizado desde el Servicio de Microbiología del Hospital de Son Dureta se recogieron 79 casos de paludismo desde 1995 al 2003, la mayoría en inmigrantes. Sólo en el año 2005 se han registrado 25 casos en Mallorca, 21 eran inmigrantes y 22 la adquirieron en África. Es de gran importancia la profilaxis en los inmigrantes que regresan a su país de origen tras una estancia de más de dos años por la pérdida de su inmunidad. Otras parasitosis dependen de la zona de procedencia y suelen desaparecer con el tiempo aunque pueden persistir la esquistosomiasis, la cisticercosis, la oncocercosis y la estrongiloidiasis. Hay series que muestran prevalencias de parásitos en heces del 20 al 60% en población inmigrante en su mayoría latinoamericana. En nuestro medio no existen vectores para la transmisión de la mayor parte de ellas por lo que no hay riesgo de afectación para la población autóctona. No hay un consenso sobre si se precisa un estudio rutinario en todos los inmigrantes aunque se recomienda según la sintomatología y la exploración física. Existen otras enfermedades

garbellament sistemàtic. Els seus objectius haurien de ser el diagnòstic de les malalties importades dominants als països d'origen per detenir la seva evolució i realitzar mesures preventives específiques. Les recomanacions varien segons els autors, els països i les zones d'aplicació. S'hauria de registrar i realitzar:

- a) Antecedents: país de procedència, zona rural o urbana, estat de les vacunes
- b) Anamnesi: indagar sobre febre, pèrdua de pes, cefalees, alteracions del comportament, epilèpsia, tos i dispnea, dolors abdominals, hematúria, dolors d'esquena, pruija, etc.
- c) Exploració física: estat general, nutricional, hidratació, temperatura, tensió arterial, alteracions de la visió o de l'audició, inspecció de la mucosa oral i de la dentició, detecció d'adenopaties, masses o visceromegalies abdominals, anomalies en extremitats com a presbidermia, presència de nòduls, úlceres o zones despigmentades o anestèsiques.
- d) Exploracions complementàries: hemograma, bioquímica, sediment d'orina i paràsits en excrements. Serologies i paràsits en orina segons la zona de procedència i en discussió el mantoux.

4.5. VACUNES

Si no s'acredita la vacunació s'ha de considerar l'immigrant com a no vacunat i proposar una pauta de vacunació. En el cas de l'adult hauria d'incloure una dosi de la triple vírica, tres dosis de Td i tres de pòlio inactivada. S'afegirà la vacuna antihepatitis B si la serologia és

potencialmente transmisibles y ya presentes en nuestro medio pero que tienen una mayor prevalencia en las zonas de procedencia de los inmigrantes como son la tuberculosis, las hepatitis, la sífilis, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la lepra.

4.4. CRIBADO Y GUÍA DE ATENCIÓN PARA LA POBLACIÓN INMIGRANTE

No existe un protocolo universal de atención al inmigrante ni guías basadas en la evidencia sobre el beneficio de un cribado sistemático. Sus objetivos deberían ser el diagnóstico de las enfermedades importadas prevalentes en los países de origen para detener su evolución y realizar medidas preventivas específicas. Las recomendaciones varían según los autores, los países y las zonas de aplicación. Se debería registrar y realizar:

- a. Antecedentes: país de procedencia, zona rural o urbana, estado vacunal*
- b. Anamnesis: indagar sobre fiebre, pérdida de peso, cefaleas, alteraciones del comportamiento, epilepsia, tos y disnea, dolores abdominales, hematuria, dolores de espalda, prurito, etc*
- c. Exploración física: estado general, nutricional, hidratación, temperatura, tensión arterial, alteraciones de la visión o de la audición, inspección de la mucosa oral y de la dentición, detección de adenopatías, masas o visceromegalias abdominales, anomalías en extremidades como presbidermia, presencia de nódulos, úlceras o zonas despigmentadas o anestésicas.*



OMS/PViro/India

negativa o pertany a un grup de risc. En els nens es realitzarà segons el calendari de vacunació de cada Comunitat Autònoma.

4.6. CONCLUSIONES I PROPOSTES DE MILLORA

- La immigració engloba persones amb una problemàtica molt diversa que requereixen una atenció integral i tractada des d'una perspectiva biopsicosocial.
- És precís adaptar les estructures

d. Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica, sedimento de orina y parásitos en heces. Serologías y parásitos en orina según la zona de procedencia y en discusión el mantoux.

4.5. VACUNAS

Si no se acredita la vacunación debe considerarse al inmigrante como no vacunado y proponer una pauta de vacunación. En el caso del adulto debería incluir una dosis de la triple vírica, tres dosis de Td y tres de polio inactivada. Se añadirá la vacuna antihepatitis B si la serología es negativa o pertenece a un grupo de riesgo. En los niños se realizará según el calendario vacunal de cada Comunidad Autónoma.

4.6. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

- *La inmigración engloba a personas con una problemática muy diversa que requieren una atención integral y tratada desde una perspectiva biopsicosocial.*
- *Es preciso adaptar las estructuras sociosanitarias y el modelo existente a las nuevas necesidades sin olvidar que la puerta de entrada al sistema es la Atención Primaria.*
- *Se deben eliminar las barreras que*

sociosanitàries i el model existent a les noves necessitats sense oblidar que la porta d'entrada al sistema és l'Atenció Primària.

- S'han d'eliminar les barreres que dificulten l'accés a la població immigrant a més d'incorporar mediadors culturals i agents comunitaris junt amb la formació dels professionals prioritzant aspectes de la medicina transcultural.
- És necessari adequar els programes de salut, en especial els preventius, a les característiques de les noves comunitats, controlar les malalties potencialment transmissibles i elaborar guies de pràctica clínica.
- S'hauria d'implicar població immigrant en la participació comunitària en salut junt amb la creació de xarxes de suport i intervenir sobre aspectes socials com la formació i promoció laboral així com en educació.
- No hem d'oblidar als col·lectius més vulnerables de la immigració que són les dones i els seus fills.

dificultan el acceso a la población inmigrante además de incorporar mediadores culturales y agentes comunitarios junto con la formación de los profesionales priorizando aspectos de la medicina transcultural.

- *Es necesario adecuar los programas de salud, en especial los preventivos, a las características de las nuevas comunidades, controlar las enfermedades potencialmente transmisibles y elaborar guías de práctica clínica.*
- *Debería implicarse a población inmigrante en la participación comunitaria en salud junto con la creación de redes de apoyo e intervenir sobre aspectos sociales como la formación y promoción laboral así como educacionales.*
- *No debemos olvidar al los colectivos más vulnerables de la inmigración que son las mujeres y sus hijos.*

5. SIDA A ÀFRICA: LES MORTS EVITABLES
5. SIDA EN ÁFRICA: LAS MUERTES EVITABLES

Josep Coll i Verd

**Metge cooperant de Metges del Món,
antic president MdM**

La SIDA ha representat per molts de països d'Àfrica sub-Sahariana com una "puntilla" per rematar un països ja molt debilitats de per sí.

I significa també, una vegada més, la constatació de la gran diferencia entre viure a un país dels anomenats "desenvolupats" o a un país empobrit.

Si el dret a la salut és un dels Drets Humans fonamentals, als països que pateixen des de fa ja massa temps unes relacions gens solidaries i d'explotació per part dels països occidentals, aquest dret és moltes vegades ignorat, havent-hi una gran part de la població que no té accés als mínims serveis de salut.

Si mirem als indicadors de salut, que ens donen una imatge de l'estat de salut d'un país, veurem les diferències abismals entre els països dels dos blocs. I aquesta diferència és especialment gran en el cas de la SIDA.

Josep Coll i Verd

**Médico cooperante de Médicos del
Mundo, antiguo presidente MdM**

El SIDA ha representado para muchos de países de África Sub-Sahariana como "una puntilla" para rematar unos países ya muy debilitados de por sí.

Y significa también, una vez más, la constatación de la gran diferencia entre vivir en un país de los denominados "desarrollados" o en un país empobrecido.

Si el derecho a la salud es uno de los Derechos Humanos fundamentales, los países que sufren desde hace ya demasiado tiempo unas relaciones nada solidarias y de explotación por parte de los países occidentales, este derecho es muchas veces ignorado, habiendo una gran parte de la población que no tiene acceso a los mínimos servicios de salud.

Si miramos a los indicadores de salud, que nos dan una imagen del estado de salud de un país, veremos las diferencias abismales entre los países de los dos bloques. Y esta diferencia es especialmente sangüinaria en el caso del SIDA.



OMS/PViroit

Així, dels casi 40 milions de persones que es calcula que estan infectades pel VIH, uns 25 milions estarien a Àfrica.

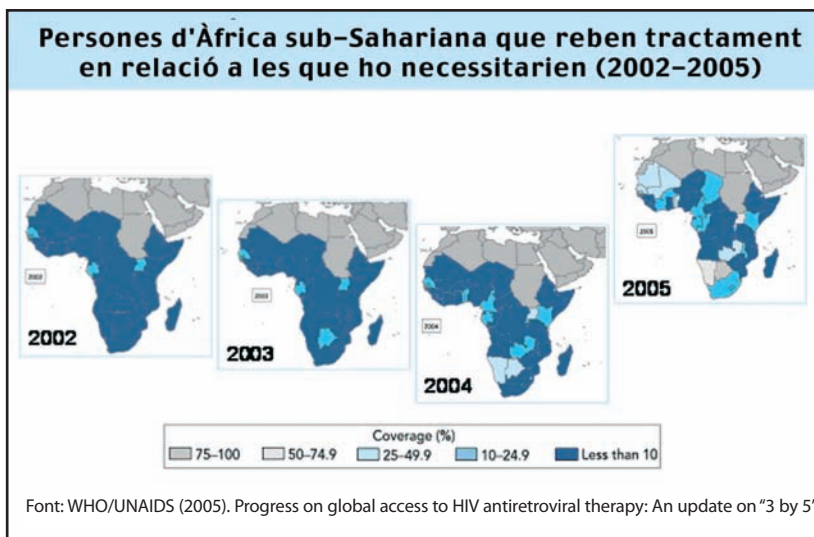
A més a més, és a Àfrica sub-Sahariana a on menys persones estan rebent el tractament necessari perquè la SIDA passi de ser una malaltia inexorablement mortal, a una malaltia crònica, que permeti dur una vida pràcticament normal a la persona que la pateix.

