5

Hezkuntza baliabideak

ALBOAN

Amen heriotza-tasa murriztea.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat

BFA DFB Bizkaiko Foru Aldundia Diputación Foral de Bizkaia

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

ETXEBIZITZA ETA GIZARTE GAIETAKO SAILA
Gizarte Gaietako Saiburuordetza
Garapen Lankidetzarako Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y ASUNTOS SOCIALES
Viceconsejería de Asuntos Sociales
Dirección de Cooperación al Desarrollo

Objetivos de Desarrollo del Milenio

Milurtekoko Garapen Helburuak

Argitalpen hau Milurtekoko Garapen Helburuei buruzko 9 koadernoz osatutako bilduma baten zati da. Gai honen inguruan sakondu nahi izanez gero bestelako material osagarria ere badugu (komikiak, posterrak, ikerketak...), eskaria gure bulegotan zein gure web orrian egin dezakezu.

Hezkuntza baliabideak ALBOAN

0. Milurtekoko Garapen Helburuak:
Aldaketarako tresna edo garapen gaingabetua? (2007)

1. Zero Pobrezia.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat. (2007)

2. Lehen Hezkuntza guztiontzako.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat. (2007)

3. Genero-berdintasuna sustatzea.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat. (2007)

4. Haurren heriotza-tasa murriztea.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat. (2007)

5. Amen heriotza-tasa murriztea.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat. (2007)

Amen heriotza-tasa murriztea. Helburu bat baino, garapen eskubide bat

Argitaratzailea:

ALBOAN

Aita Lojendio 2, 2. • 48008 Bilbo
Tel.: 944 151 135 • Faxa: 944 161 938
alboanbi@alboan.org

Barañain Etorbidea 2 • 31011 Iruñea
Tel.: 948 231 302 • Faxa: 948 264 308
alboanna@alboan.org

Erronda Kalea 7, 4. Ezk • 20001 Donostia
Tel.: 943 275 173 • Faxa: 943 320 267
alboangi@alboan.org

www.alboan.org

Egilea: Beatriz Zalacain Loyola, Anne-Marie Cuq eta ALBOAN

Data: Urria 2007

Itzulpena: Elhuyar

Diseinu eta maketazioa: Marra, S.L.

Inprimaketa: Lankopi S.A.

Lege-gordailua: Bi-2938/07

ISBN: 978-84-611-8448-1

Lan honen erreprodukzio partziala baimentzen da, beti ere helburu komertzialik ez badu eta iturburua aipatzen baldin bada.

Aurkibidea

Amen heriotza-tasa murriztea.
Helburu bat baino, garapen eskubide bat. Beatriz Zalacain 5

I. Aurrekariak 6

II. Osasunean eta pobrezian... 8

III. Ezberdintasunaren aldeak biziaren eta heriotzaren arteko muga markatzen du 9

IV. Zergatik hiltzen dira emakumeak 10

V. Milurtekoko Garapen Helburuen errealitatea: helburu horien benetako asmoak 18

VI. Helbururako aurrerapausoak 20

VII. Ondorioak 22

Bibliografia 24

Eztabaidarako eta ekintzarako galderak 26

Joan den astelehenean Sonia hil zen. Anne-Marie Cuq 27

Glosarioa 31

Amen heriotza-tasa murriztea Helburu bat baino, garapen eskubide bat

*Beatriz Zalacain**

Aita Jainkoa, Espiritu Santua, amen.

Aita Jainkoa, San Pedro Apostolua eta Gurutze santua; Zure etxera nator, har nazazu besoak zabalik.

Hemen nator zure alabarekin; opariari eta guzti bidali duzun alabarekin... Aita Jainkoa, Bederatzi egunetara edo bederatzi hilabeteetara heltzen bada, Ondo atera dakizula dena, Ez dezatela har bekaizkeriak edo deabruek; Aita Jainkoa, Ama Maria, Jesukristo Jauna, Ama Virginia, hemen nago, zuen aurrean belaunikatua, zure itzalean, bederatzi egunetara edo bederatzi hilabeteetara heltzen denean gonbito-arazoak izan ez ditzan eskatzera, ez dezan karranparik izan, bederatzi egun eta bederatzi hilabeteak igarotakoan, erditzen denean, dena ongi atera dadila... ez dadila bekaizkeria hel, ez daitezela deabruak hel, ez ditzala zure seme-alaben bekaizkeriak izan, ez ditzala izan edo pasatu; eta odoljarioaz ere ez dadila joan eta ez dezala zure alaba mindu erditzean.

Pozik eta alai egon dadila, ez dezala minik izan, ez dadila aldatu, ez dadila erori ez dadila bere bizitza eten erditzeagatik.

Margarita Perez (Mexiko) hi-lol eta emaginaren otoitz-zatia

"Haurdunaldia ondo joan dadin"[1].

---

* Beatriz Zalacain, gizarte langilea eta Volpa boluntaio ohia, 7 urtez El Salvadorren egon da Bizitzarako eta Duintasunerako Emakume Elkartearekin elkarlanean. Gaur egun Garaipen elkartean lan egiten du Emakumeentzako Lidergo Eskola koordinatzen.

[1] FREYERMUTH, G. DESACATO: Los rezos, elemento para la prevención de las complicaciones del parto en los Altos de Chiapas. z. 20, Mexico, 2006.

I. Aurrekariak

1994an, Biztanleriari eta Garapenari Buruzko Kairoko Konferentziako Ekintza Plana berretsi zuten 178 estatuk, 20 urteko epearekin. Garapenaren eta biztanleriaren inguruko politiken bidez gizon eta emakumeen bizitza-kalitatea hobetzera bideratuta zegoen. Hauek ziren alderdi nabarmenenak:

1. Ezartzen du sexuen arteko zuzentasuna eta berdintasuna, emakumeen eskubideak eta emakumeek beren emankortasuna kontrolatzea direla biztanleriaren eta garapenaren planen giltzarri.