A la següent gràfica es pot observar el percentatge estimat de persones que estan en tractament:

Así, de los casi 40 millones de personas que se calcula que están infectadas por el VIH, unos 25 millones estarían en África.

Además, es en África sahariana en donde menos personas están recibiendo el tratamiento necesario para que el SIDA pase de ser una enfermedad inexorablemente mortal, a una enfermedad crónica, que permita llevar una vida prácticamente normal a la persona que la sufre.

En el siguiente gráfico se puede observar el porcentaje estimado de personas que están en tratamiento:



Les conseqüències d'aquesta epidèmia són múltiples i d'un impacte veritablement dramàtic sobre la vida de moltes persones dels països africans. És obvi que la primera conseqüència en aquest països continua essent la

Las consecuencias de esta epidemia son múltiples y de un impacto verdaderamente dramático sobre la vida de muchas personas de los países africanos.

Es obvio que la primera consecuencia

mort de les persones afectades, per manca d'accés de la major part de persones amb el VIH al tractament amb anti-retrovirals.

Com es comenta anteriorment, aquí és fa molt clara la línia divisòria entre els països rics i els pobres. Mentre que les persones infectades pel VIH que han tingut la sort de nàixer a un país dels anomenats desenvolupats no moren ja d'aquesta malaltia, a Àfrica subsahariana la SIDA és una de les primeres causes de mort. El 2006 varen morir de SIDA al voltant de 3 milions de persones en el món, i d'aquestes, més de 2 milions eren africans. I lo greu és que la majoria són persones joves i infants.

La SIDA ha suposat una disminució dramàtica de l'esperança de vida, que ha baixat a menys de 40 anys a molts d'aquests països, com es pot veure a la gràfica següent:



en este país continúa siendo la muerte de las personas afectadas, por falta de acceso de la mayor parte de personas con el VIH al tratamiento con antirretrovirales.

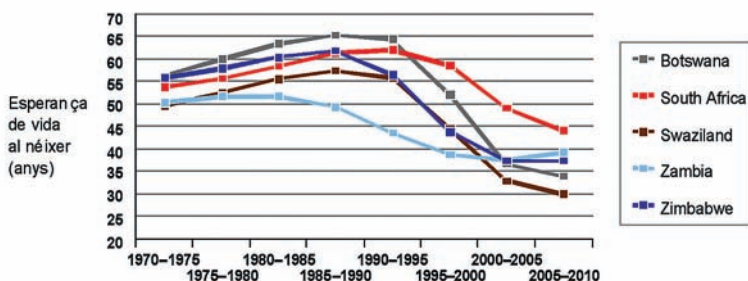
Como se comenta anteriormente, aquí se hace muy clara la línea divisoria entre los países ricos y los pobres. Mientras que las personas infectadas por

el VIH que han tenido la suerte de nacer en un país de los llamados desarrollados ya no mueren de esta enfermedad, en África subsahariana el SIDA es una de las primeras causas de muerte.

En el 2006 murieron de SIDA en torno a 3 millones de personas en el mundo, y de estas, más de 2 millones eran africanas. Y lo grave es que la mayoría son personas jóvenes y niños.

El SIDA ha supuesto una disminución dramática de la esperanza de vida, que ha bajado a menos de 40 años en muchos de estos países, como se puede ver a la gráfica siguiente:

Impacte de la SIDA a cinc països africans, 1970-2010



Font: United Nations Population Division (2004). World Population Prospects. The 2004 Revision. Database

Però les conseqüències són també de caire social i econòmic.

Amb la desaparició dels caps de família, que són la principal font d'ingressos, les famílies s'empobreixen encara més, i conseqüentment l'economia del país.

S'estableix un cercle viciós, amb disminució de la productivitat, augment de la malnutrició, més analfabetisme, augment d'orfans, amb l'enorme impacte emocional sobre els infants, etc.

Es veuen afectats també els Serveis locals de Salut en termes de disminució de recursos, tant econòmics com humans, ja que molts treballadors sanitaris no poden fer feina per la malaltia, o bé moren sense que ningú els reemplaci.

Com a exemple de la repercussió que la SIDA pot tenir sobre la mà d'obra, vegem la següent gràfica:

Pero las consecuencias son también de carácter social y económico.

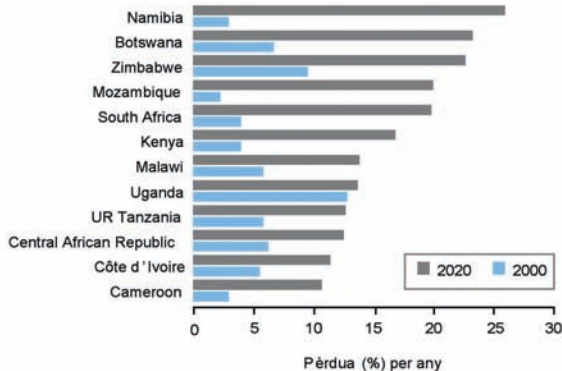
Con la desaparición de los cabeza de familia, que son la principal fuente de ingresos, las familias se empobrecen todavía más, y consecuentemente la economía del país.

Se establece un círculo vicioso, con disminución de la productividad, aumento de la malnutrición, más analfabetismo, aumento de huérfanos, con el enorme impacto emocional sobre los niños, etc.

Se ven afectados también los Servicios locales de Salud en términos de disminución de recursos, tanto económicos como humanos, ya que muchos trabajadores sanitarios no pueden trabajar por la enfermedad, o bien mueren sin que nadie los reemplace.

Como ejemplo de la repercusión que el SIDA puede tener sobre la mano de obra, veamos la siguiente gráfica:

Reducció prevista de la mà d'obra agrícola degut al VIH/SIDA a l'any 2020



Font: ILO (2004). HIV/AIDS and work: global estimates, impact and responses

Però no totes les conseqüències són igual per tothom. Com sempre, hi ha els més vulnerables, que en aquest cas són els infants i les dones.

Es calcula que a Àfrica hi ha més de 12 milions d'orfes degut a la SIDA, amb totes les repercussions esmentades anteriorment.

En quant a les dones, se sap que hi ha una major susceptibilitat al VIH per diverses raons.

Hi hauria un factor biològic (major risc d'infecció durant la relació sexual), però també hi intervenen altres factors derivats de les desigualtats de gènere,

Pero no todas las consecuencias son iguales para todo el mundo. Como siempre, hay los más vulnerables, que en este caso son los niños y las mujeres. Se calcula que en África hay más de 12 millones de huérfanos debido al SIDA, con todas las repercusiones mencionadas anteriormente.

En cuanto a las mujeres, se sabe que hay una mayor susceptibilidad al VIH

por diversas razones. Habría un factor biológico (mayor riesgo de infección durante la relación sexual), pero también intervienen otros factores derivados de las



OMS/PViro/etiopia

com per exemple les situacions de violència sexual que poden patir, tenir parelles majors (amb majors probabilitats d'estar infectats), no tenir capacitat per la negociació (moltes vegades són rebutjades pels homes si exigeixen l'ús de preservatius), etc.

Així, el 57% de persones infectades a Àfrica són dones. I entre joves aquesta xifra és encara més alarmant ja que augmenta fins un 75% el percentatge de dones infectades.

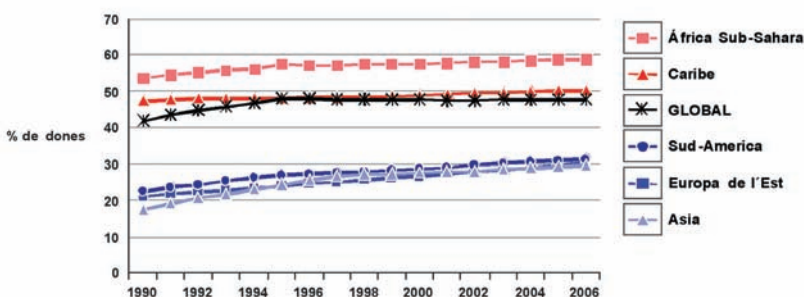
Veiem aquí també les diferències desfavorables en comparació a altres àrees

desigualdades de género, como por ejemplo las situaciones de violencia sexual que pueden sufrir, tener parejas mayores (con mayores probabilidades de estar infectadas), no tener capacidad para la negociación (muchas veces son rechazadas por los hombres si exigen el uso de preservativos), etc.

Así, el 57% de personas infectadas en África son mujeres. Y entre jóvenes esta cifra es todavía más alarmante ya que aumenta hasta un 75% el porcentaje de mujeres infectadas.

Vemos aquí también las diferencias desfavorables en comparación en otras áreas

Percentatge d'adults amb VIH que son dones 1990-2006



Font: UNAIDS/WHO, 2006

La lluita contra el VIH/SIDA passa tant per la prevenció a fi d'evitar la transmissió del VIH, i per tant l'aparició de nous casos, com per les cures de les persones ja afectades.

La prevenció contempla l'informació sobre les formes de transmissió del

La lucha contra el VIH/SIDA pasa tanto por la prevención con el fin de evitar la transmisión del VIH, y por lo tanto la aparición de nuevos casos, como por los cuidados de las personas ya afectadas.

La prevención contempla la informa-

virus i maneres de protegir-se del contagi, i el que és més important: la motivació de les persones per adoptar aquestes mesures de protecció. Aquí juga un paper clau l'accessibilitat als preservatius masculins i femenins.

L'altre front a on no poden escatimar-se esforços és la prevenció de la transmissió mare-fill. Amb educació sanitària i una simple i barata medicació (nevirapina) pot aconseguir-se que la transmissió baixi a manco del 5%, encara que la tendència actual i objectiu desitjable és l'ús de triple teràpia, amb la que es pot evitar la transmissió en casi el 100% de casos.

Respecte a les cures de persones infectades, hi ha tres camps d'actuació complementaris, que són: cures domiciliaries de les persones que degut al seu mal estat tenen dificultats per sortir, prevenció i tractament de les infeccions oportunistes més freqüents, i tractament amb els fàrmacs antiretrovirals de les persones infectades que compleixen uns criteris.

Tot i que aquests últims anys s'ha avançat notablement en el tractament amb antiretrovirals, és cert que encara s'està lluny d'aconseguir que aquests fàrmacs siguin accessibles a la major part de persones que els necessiten. És obvi que perquè el tractament pugui arribar al màxim nombre de persones, s'ha d'abaratir el seu cost, ja que representa una càrrega massa feixuga per aquests països. Si bé és cert que hi ha diverses organitzacions i institucions que estan donant antiretrovirals a n'aquests països, també hi ha uns interessos comercials per part de

ción sobre las formas de transmisión del virus y maneras de protegerse del contagio, y lo que es más importante: la motivación de las personas para adoptar estas medidas de protección. Aquí juega un papel clave la accesibilidad en los preservativos masculinos y femeninos.

El otro frente en el cual no pueden escatimarse esfuerzos es en la prevención de la transmisión madre-hijo. Con educación sanitaria y una simple y barata medicación (nevirapina) puede conseguirse que la transmisión baje a menos del 5%, aunque la tendencia actual y objetivo deseable es el uso de triple terapia, con la que se puede evitar la transmisión en casi el 100% de casos.

Respecto a los cuidados de personas infectadas, hay tres campos de actuación complementarios, que son: cuidados domiciliarios de las personas que debido a su mal estado tienen dificultades para salir, prevención y tratamiento de las infecciones oportunista más frecuentes, y tratamiento con los fármacos antirretrovirales de las personas infectadas que cumplen unos criterios.

Aunque estos últimos años se ha avanzado notablemente en el tratamiento con antirretrovirales, es cierto que todavía se está lejos de conseguir que estos fármacos sean accesibles a la mayor parte de personas que los necesitan.

Es obvio que para que el tratamiento pueda llegar al máximo número de personas, se tiene que abaratar su coste, ya que representa una carga



Echo/Guy Stubbs/Sudàfrica

multinacionals farmacèutiques i unes traves a la fabricació de genèrics, que estan dificultant l'accés al tractament a una part important de les persones que ho necessiten.

Mentre tant, milers de morts evitables es produeixen cada dia a aquest continent.

demasiado pesada para estos países. Si bien es cierto que hay diversas organizaciones e instituciones que están dando antirretrovirales en estos países, también hay unos intereses comerciales por parte de multinacionales farmacéuticas y unas trabas a la fabricación de genéricos, que están dificultando el acceso al tratamiento a una parte importante de las personas que lo necesitan.

Mientras tanto, miles de muertos evitables se producen cada día en este continente.

**6. MEMÒRIA DELS PROJECTES D'INVESTIGACIÓ
I PREVENCIÓ DE LA PRÀCTICA
DE MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA**

***6. MEMORIA DE LOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
Y PREVENCIÓN DE LA PRÁCTICA
DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA***

**Mauricio Tajada, Mariamma Tunkara,
Lía Ornat**
Metges del Món Aragó

Durant els anys 2000 a 2007, personal de l'Hospital Clínic Universitari "Lozano Blesa" i voluntariat de Metges del Món Aragó han treballat conjuntament en diversos projectes de millora en la qualitat d'assistència sanitària a través de mediació intercultural. Mitjançant aquests programes s'han desenvolupat activitats en diversos àmbits entre els quals s'inclouen:

1. Identificació de la problemàtica derivada de la salut sexual i reproductiva de la població immigrant de Saragossa: Hem realitzat un estudi epidemiològic de la patologia obstètrica i el resultat perinatal de les dones immigrants que neixen en el nostre centre els resultats del qual aporten informació molt valuosa sobre les condicions d'aquesta població. La procedència de mares estrangeres en el nostre hospital és heterogènia amb predomini d'origen africà (47%), sud-americanes (20%) i europees de l'est (26%). De la mateixa manera la problemàtica és diferent segons el seu origen. Segons les nostres observacions comprovem que els embarassos no desitjats són més alts entre les dones sud-americanes, venint a Espanya com a treballadores (tracten d'aconseguir la major quantitat de diners possibles per enviar-lo als seus familiars al seu país) i no estan integrades en un ambient familiar ben estructurat. El problema de la comunicació és tanmateix més important per a les dones africanes i europees. Les primeres presenten a

Mauricio Tajada, Mariamma Tunkara, Lía Ornat
Médicos del Mundo Aragón

Durante los años 2000 a 2007, personal del Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa" y voluntariado de Médicos del Mundo Aragón han trabajado conjuntamente en diversos proyectos de mejora en la calidad de asistencia sanitaria a través de mediación intercultural. Mediante estos programas se han desarrollado actividades en diversos ámbitos entre los que se incluyen:

1. Identificación de la problemática derivada de la salud sexual y reproductiva de la población inmigrante de Zaragoza: Hemos realizado un estudio epidemiológico de la patología obstétrica y el resultado perinatal de las mujeres inmigrantes que nacen en nuestro centro cuyos resultados aportan información muy valiosa sobre las condiciones de esta población.

La procedencia de madres extranjeras en nuestro hospital es heterogénea con predominio de origen africano (47%), suramericanas (20%) y europeas del este (26%). Del mismo modo la problemática es distinta según su origen. Según nuestras observaciones comprobamos que los embarazos no deseados son más altos entre las mujeres suramericanas, viniendo a España como trabajadoras (tratan de conseguir la mayor cantidad de dinero posible para enviarlo a sus familiares en su país) y no están integradas en un ambiente familiar bien estructurado. El problema de la comunicación es sin

més una sèrie de condicionants culturals i socials que per rebuig o desconeixement poden dificultar una adequada relació amb els professionals sanitaris. També observem un augment de malalties "importades" i un increment de la morbiditat i mortalitat perinatal. Estratificades per àrees geogràfiques, les dones d'origen subsaharià són les que presenten un pitjor resultat perinatal, major índex de prematuritat i baix pes al naixement i més complicacions associades a la gestació i el part. D'altra banda, una nombrosa comunitat gambiana té la seva residència a l'àrea de salut de l'Hospital Clínic de Saragossa. Aquestes dones, a més d'altres del Senegal, Mali o Mauritània, Ghana, Nigèria o el Sudan pertanyen a diferents ètnies (Sarahole, Bambara, Wòlof, etc.) on la pràctica de la mutilació genital femenina és una tradició encara present.

2. Formació de 4 mediadores immigrants en temes específics de salut sexual i reproductiva:

- Acostament al sistema sanitari (tramitació targeta sanitària, accés a serveis d'especialitats...).
- Control prenatal i assistència al part (què esperar de les consultes d'embaràs, anàlisi, ecografies, com i on és el part, cures del puerperi...).
- Cures del nou-nat.
- Planificació familiar (disponibilitat de mètodes contraceptius acceptats i accessibles per a aquesta població).

embargo más importante para las mujeres africanas y europeas. Las primeras presentan además una serie de condicionantes culturales y sociales que por rechazo o desconocimiento pueden dificultar una adecuada relación con los profesionales sanitarios. También observamos un aumento de enfermedades "importadas" y un incremento de la morbilidad y mortalidad perinatal. Estratificadas por áreas geográficas, las mujeres de origen subsahariano son las que presentan un peor resultado perinatal, mayor índice de prematuridad y bajo peso al nacimiento y más complicaciones asociadas a la gestación y el parto. Por otro lado, una numerosa comunidad gambiana tiene su residencia en el área de salud del Hospital Clínico de Zaragoza. Estas mujeres, además de otras de Senegal, Mali o Mauritania, Ghana, Nigeria o Sudán pertenecen a diferentes etnias (Sarahole, Bambara, Wolof, etc.) donde la práctica de la mutilación genital femenina es una tradición todavía presente.

2. Formación de 4 mediadoras inmigrantes en temas específicos de salud sexual y reproductiva:

- Acercamiento al sistema sanitario (tramitación tarjeta sanitaria, acceso a servicios de especialidades...).
- Control prenatal y asistencia al parto (qué esperar de las consultas de embarazo, análisis, ecografías, cómo y dónde es el parto, cuidados del puerperio...).
- Cuidados del recién nacido.
- Planificación familiar (disponibilidad de métodos contraceptivos aceptados y accesibles para esta población).



3. Realització de tallers dirigits per aquestes mediadores i supervisats per professionals sanitaris de l'equip de millora i voluntaris de Metges del Món Aragó en determinats Centres de Salut, col·legis i altres associacions que treballen amb població immigrant.



3. Realización de talleres dirigidos por estas mediadoras y supervisados por profesionales sanitarios del equipo de mejora y voluntarios de Médicos del Mundo Aragón en determinados Centros de Salud, colegios y otras asociaciones que trabajan con población inmigrante.



4. Disseny i difusió de material informatiu dels temes tractats als tallers de formació entre la població diana. Els primers cartells i quaderns de treball es van dissenyar en espanyol, anglès, francès i àrab. Tanmateix es va decidir posteriorment treballar amb materials només en àrab i espanyol ja que molt poques dones immigrants que acudien als tallers parlaven anglès o francès.



4. Diseño y difusión de material informativo de los temas tratados en los talleres de formación entre la población diana. Los primeros carteles y cuadernos de trabajo se diseñaron en español, inglés, francés y árabe. Sin embargo se decidió posteriormente trabajar con materiales sólo en árabe y español ya que muy pocas mujeres inmigrantes que acudían a los talleres hablaban inglés o francés.



5. Millora de la formació dels professionals sanitaris en matèria d'immigració: S'han impartit nombroses xerrades informatives sobre mutilació genital femenina a personal sanitari de l'àrea III de Salut així com d'altres àrees de salut de Saragossa i Osca. També s'han realitzat xerrades en col·laboració amb altres associacions per informar personal no sanitari d'aspectes antropològics, socials i sanitaris de la pràctica de la MGF.

5. Mejora de la formación de los profesionales sanitarios en materia de inmigración: Se han impartido numerosas charlas informativas sobre mutilación genital femenina a personal sanitario del área III del Salud así como de otras áreas de salud de Zaragoza y Huesca. También se han realizado charlas en colaboración con otras asociaciones para informar a personal no sanitario de aspectos antropológicos, sociales y sanitarios de la práctica de la MGF.

6.1 UNES PARAULES EN RELACIÓ AMB LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA:

Mutilació Genital Femenina: Tota intervenció que comporta una ablació total o parcial dels òrgans externs de la dona o tota altra mutilació dels òrgans genitals externs femenins que siguin practicades amb finalitats culturals o d'altres i no amb finalitats terapèutiques.

Amb la mutilació la dona és humiliada, s'assegura la seva fidelitat i veu alterada la seva sexualitat de manera important. Es violen drets fonamentals com és el dret a la integritat física, el dret a la salut i el dret a no ser sotmès a tortures ni a tractes inhumans i degradants.

6.1. UNAS PALABRAS EN RELACIÓN CON LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:

Mutilación Genital Femenina: Toda intervención que conlleva una ablación total o parcial de los órganos externos de la mujer o toda otra mutilación de los órganos genitales externos femeninos que sean practicadas con fines culturales u otras y no con fines terapéuticos.

Con la mutilación la mujer es humillada, se asegura su fidelidad y ve alterada su sexualidad de manera importante. Se violan derechos fundamentales como es el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y el

Entra dins de l'àmbit cultural i per tant és objecte de respecte en considerar-se una tradició. Tanmateix, l'hem de considerar com una forma de violència contra la dona que no es pot justificar de cap manera.

Conseqüències físiques de la MGF

Immediates

- Hemorràgies
- Lesions d'òrgans veïns
- Infeccions
- Retenció urinària

A llarg termini

- Infeccions recurrents d'orina
 - Alteracions de la menstruació (dismenorrea, hematocolpos)
 - Infertilitat
- Malalties de transmissió sexual
- Problemes sexuals (disparèunia, frigidesa, necessitat d'incisió prèvia al primer coït)
 - Complicacions del part (esquinços, allargament del període d'expulsió, fistules per necrosi de la vagina, bufeta o recte, impossibilitat del part via vaginal)

Conseqüències psicològiques

- Efectes sobre la sexualitat femenina (ansietat, terror, humiliació, submissió)
- Efectes sobre la sexualitat masculina (poligàmia masculina, recerca d'altres companyes sexuals)
- Efectes sobre la convivència en parella (sentiments de culpabilitat, ruptures)

derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos inhumanos y degradantes.

Entra dentro del ámbito cultural y por lo tanto es objeto de respeto al considerarse una tradición. Sin embargo, debemos considerarla como una forma de violencia contra la mujer que no se puede justificar de ningún modo.

Consecuencias físicas de la MGF

Inmediatas

- Hemorragias
- Lesiones de órganos vecinos
- Infecciones
- Retención urinaria

A largo plazo

- Infecciones recurrentes de orina
- Alteraciones de la menstruación (dismenorrea, hematocolpos)
- Infertilidad
- Enfermedades de transmisión sexual
- Problemas sexuales (dispareunia, frigidez, necesidad de incisión previa al primer coito)
- Complicaciones del parto (desgarros, alargamiento del periodo expulsivo, fistulas por necrosis de la vagina, vejiga o recto, imposibilidad del parto vía vaginal)

Consecuencias psicológicas

- Efectos sobre la sexualidad femenina (ansiedad, terror, humillación, sumisión)
- Efectos sobre la sexualidad masculina (poligamia masculina, búsqueda de otras compañeras sexuales)
- Efectos sobre la convivencia en pareja (sentimientos de culpabilidad, rupturas)

Tipus de MGF

- Tipus I: Escissió del prepuci i escissió total o parcial del clítoris.



Dona de 24 anys procedent de Gambia. Ètnia Sarahole.
MGF realitzada en les primeres setmanes de vida.
Part assistit a l'HCU de Saragossa

Tipos de MGF

- Tipo I: Escisión del prepucio y escisión total o parcial del clítoris.

Mujer de 24 años procedente de Gambia. Etnia Sarahole.
MGF realizada en las primeras semanas de vida.
Parto asistido en el HCU de Zaragoza

- Tipus II: Escissió del prepuci i escissió total o parcial del clítoris i els llavis menors.



Dona de 21 anys procedent de Mali. Ètnia Wolof.
MGF realitzada als 3 anys d'edat.
Part assistit a l'HCU de Saragossa

- Tipo II: Escisión del prepucio y escisión total o parcial del clítoris y los labios menores.

Mujer de 21 años procedente de Mali. Etnia Wolof.
MGF realizada a los 3 años de edad.
Parto asistido en el HCU de Zaragoza

● **Tipus III o Infibulació:** S'extirpa clitoris, llavis menors i majors. Extirpació de tota la vulva i es cus deixant lliure només el meato urinari.



Dona de 29 anys procedent de Sudan.
MGF realitzada als 10 anys d'edat.
Part i desinfibulació intrapart realitzats a l'HCU de Saragossa

● **Tipo III o Infibulación:** Se extirpa clitoris, labios menores y mayores. Extirpación de toda la vulva y se cose dejando libre sólo el meato urinario.



Mujer de 29 años procedente de Sudán.
MGF realizada a los 10 años de edad.
Parto y desinfibulación intraparto realizados en el HCU de Zaragoza

● **Tipus IV o inqualificable:** Cauterització o introducció de substàncies corrosives a vagina amb posterior cicatrització i tancament.

El treball ja realitzat prèviament per part de l'equip investigador i voluntaris de Metges del Món Aragó amb població immigrant en formació d'agents socials en temes específics de salut sexual i reproductiva com control prenatal i assistència al part, cures del nou-nat o planificació familiar ha permès l'aproximació des d'una perspectiva d'igualtat a un tema tan delicat i problemàtic com la mutilació genital femenina. La interrelació i el contacte directe amb les mediadores seleccionades i la població diana així com els experts contactats (Adriana Kaplan, Birgitta Essen, Nahid Toubia) han obert nous fronts i opcions en la prevenció i

● **Tipo IV o inqualificable:** Cauterización o introducción de sustancias corrosivas en vagina con posterior cicatrización y cierre.

El trabajo ya realizado previamente por parte del equipo investigador y voluntarios de Médicos del Mundo Aragón con población inmigrante en formación de agentes sociales en temas específicos de salud sexual y reproductiva como control prenatal y asistencia al parto, cuidados del recién nacido o planificación familiar ha permitido la aproximación desde un plano de igualdad a un tema tan delicado y problemático como la mutilación genital femenina. La interrelación y el contacto directo con las mediadoras seleccionadas y la población diana así como los expertos contactados (Adriana Kaplan,

en el tractament de les complicacions de la MGF. Així, hem pogut realitzar una sèrie d'accions encaminades a la prevenció de l'esmentada pràctica, entre les quals consten:

1. Continuació en la formació dels/les agents en salut reproductiva, específicament en relació amb la MGF.

- Les mediadores estan informades que la pràctica de la MGF és un delicta a Espanya i saben que tampoc no és permisible o tolerable el viatge als seus països d'origen amb les nines perquè se'ls realitzi allà la mutilació.

- Han comprès els efectes perjudicials per a la salut que comporta la MGF, tant les conseqüències físiques a curt, mitjà o llarg termini com les conseqüències psicològiques, incrementades aquestes últimes pel fet de que les nenes nascudes a Espanya pugui ser que es desenvolupin com dones adultes al nostre país i per a elles sigui encara menys comprensible i de cap forma tolerable haver estat mutilades en comparar-se amb les seves futures companyes, amigues o col·legues espanyoles que no han sofert aquesta agressió.

2. Identificació de la població en risc de ser-li realitzada mutilació genital femenina (nomenades a l'HCU Saragossa les mares de les quals procedeixen d'àrees on aquesta pràctica és habitual). S'ha identificat a les mares procedents de regions o països on la mutilació genital femenina encara es practica. En alguns d'ells la pràctica està permesa i a d'altres, encara que es tracta d'un delicta, encara es continua realitzant per una part de la població.

Birgitta Essen, Nahid Toubia) han abierto nuevos frentes y opciones en la prevención y en el tratamiento de las complicaciones de la MGF. Así, hemos podido realizar una serie de acciones encaminadas a la prevención de dicha práctica, entre las que constan:

1. Continuación en la formación de los/las agentes en salud reproductiva, específicamente en relación con la MGF.

- *Las mediadoras están informadas de que la práctica de la MGF es un delito en España y saben que tampoco es permisible o tolerable el viaje a sus países de origen con las niñas para que se les realice allí la mutilación.*

- *Han comprendido los efectos perjudiciales para la salud que conlleva la MGF, tanto las consecuencias físicas a corto, medio o largo plazo como las consecuencias psicológicas, incrementadas estas últimas por el hecho de que las niñas nacidas en España puede que se desarrollen como mujeres adultas en nuestro país y para ellas sea todavía menos comprensible y de ninguna forma tolerable haber sido mutiladas al compararse con sus futuras compañeras, amigas o colegas españolas que no han sufrido esta agresión.*

2. Identificación de la población en riesgo de serle realizada mutilación genital femenina (recién nacidas en el HCU Zaragoza cuyas madres proceden de áreas donde esta práctica es habitual).

Aquelles mares que han donat a llum una nina o que han tingut un nin però tenen alguna filla en edat de poder ser-li practicada la mutilació se'ls posen en contacte amb les mediadores per a:

3. Transmetre els efectes perjudicials de la MGF directament a les poblacions de risc a través dels/les agents de salut.

S'han realitzat 39 entrevistes per part de les mediadores a les famílies identificades en el projecte on hi ha una o més nines amb risc que en el futur li sigui practicada la MGF. La dinàmica de l'enquesta reporta informació sobre l'acceptació o rebuig de la MGF per la família al mateix temps que transmet informació sobre els aspectes negatius de l'esmentada pràctica, tant en l'àmbit de la salut (física i psicològica de les nines, futures dones) com de la legalitat a Espanya on es tracta d'un delicte castigat per la llei.

Les enquestes o entrevistes han estat modificades i acceptades pels components de l'equip investigador i les mediadores amb la circumstància que en ocasions s'ha sacrificat alguna cosa del seu caràcter o metodologia més científica amb l'objectiu d'obtenir, a través d'una entrevista més oberta per part de les mediadores, una informació més real o directa sobre les circumstàncies personals de la MGF al mateix temps que aquestes podien transmetre en un mateix temps la major informació possible sobre les conseqüències negatives en tots els àmbits d'aquesta pràctica.

Se ha identificado a las madres procedentes de regiones o países donde la mutilación genital femenina todavía se practica. En algunos de ellos la práctica está permitida y en otros, aunque se trata de un delito, todavía se sigue realizando por una parte de la población. Aquellas madres que han dado a luz una niña o que han tenido un niño pero tienen alguna hija en edad de poder serle practicada la mutilación se les ponen en contacto con las mediadoras para:

3. Transmitir los efectos perjudiciales de la MGF directamente a las poblaciones de riesgo a través de los/las agentes de salud.

Se han realizado 39 entrevistas por parte de las mediadoras a las familias identificadas en el proyecto donde existe una o más niñas con riesgo de que en el futuro le sea practicada la MGF. La dinámica de la encuesta reporta información sobre la aceptación o rechazo de la MGF por la familia al mismo tiempo que transmite información sobre los aspectos negativos de dicha práctica, tanto en el ámbito de la salud (física y psicológica de las niñas, futuras mujeres) como de la legalidad en España donde se trata de un delito castigado por la ley.

Las encuestas o entrevistas han sido modificadas y aceptadas por los componentes del equipo investigador y las mediadoras con la circunstancia de que en ocasiones se ha sacrificado algo de su carácter o metodología más científica con el objetivo de obtener, a través de una entrevista más abierta por parte de

Principals conclusions de les enquestes

- La majoria de la població entrevistada és de Gàmbia, de l'ètnia Sarahole. Altres dones són de Senegal, Ghana, Nigèria, Mali, Mauritània, Congo, Sudan...
- Més del 90% són de religió musulmana però existeixen dones cristianes que també han sofert mutilació.
- La major part de les dones van ser circumcidades en edats molt primerenques. Tenen realitzada MGF tipus I o tipus II (només extirpació del clitoris o parcialment llavis menors). No guarden records associats a aquest moment.
- Quan la MGF es va realitzar més tardanament és més agressiva (extirpació total dels llavis menors o fins i tot s'han identificat tres casos amb tancament parcial del introito – ablació o infundibulització-) els records són negatius associats a dolor, sagnat i por...
- La majoria no van tenir una celebració posterior ni es va integrar la MGF en un ritu de passada. Només una dona refereix alegria associada a la pràctica per complir un deure religiós i social.
- El motiu més assenyalat és mantenir un costum, una tradició de la seva comunitat. Altres causes menys freqüents atribuïdes són motius religiosos i disminució de la promiscuïtat (per a fomentar la fidelitat conjugal de les dones).
- La majoria manté actualment una opinió contrària a la practica de la MGF envers les seves filles. No creuen que sigui una cosa necessària i és perillosa per a la salut.
- Segons la seva procedència ja eren contràries a la MGF. Unes altres han

las mediadoras, una información más real o directa sobre las circunstancias personales de la MGF al mismo tiempo que éstas podían transmitir en un mismo tiempo la mayor información posible sobre las consecuencias negativas en todos los ámbitos de esta práctica.

Principales conclusiones de las encuestas

- La mayoría de la población entrevistada es de Gambia, de la etnia Sarahole. Otras mujeres son de Senegal, Ghana, Nigeria, Mali, Mauritania, Congo, Sudán...
- Más del 90% son de religión musulmana pero existen mujeres cristianas que también han sufrido mutilación.
- La mayor parte de las mujeres fueron circuncidadas en edades muy tempranas. Tienen realizada MGF tipo I o tipo II (sólo extirpación del clitoris o parcialmente labios menores). No guardan recuerdos asociados a ese momento.
- Cuando la MGF se realizó más tardíamente es más agresiva (extirpación total de los labios menores o incluso se han identificado tres casos con cierre parcial del introito – ablación o infundibulización-) los recuerdos son negativos asociados a dolor, sangrado y miedo...
- La mayoría no tuvieron una celebración posterior ni se integró la MGF en un rito de paso. Sólo una mujer refiere alegría asociada a la práctica por cumplir un deber religioso y social.
- El motivo más señalado es mantener una costumbre, una tradición de su comunidad. Otras causas menos

conegut a Espanya la seva il·legalitat i els seus efectes perjudicials.

- Es tracta d'un tema tabú, del que no es parla pràcticament amb ningú, ni amb la família.
- En ocasions desconeixien que existís si més no la possibilitat de no ser mutilada. Alguna dona creia que totes les dones (fins i tot les espanyoles) estaven circumcides. Desconeixen l'anatomia normal de l'aparell genital femení.
- Els marits, la seva majoria, duen més temps a Espanya i són contraris a la MGF. En ocasions s'inhibeixen "és cosa de dones" i en unes altres són radicalment defensors de la seva tradició. Aquests casos estan sempre associats a una obligació de caràcter religiós. -
- L'únic benefici ressaltat és el de complir amb la religió. -
- Complicacions: Dolor, sagnat, infeccions, problemes sexuals encara que no en tots els casos.

4. Ampliar l'estudi a la població masculina investigant la seva percepció com gènere masculí sobre aquesta pràctica. Aquesta acció sobre la població masculina és la que menys s'ha desenvolupat i la qual ha presentat majors debilitats de tot el projecte a causa de les següents circumstàncies:

- Menor disponibilitat horària de la població masculina a causa del seu treball.
- Menor interès o en ocasions rebuig frontal al tractament del tema.
- Dificultat en la comunicació amb els personatges d'influència masculins de les comunitats (imants).

L'evolució durant aquests anys des de l'inici del projecte i el treball divulgatiu

frecuentes atribuidas son motivos religiosos y disminución de la promiscuidad (para fomentar la fidelidad conyugal de las mujeres).

- *La mayoría mantiene actualmente una opinión contraria a la practica de la MGF para con sus hijas. No creen que sea algo necesario y es peligroso para la salud.*
- *Según su procedencia ya eran contrarias a la MGF. Otras han conocido en España su ilegalidad y sus efectos perjudiciales.*
- *Se trata de un tema tabú, del que no se habla prácticamente con nadie, ni con la familia.*
- *En ocasiones desconocían que existiera siquiera la posibilidad de no ser mutilada. Alguna mujer creía que todas las mujeres (incluso las españolas) estaban circuncidadas. Desconocen la anatomía normal del aparato genital femenino.*
- *Los maridos, su mayoría, llevan más tiempo en España y son contrarios a la MGF. En ocasiones se inhiben "es cosa de mujeres" y en otras son radicalmente defensores de su tradición. Estos casos están siempre asociados a una obligación de carácter religioso.*
- *El único beneficio resaltado es el de cumplir con la religión.*
- *Complicaciones: Dolor, sangrado, infecciones, problemas sexuales aunque no en todos los casos.*

4. Ampliar el estudio a la población masculina investigando su percepción como género masculino sobre esta práctica.

Esta acción sobre la población masculina es la que menos se ha desarro-



Echo / Mali

sobre les conseqüències de la MGF ens fa pensar que existeix una corba d'inflexió en el pensament de les dones que ja duen un temps de residència a Espanya amb una tendència creixent a la desaprovació de la pràctica des del moment que coneixen, comprenen i reflexionen sobre els seus efectes perjudicials. El flux constant de noves immigrants impedeix pensar en una finalització temporal del projecte a curt termini.

llado y la que ha presentado mayores debilidades de todo el proyecto debido a las siguientes circunstancias:

- Menor disponibilidad horaria de la población masculina debido a su trabajo.
- Menor interés o en ocasiones rechazo frontal al abordaje del tema.
- Dificultad en la comunicación con los personajes de influencia masculinos de las comunidades (imanes).

La evolución durante estos años desde el inicio del proyecto y el trabajo divulgativo sobre las consecuencias

de la MGF nos hace pensar que existe una curva de inflexión en el pensamiento de las mujeres que ya llevan un tiempo de residencia en España con una tendencia creciente a la desaprobación de la práctica desde el momento que conocen, comprenden y reflexionan sobre sus efectos perjudiciales. El flujo constante de nuevas inmigrantes impide pensar en una finalización temporal del proyecto a corto plazo.

**7. DRETS SEXUALS I REPRODUCTIUS:
SANTA RITA-RITA-RITA, EL QUE ES DÓNA NO ES LLEVA**
*7. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:
SANTA RITA-RITA-RITA, LO QUE SE DA NO SE QUITA*

Nina Parrón, activista feminista i exvocal de gènere i DD HH.

No vull ser frívola amb un tema tan seriós, però la meva intenció amb el títol és alertar que els drets poden retrocedir si no els defensem. Perquè no són inamovibles, ni han estat sempre allà, encara que de vegades ens sembla que sí.

Els drets sexuals formen part dels drets humans més recents. Són els més fràgils, i difícilment no són una realitat per a la immensa majoria de les dones del món sencer, ja que bona part d'aquests es peguen cops amb preceptes religiosos. Com deia una feminista tunisenca, "de vegades, les dones ens hem d'enfrontar al mateix Déu", i això és així perquè un dels punts de la configuració de totes les societats es basa en el control de la capacitat reproductora de les dones, en el control dels seus cossos, i "el fruit del seu ventre". Des de temps immemorials, en totes les cultures.

Els homes tampoc no han gaudit de drets, però ells tenen la possibilitat de ser el "pater familias", ser l'amo i senyor a les quatre parets de les seves cases. Així, un adúlter és una cosa i una altra és ser adúltera. O ser promiscu i ser promíscua. De vegades, l'avortament és un delicte; en altres parts del món, és l'únic mètode anticonceptiu fomentat per l'Estat...

_ Molts dels problemes de salut de les dones passen pels drets sexuals: els matrimonis precoços que comporten els embarassos múltiples, amb els danys al cos, la malnutrició de mares

Nina Parrón, activista feminista y exvocal de género y DD HH.

No quiero ser frívola con un tema tan serio, pero mi intención con el título es alertar de que los derechos pueden retroceder si no los defendemos. Porque no son inamovibles, ni han estado siempre ahí, aunque a veces nos parece que sí.

Los derechos sexuales forman parte de los derechos humanos más recientes. Son los más frágiles, y difícilmente son una realidad para la inmensa mayoría de las mujeres del mundo entero, puesto que buena parte de estos se dan de golpes con preceptos religiosos. Como decía una feminista tunecina, "a veces, las mujeres debemos enfrentarnos al mismo Dios", y esto es así porque uno de los puntales de la configuración de todas las sociedades se basa en el control de la capacidad reproductora de las mujeres, en el control de sus cuerpos, y "el fruto de su vientre" Desde tiempos inmemoriales, en todas las culturas.

Los hombres tampoco han gozado de derechos, pero ellos tienen la posibilidad de ser el "pater familias", ser el amo y señor en las cuatro paredes de sus casas. Así, un adúltero es una cosa y otra es ser adúltera. O ser promiscuo y ser promíscua. A veces, el aborto es un delito; en otras partes del mundo, es el único método anticonceptivo fomentado por el Estado...

Muchos de los problemas de salud de las mujeres pasan por los derechos sexuales: los matrimonios precoces que conllevan los embarazos múlti-

precoces, la SIDA, les violacions, la prostitució...

M'estendré en la Història dels drets per mostrar que les dones han lluitat al llarg de la Història per la seva dignitat com a persones, que hi ha hagut homes que han advocat per la supressió de la seva discriminació, i que la ideologia dominant ha fet bon ús de les actituds filosòfiques més misògines legitimant el que les dones hàgim estat històricament fora de l'empara social. I que en tot aquest procés ha subjugat i subjeu, una gran violència.

Cultures tan diverses com la grega, l'egípcia, o la xinesa, que han coexistit en el temps, tenien qüestions en comú, entre elles que cap no considerava a les dones Ciudadanes, és a dir, Personas. Això és vital, perquè, si no es té realment consideració de Ciudadana, s'està molt més exposada a la violència, i no està prou protegit per les lleis. I això que, dins de "els diferents", les dones formem un grup

ples, con los daños al cuerpo, la malnutrición de madres precoces, el SIDA, las violaciones, la prostitución...

Me voy a extender en la Historia de los derechos para mostrar que las mujeres han luchado a lo largo de la Historia por su dignidad como personas, que ha habido hombres que han abogado por la supresión de su discriminación, y que la ideología dominante ha hecho buen uso de las posturas filosóficas más misóginas legitimando el que las mujeres hayamos estado históricamente fuera del amparo social. Y que en todo este proceso ha subyacido y subyace, una gran violencia.

Culturas tan diversas como la griega, la egipcia, o la china que han coexistido en el tiempo, tenían cuestiones en común, entre ellas que ninguna consideraba a las mujeres Ciudadanas, o sea, Personas. Esto es vital, porque, si no se tiene realmente consideración de Ciudadana, se está mucho más

expuesta a la violencia, y no está suficientemente protegida por las leyes. Y eso que, dentro de "los diferentes", las mujeres formamos un grupo especial: no somos una minoría, ni somos un colectivo. Somos el 50% de la población que cruza todos los demás grupos.



Echo/M. Osman/Marruecos

especial: no som una minoria, ni som un col·lectiu. Som el 50% de la població que creua tots els altres grups.

A la **II-il·lustració** es troba la legitimació dels Drets humans, però tots en mesura major o menor, exclouen les dones d'aquest concepte. Per exemple **Rousseau**, gran teòric de la igualtat concebuda com a igualtat econòmica i política, té clar que les dones no poden ser ciutadanes per la seva manifesta inferioritat, per la qual cosa l'educació de Sofia ha d'estar subordinada a servir als interessos de l'Educació d'Emili, el baró. La seva exclusió de la vida cultural, és, segons ell "perquè no tenen el mateix temperament ni caràcter; no han de tenir la mateixa educació, només aquelles que els convé aprendre."

I no és perquè, en aquestes mateixes dates, no hi hagués dones que amb els seus escrits i la seva experiència no ho desmentissin. I homes. **François Poulain de la Barre** deia cartesianament "la ment no té sexe", i que el que s'atribuïa a la naturalesa "no és sinó fruit del costum". **Condorcet** va defensar la igualtat de les dones en el pla de l'educació i la política. Escribia el 1790: "o cap individu del gènere humà no té autèntics drets o tots tenen els mateixos, qualsevol sigui el seu color, religió o sexe; els qui ho neguen, han abjurat per això mateix dels seus. Demano la total destrucció dels prejudicis que han establert entre els dos sexes una desigualtat de drets, funesta fins i tot per al sexe al qual afavoreix".

Arran de la revolució francesa, es va redactar **La Declaració Universal**

*En la **Il·lustració** se encuentra la legitimación de los Derechos humanos, pero todos en mayor o menor medida, excluyen a las mujeres de este concepto. Por ejemplo **Rousseau**, gran teórico de la igualdad concebida como igualdad económica y política, tiene claro que las mujeres no pueden ser ciudadanas por su manifestada inferioridad, por lo que la educación de Sofia debe estar subordinada a servir a los intereses de la Educación de Emilio, el varón. Su exclusión de la vida cultural, es, según él "porque no tienen el mismo temperamento ni carácter; no deben tener la misma educación, sólo aquellas que les conviene aprender".*

*Y no es porque, en esas mismas fechas, no hubiera mujeres que con sus escritos y su experiencia no lo desmintieran. Y hombres. **François Poulain de la Barre** decía cartesianamente "la mente no tiene sexo", y que lo que se atribuía a la naturaleza "no es sino fruto de la costumbre". **Condorcet** defendió la igualdad de las mujeres en el plano de la educación y la política. Escribía en 1790: "o ningún individuo del género humano tiene auténticos derechos o todos tienen los mismos, cualquiera sea su color, religión o sexo; quienes lo niegan, han abjurado por ello mismo de los suyos. Pido la total destrucción de los prejuicios que han establecido entre los dos sexos una desigualdad de derechos, funesta incluso para el sexo al cual favorece".*

*A raíz de la revolución francesa, se redactó **La Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano**, que quería decir estricta-*

dels Drets de l'Home i del Ciutadà, que volia dir estrictament drets dels homes propietaris, limitant-se aquest concepte a la relació individu-Estat i prevenint violacions en l'àmbit públic.

Les dones van ser al carrer, lluitant, des del primer moment. Quan van poder, els revolucionaris van prohibir a les dones lluitar al carrer. Es van organitzar **Clubs femenins** per reivindicar drets, **Olympe de Gougues**, redacta "**Els drets de la dona i de la ciutadana**", el 1792. Va acabar a la guillotina. A Anglaterra, per aquestes mateixes dates, **Mary Wollstonecraft**, va escriure la seva **Vindicació dels drets de les dones**, amb millor fortuna per al seu cap, almenys.

El 1793, la Convenció jacobina va dissoldre els clubs amb l'argument que les dones volien participació política i era perillós, perquè, de forma natural "estan més exposades a l'error, a la seducció i a l'exaltació"

El 1848, en EUA, un grup de dones subscriuen la "Declaració de Sèneca Falls", on demanen el dret al vot, l'accés a l'educació, abolició de l'esclavitud...

Està clar que no van deixar de demanar els seus drets...

Fem un repàs pels Drets Humans:

1.- Llibertat de pensament, d'expressió, de creences religioses garanties processals, dret d'associació i sufragi.... Eren els Drets Civils i Polítics. El seu compliment es materialitza fàcilment a través de la NO interferència estatal en les accions de

mente derechos de los hombres propietarios, limitándose este concepto a la relación individuo-Estado y previniendo violaciones en el ámbito público.

*Las mujeres estuvieron en la calle, luchando, desde el primer momento. En cuanto pudieron, los revolucionarios prohibieron a las mujeres luchar en la calle. Se organizaron **Clubs femeninos** para reivindicar derechos, **Olympe de Gougues**, redacta "**Los derechos de la mujer y de la ciudadana**", en 1792. Terminó en la guillotina. En Inglaterra, por esas mismas fechas, **Mary Wollstonecraft**, escribió su **Vindicación de los derechos de las mujeres**, con mejor fortuna para su cabeza, al menos.*

En 1793, la Convención jacobina disolvió los clubs con el argumento de que las mujeres querían participación política y era peligroso, porque, de forma natural "están más expuestas al error, a la seducción y a la exaltación"

En 1848, en EEUU, un grupo de mujeres suscriben la "Declaración de Sèneca Falls", donde piden el derecho al voto, el acceso a la educación, abolición de la esclavitud..."

Está claro que no pararon de demandar sus derechos...

Hagamos un repaso por los Derechos Humanos:

1.- Libertad de pensamiento, de expresión, de creencias religiosas garantías procesales, derecho de asociación y sufragio.... Eran los Derechos Civiles y Políticos. Su cumplimiento se materializa fácilmente a

l'individu: per això són Llibertats de Primera Generació i estan basats en el concepte de Llibertat. Tots aquests drets es gaudeixen en l'àmbit del públic, als quals siguin considerats ciutadans; les dones estaven en les cases en la seva immensa majoria, després no es beneficiaven de res. Només podrien haver-lo fet pel dret al sufragi, però l'hi van negar taxativament.

2.- Després van venir el dret a la vaga, a la sindicació, a la jornada de 8 hores, a la seguretat social...

Són els Drets socioeconòmics, de Segona Generació, estan basats en la Igualtat i impliquen la realització d'accions positives per al seu compliment, tant per part de l'Estat com dels individus. Tots aquests s'han anat incorporant a les Constitucions dels països, i, encara que existien reglamentacions específiques sobre les dones (treballs penosos o perillosos, però res van reglamentar sobre igual salari), aquestes seguien en desigualtat de condicions pel que fa als homes perquè activitats com les vagues o la sindicació es feien en el carrer. Els obrers van tenir molt interès, compartit pels patrons, pel "salari familiar", que feia que moltes dones obreres, tornessin a les seves cases, el problema és que allí no eren res, solament "la reina de la llar".

Des de finals del segle passat, van començar a reivindicar les sufragistes que fossin considerades ciutadanes, reivindicaven per a les dones els drets de la I generació. No va ser fins després de la II guerra mundial que es va aconseguir majoritàriament (França, p.e., va rebre 200 anys després que als homes).

través de la NO interferencia estatal en las acciones del individuo: por eso son Libertades de Primera Generación y están basados en el concepto de Libertad. Todos estos derechos se disfrutaban en el ámbito de lo público, a los que sean considerados ciudadanos; las mujeres estaban en las casas en su inmensa mayoría, luego no se beneficiaban de nada. Sólo podrían haberlo hecho por el derecho al sufragio, pero se lo negaron taxativamente.

2.- Luego vinieron el **derecho a la huelga, a la sindicación, a la jornada de 8 horas, a la seguridad social...** Son los Derechos socioeconómicos, de Segunda Generación, están basados en la Igualdad e implican la realización de acciones positivas para su cumplimiento, tanto por parte del Estado como de los individuos.

Todos estos se han ido incorporando a las Constituciones de los países, y, aunque existían reglamentaciones específicas sobre las mujeres (trabajos penosos o peligrosos, pero nada reglamentaron sobre igual salario), estas seguían en desigualdad de condiciones con respecto a los hombres porque actividades como las huelgas o la sindicación se hacían en la calle. Los obreros tuvieron mucho interés, compartido por los patrones, por el "salario familiar", que hacía que muchas mujeres obreras, volvieran a sus casas, el problema es que allí no eran nada, solo "la reina del hogar". Desde finales del siglo pasado, empezaron las sufragistas a reivindicar que fueran consideradas ciudadanas, reivindicaban para las mujeres los derechos de 1ª generación. No fue hasta



OMS/PViro/India

El 1945, l'ONU va redactar la **Carta de Drets Universals de les persones**.

Declara la fe en "els drets humans fonamentals, en la dignitat i el valor de la persona humana, en la igualtat de drets d'homes i dones..." Van firmar 160 persones. 4 eren dones... però la presidència l'exercia una dona molt compromesa amb la causa feminista, Eleanor Roosevelt. El 2 article es declara que "totes les persones" han de gaudir de drets i llibertats sense distinció. El terme "drets de l'home", el va canviar per "drets de tots els éssers humans".

1946 Queda establerta la Subcomissió de la Condició Jurídica i Social de la Dona. Per primera vegada en la Història, es discuteixen temes que s'havien considerat com estrictament privats, com costums i tradicions. Allà és on comencem a ser!

Encara així, el camí per al reconeixement del dret de les dones a controlar la nostra fecunditat, el nostre cos, ha estat molt llarg i difícil. I ni el seu compliment ni la seva permanència no estan en absolut garantits. I no pensem que situacions així es donen en

després de la II guerra mundial que se consiguí majoritàriament (França, p.e., casi 200 anys després que a los hombres)

En 1945, la ONU redactó la **Carta de Derechos Universales de las personas**. Declara la fe en " los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de

derechos de hombres y mujeres..." Firmaron 160 personas. 4 eran mujeres...pero la presidencia la ejercía una mujer muy comprometida con la causa feminista, Eleanor Roosevelt. En el 2 artículo se declara que "todas las personas" deben disfrutar de derechos y libertades sin distinción. El término "derechos del hombre ", lo cambió por "derechos de todos los seres humanos".

1946 Queda establecida la Subcomisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Por primera vez en la Historia, se discuten temas que se habían considerado como estrictamente privados, como costumbres y tradiciones. Ahí es donde empezamos a estar!

Aún así, el camino para el reconocimiento del derecho de las mujeres a controlar nuestra fecundidad, nuestro cuerpo, ha sido muy largo y difícil. Y ni su cumplimiento ni su permanencia están en absoluto garantizados. Y no pensemos que situaciones así se dan en países del llamado Tercer Mundo; hay gobiernos autonómicos

països del nomenat Tercer Món; hi ha governs autonòmics al nostre país que es resisteixen a proporcionar la "píndola del dia després" mentre prohibeixen la publicació d'uns manuals d'educació afectiu-sexual, com ha estat el cas en la nostra Comunitat autònoma fa uns mesos. La jerarquia catòlica se sol unir a la musulmana i a altres, per votar una i altra vegada contra tot el que faci olor a drets de les dones, especialment en el sexual i reproductiu, intentant immiscuir-se contínuament en les lleis dels Estats. Recorrem el camí fins als nostres drets sexuals i reproductius. En 1948 la salut és reconeguda com dret fonamental, però en relació a les dones, es limita a la salut matern-infantil, no es veu a les dones com subjecte de dret de la seva salut, doncs es pensa que està inclosa en les dels homes... Però és increïble la quantitat de diferències que hi ha, doncs els homes no pareixen. Són les dones a les quals els obliguen a matrimonis precoços per a evitar que es desmanin, i a embarassos continus que minen de manera irrevocable la seva salut. Són elles les quals suporten embarassos i parts continus de risc, són elles les quals per milions sofreixen les mutilacions genitals, a elles a les quals se'ls imposa l'avortament com únic mètode anticonceptiu quan els seus Estats no veuen pertinent invertir en altres mètodes –vegi's l'antiga URSS i altres països de l'Est- o que les empresonen si avorten en altres Estats... En fi, són a elles a les quals se'ls obliga a la esterilització obligatòria. En els inicis de l'ONU, es veia a les dones en qualitat de mares i cuidadores. Coherentment amb això, es parla de salut matern-

en nuestro país que se resisten a proporcionar la "píldora del día después" al tiempo que prohíben la publicación de unos manuales de educación afectivo-sexual, como ha sidlo el caso en nuestra Comunidad autónoma hace unos meses. La jerarquía católica se suele unir a la musulmana y a otras, para votar una y otra vez contra todo lo que huele a derechos de las mujeres, especialmente en lo sexual y reproductivo, intentando inmischuirse continuamente en las leyes de los Estados.

Recorramos el camino hasta nuestros derechos sexuales y reproductivos.

En 1948 la salud es reconocida como derecho fundamental, pero en relación a las mujeres, se limita a la salud materno-infantil, no se ve a las mujeres como sujeto de derecho de su salud, pues se piensa que está incluida en las de los hombres... Pero es increíble la cantidad de diferencias que hay, pues los hombres no paren. Son las mujeres a las que les obligan a matrimonios precoces para evitar que se desmanden, y a embarazos continuos que minan de manera irrevocable su salud. Son ellas las que soportan embarazos y partos continuos de riesgo, son ellas las que por millones sufren las mutilaciones genitales, a ellas a las que se les impone el aborto como único método anticonceptivo cuando sus Estados no ven pertinente invertir en otros métodos –véase la antigua URSS y demás países del Este- o que las encarcelan si abortan en otros Estados... En fin, son a ellas a las que se les obliga a la esterilización obligatoria.

En los inicios de la ONU, se veía a las mujeres en calidad de madres y cui-

infantil. No hi ha ni que dubtar que només es pensava en les dones al tractar temes de reproducció. És com si finalment anéssim com la verge Maria i la colometa... cap baró a la vista! Al ser "temes de dones", els homes es desenteniaven d'ells i no regressaven fins que no haguessin finalitzat aquests debats. En la dècada dels 70, a la calor de les lluites feministes, es comença a veure-les com contribuents actives del desenvolupament dels seus països, però pensen que impulsant la seva incorporació al sector productiu, s'aconseguirà la igualtat entre els sexes. Gens més lluny de la realitat, el que es va aconseguir és que treballéssim molt més i que seguíssim bàsicament en la nostra situació de subordinació.

I així van seguir les coses fins als 90, amb la Conferència del Cairo, on es recull el component social de la salut, posant èmfasi en l'exercici de drets sexuals i reproductius i s'impulsa el treball amb els dos sexes.

Es passa de la Planificació familiar i la salut matern-infantil, a la salut i drets sexuals i reproductius, i per tant, les morts i malalties materns són violacions als seus drets. Des de llavors, Baixar la fertilitat NO és un objectiu, sinó un INDICADOR d'una millor qualitat de vida de les persones.

El millor del Cairo és la inclusió de la salut sexual l'objectiu de la qual és el desenvolupament de la vida i les relacions personals i no la mera assistència i assessorament relacionats amb la reproducció i les ETS. Si ens basem en Planificació, se centren a oferir serveis per a la cura d'embarassos la anticoncepció, etc. Però es tracta d'abordar

dadoras. Coherentemente con esto, se habla de salud materno-infantil. No hay ni que dudar de que sólo se pensaba en las mujeres al tratar temas de reproducción. Es como si finalmente fuéramos como la virgen María y la palomita... ningún varón a la vista! Al ser "temas de mujeres", los hombres se desentendían de ellos y no regresaban hasta que no hubieran finalizado estos debates.

En la década de los 70, al calor de las luchas feministas, se empieza a verlas como contribuyentes activas del desarrollo de sus países, pero piensan que impulsando su incorporación al sector productivo, se conseguirá la igualdad entre los sexos. Nada más lejos de la realidad, lo que se consiguió es que trabajáramos mucho más y que siguiésemos básicamente en nuestra situación de subordinación.

Y así siguieron las cosas hasta los 90, con la Conferencia del Cairo, donde se recoge el componente social de la salud, poniendo énfasis en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y se impulsa el trabajo con los dos sexos.

Se pasa de la Planificación familiar y la salud materno-infantil, a la salud y derechos sexuales y reproductivos, y por consiguiente, las muertes y enfermedades materns son violaciones a sus derechos. Desde entonces, Bajar la fertilidad NO es un objetivo, sino un INDICADOR de una mejor calidad de vida de las personas.

Lo mejor del Cairo es la inclusión de la salud sexual cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no la mera asistencia y asesoramiento relacionados con la reproducción y las ETS. Si nos basa-

els aspectes vinculats a la sexualitat, a les relacions de gènere i de Drets, incloent les condicions culturals i econòmiques que subordinen a les dones, i es faran esforços per canviar les normes socials i conductes negatives per a la salut, l'educació, la sensibilització pública... I això està en perill no només a Burundi, per dir un país, sinó a tot arreu.

No hem de demanar, hem d'exigir, ja que són els nostres drets, i, com vaig pensar al escriure aquestes pàgines: Santa Rita...

En resum: Els drets sexuals i reproductius són part dels drets humans i la seva finalitat és que totes les persones puguin viure lliures de discriminació, riscos, amenaces, coercions i violència en el camp de la sexualitat i la reproducció.

El primer de tots és **el dret a la vida**, que en matèria de drets sexuals i reproductius té a veure amb el dret de les dones a no morir per causes evitables relacionades amb l'embaràs o part.

El segon és **el dret a la llibertat i seguretat**. Tant els homes com les dones tenen dret a decidir si tenen relacions sexuals o no, amb qui i amb quina freqüència. Això implica que **ningú pot ser forçat(a) per altra persona, ni tan sols pel seu cònjuge, a tenir relacions sexuals**. També inclou que tota persona té dret a expressar la seva preferència sexual i a triar el company(a) sexual i que cap dona pot ser forçada a tenir un embaràs o un avortament, ni a ser sotmesa a una intervenció sense el seu consentiment lliure i informat.

mos en Planificación, se centran en ofrecer servicios para el cuidado de embarazos la anticoncepción, etc. Pero se trata de abordar los aspectos vinculados a la sexualidad, a las relaciones de género y de Derechos, incluyendo las condiciones culturales y económicas que subordinan a las mujeres, y se harán esfuerzos por cambiar las normas sociales y conductas negativas para la salud, la educación la sensibilización pública... Y esto está en peligro no sólo en Burundi, por decir un país, sino en todas partes.

No debemos pedir, debemos exigir, puesto que son nuestros derechos, y, como pensé al escribir estas páginas: Santa rita ...

En resumen: Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

*El primero de todos es **el derecho a la vida**, que en materia de derechos sexuales y reproductivos tiene que ver con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto.*

*El segundo es **el derecho a la libertad y seguridad**. Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia. Esto implica que **nadie puede ser forzado(a) por otra persona, ni siquiera por su cónyuge, a tener relaciones sexuales**. También incluye que toda*

Un altre és **el dret de tota persona a la igualtat i a no ser discriminada**.

Això implica que a cap dona se li pot exigir prova d'embaràs per a accedir a una ocupació o concursar per a una beca, per exemple. Tampoc pot ser acomiadada del seu treball o establiment educatiu per estar embarassada. Cap persona requereix autorització del cònjuge o company(a) per a utilitzar algun mètode anticonceptiu (incloent el lligam de trompes o vasectomia).

El quart és **el dret a la privacitat**. És a dir, tota persona té dret que es respecti la seva intimitat i implica que els prestadors de serveis - consultoris, hospitals o centres assistencials- estan obligats a guardar el secret professional.

Un altre és **el dret a la llibertat de pensament**. Significa que ni la religió, ni el partit polític, ni la cultura han de limitar a la persona en la seva forma de pensar o actuar enfront de la seva vida sexual i reproductiva.

El sisè és **el dret a la informació i a l'educació**. Tota persona, des de primera edat té dret a ser educada i ha de tenir igual accés a informació oportuna i adequada sobre els serveis i mètodes de regulació de la fecunditat, malalties de transmissió sexual i tot el que es relacioni amb la seva vida sexual i reproductiva.

Un altre és **el dret a optar per contraure matrimoni o no, i a formar o no formar una família**. És a dir, tota persona, home o dona, té dret a triar si es casa o no es casa, quan i amb qui.

persona tiene derecho a expresar su preferencia sexual y a elegir el compañero(a) sexual y que ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto, ni a ser sometida a una intervención sin su consentimiento libre e informado.

Otro es el derecho de toda persona a la igualdad y a no ser discriminada.

Esto implica que a ninguna mujer se le puede exigir prueba de embarazo para acceder a un empleo o concursar para una beca, por ejemplo. Tampoco puede ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada. Ninguna persona requiere autorización del cónyuge o compañero(a) para utilizar algún método anticonceptivo (incluyendo la ligadura de trompas o vasectomía).

El cuarto es el derecho a la privacidad. *Es decir, toda persona tiene derecho a que se respete su intimidad e implica que los prestadores de servicios - consultorios, hospitales o centros asistenciales- están obligados a guardar el secreto profesional.*

Otro es el derecho a la libertad de pensamiento. *Significa que ni la religión, ni el partido político, ni la cultura deben limitar a la persona en su forma de pensar o actuar frente a su vida sexual y reproductiva.*

El sexto es el derecho a la información y a la educación. *Toda persona, desde temprana edad tiene derecho a ser educada y debe tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de regu-*

A més, cap persona està obligada a seguir casada ni unida a algú amb qui ja no és feliç.

El vuitè és **el dret a decidir si es tenen fills o no i quan tenir-los**.

Altres drets són **el dret a l'atenció i protecció de la salut**; tota persona té dret a gaudir d'una vida sexual satisfactòria, lliure de riscos i a desenvolupar la seva vida i relacions de parella en bones condicions.

El dècim és **el dret als beneficis del progrés científic**, a beneficiar-se dels avanços de la ciència i el progrés tecnològic i a disposar de mètodes anticonceptius moderns, segurs i acceptables per a regular la seva fecunditat i a estar informada sobre ells.

Un altre és **la llibertat de reunió i participació política**. Totes les persones tenen dret a organitzar-se per trobar el respecte, lliure exercici i garantia dels drets sexuals i reproductius. L'organització de grups que comparteixin els mateixos interessos (dones, joves, homosexuals, entre altres).

Finalment, el dotzè és **el dret de tota persona a viure una vida lliure de violència**; dret a no ser agredida, ni física ni verbalment, per la seva companya o company sexual, ni per cap altra persona i ningú pot ser forçat(a) a tenir relacions sexuals. En les relacions de parella ha de prevaler la igualtat, la llibertat i el respecte recíproc entre els seus integrants.

lación de la fecundidad, enfermedades de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.

Otro es **el derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar o no formar una familia**. Es decir, toda persona, hombre o mujer, tiene derecho a elegir si se casa o no se casa, cuándo y con quién. Además, ninguna persona está obligada a permanecer casada ni unida a alguien con quien ya no es feliz.

El octavo **es el derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos**.

Otro derecho **es el derecho a la atención y protección de la salud**; toda persona tiene derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre de riesgos y a desarrollar su vida y relaciones de pareja en buenas condiciones.

El décimo es **el derecho a los beneficios del progreso científico**, a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico y a disponer de métodos anticonceptivos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y a estar informada sobre ellos.

Otro es **la libertad de reunión y participación política**. Todas las personas tienen derecho a organizarse en busca del respeto, libre ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. La organización de grupos que compartan los mismos intereses (mujeres, jóvenes, homosexuales, entre otros).



Finalmente, el duodécimo es **el derecho de toda persona a vivir una vida libre de violencia**; derecho a no ser agredida, ni física ni verbalmente, por su compañera o compañero sexual, ni por ninguna otra persona y nadie puede ser forzado(a) a tener relaciones sexuales. En las relaciones de pareja debe primar la igualdad, la libertad y el respeto recíproco entre sus integrantes.

8. QUADERNS PUBLICATS
8. CUADERNOS PUBLICADOS

1. Timor: genocidi i esperança. (F. S'Oliver d'Estellenc)
2. Deute extern: la pobresa que ens enriqueix. (Paz con dignidad)
3. El món maputxe. (Carolina Manque)
4. 2000, Any de la Cultura de Pau i No-violència. (Arcadi Oliveres)
5. Anar de compres i canviar el món: comerç just, consum responsable. (S'Altra Senalla).
6. Experiències de cooperació. (Nou Sud, Veïns, STEI)
7. L'antiracisme en l'àmbit internacional: propòsits i realitats. (Joan Comas)
8. Burundi: mirant amb esperança el futur. (Veïns sense Fronteres)
9. Fòrum Social Mundial: un altre món és possible. (Francisco Vera)
10. Balcans, l'oblit còmplice. (Bòsnia Viva)
11. Situació a Colòmbia: una altra realitat. (CEPAC)
12. Veneçuela: de la tragèdia de Vargas a la inclusió social. Una experiència veneçolana de gestió associativa. (EFIP)
13. Contra la pena de mort. (Amnistia Internacional)
14. Salut reproductiva i cooperació per al desenvolupament. (Mallorca Solidària)
15. La lluita contra la sida a Àfrica. (Metges del Món)
16. El microcrèdit: a quines necessitats respon?. (F. Vicenç Ferrer)
17. La perspectiva de gènere a Àfrica. (Centre africà per les dones)
18. El conflicte del Sàhara Occidental. (Associació Poble Saharai)
19. Construir la pau: els conflictes oblidats i el nou conflicte global. (OIKOS)
20. Els camps de l'oblit. (Associació Catalana per la pau)
21. La mutilació genital femenina. (Direcció General de l'Oficina de Defensa dels Drets del Menor)

22. Accés a medicaments essencials: un dret per a totes les poblacions del món (Metges sense Fronteres)
23. Aproximació a la problemàtica dels infants, dels joves i de les “maras” en situació de risc a Nicaragua i al Salvador (Fundació Diagrama)
24. Globalització i migració: les dones musulmanes immigrants a Europa (Nadia Nair)
25. La situació de les maquiles a Centreamèrica (Fundació Pau i Solidaritat)
26. Perú: quan l'educació encara és esperança (Ensenyants Solidaris)
27. Indígenes (Survival Internacional)
28. Honduras: de la Serra de Tramuntana a la Serralada del Merendón” (Cruz Roja)
29. Objectius del mil·leni. Balenç 2005 (Coordinadora d'ONGD de les Illes Balears)
30. Educació pel desenvolupament, una estratègia de cooperació imprescindible (Coordinadora de ONGD para el Desarrollo-España)
31. La discapacitat dins el projecte integral de la Fundación Vicente Ferrer (Anantapur)
32. El turisme com a eina de desenvolupament (Joan Miralles Plantalamor i Antònia Rosselló Campins)
33. La convocatòria de Cooperants. Testimonis i experiències (Direcció General de Cooperació)
34. La dona invisible: la dona senegalesa com a motor de desenvolupament (Assemblea de Cooperació per la Pau)
35. Explotació sexual infantil (Unicef)