2. 2015erako amen heriotza-tasa hiru laurden murriztea hartzen du lehentasunezko helburutzat.

3. Herritar guztientzat, nerabeak barne, sexu- eta ugaltze-osasunari buruzko kalitatezko zerbitzu eta informazio integralak hornitzea eskatzen du.

2000. urtean, New Yorken Nazio Batuek duten egoitzan elkartu ziren Estatuburuak eta Gobernuburuak, Milurtekoko Gailurra deritzonean, eta mundu justuagoa, bakezaleagoa eta zoriontsuagoa lortzeko konpromisoa hartu zuten. Milurtekoko Adierazpena izeneko dokumentuan islatu zen hori guztia.

Pobrezia murrizteari eta garapen-adierazleei buruzko helburuen zerrenda bati dagokio dokumentuaren atal bat; 2015rako bete behar dira helburu horiek. Bestelako Adierazpen edo Ekintza Programekiko konpromiso berriak gehitzen ez baditu ere, zenbakarriak eta betetzeko epea duten helburuak izatean datza dokumentu horren balio nagusia. Horiek dira Milurtekoko Garapen Helburuak (MGH).

Horien artean dago amen osasuna hobetzea, eta, horretarako, **1990 eta 2015 artean amen heriotza-tasa hiru laurden murrizteko** helburua ezarri da. Sexu- eta ugaltze-osasunari dagokionez, Populazioari eta Garapenari Buruzko Kairoko Konferentziako Ekintza Planean ezarritako helburua berretsi zuen Milurtekoko Adierazpenak.

Argi dago giza garapenaz hitz egitea baino gehiago eskatzen dutela MGHek. Aurrerapena islatzen duten arren, zertxobait sinplista eta erredukzionistatzat har daiteke ikuspegi hori. Azken batean, helburu horiek lortzeak ez dakar herrien eta pertsonen artean dauden garapen-ezberdintasunak gainditzea, baina aurrerapauso bat da.

Bi dira amen osasuna hobetzearekin lotutako adierazleak: amen heriotza-tasa eta osasun-langile espezializatuen laguntza behar duten erditzeak.

Haurdunaldiaren ondorioz gertatzen diren emakumeen heriotzei dagokie amen heriotza-tasa, erditzearen aurretik nahiz ondoren izan. Bizirik jaiotako ehun mila haurreko, arrazoi horregatik hiltzen diren emakumeen kopurua da amen heriotza-tasa.

Milurtekoko beste helburuak lortzearekin zuzenean edo zeharka lotuta dago helburu hori, zalantzarik gabe erlazioa dutelako. Eta, aldi berean, beste MGH batzuk lortu ahal izateko oso alderdi garrantzitsua da amen osasuna hobetzea. Hain zuzen, giza garapenaren beste arloen neurgailua da amen eta haurren osasuna, 2005eko Milurtekoko Gailurreko Azken Dokumentuak aipatzen duen bezala. Dokumentu horretan, sexu- eta ugaltze-osasuna estrategien artean txertatzea gomendatzen da, MGHak lortzeko gako gisa.

> *"Erditzean hil zen ama, haurra ez zen jaio; amak berekin eraman zuen. Nire aitak dio emaginak ez zuela atera nahi izan; erditzea ondo zegoela esan zion. Botika bero asko eman zioten. Hilabete batzuk lehenago odol asko galtzen zuen amak, eta aitak galdetu zuen ea normala zen hilekoa aurreratzea; komunitateko emakumeek baietz erantzun zioten, haiei beren haurdunaldietan gertatzen zitzaien eta. 45 urterekin, gutxi gorabehera,hil zen ama. Hamar semealaba izan zituen. Lau ahizpa gara, eta Rosita. Hura ere hil zen. Nik ez nuen seme-alabarik izan nahi; horrela hiltzearen beldur naiz". (*Cecilia, Ocosingoko emakume tzeltal-a, Txiapas, Mexiko).

Ugaltzeko adinean dauden emakumeen heriotza-arrazoi nagusienen artean daude haurdunaldiarekin eta erditzearekin lotutako arazoak. Kalkuluen arabera, urtean bostehun eta hogeita bederatzi mila emakume inguru hiltzen dira haurdunaldian eta erditzean izandako arazoengatik; beraz, minutu oro emakume bat hiltzen da munduan arrazoi obstetrikoengatik eta, zalantzarik gabe, icebergaren muturra dira heriotza horiek. Garatze-bidean dauden herrialdeetan gertatzen dira heriotza horien %99, hau da, emakume (baita neska eta nerabeak ere) pobreak hiltzen dira arrazoi horregatik. Mundu garatuan, nekez hiltzen dira edo nekez izaten dituzte emakumeek haurdunaldiak eragindako minusbaliotasunak.

Gainera, zortzi milioi emakumek, gutxienez, arazo larriak izaten dituzte haurdunaldian edo erditzean. Osasunerako arrisku handiak eta bizitza osorako arrastoak dakarzkie horrek.

Txarrena da heriotza gehienak saihestu litezkeela baieztatzeko adostasuna dagoela. 2005eko Giza Garapeneko Txostenaren arabera, kostu gutxiko ekimenen bidez heriotzen hiru laurdenak saihestu daitezke gutxi gorabehera.

2000. urterako amen heriotza-tasak, eskualdeka:

Saharaz hegoaldeko Afrikan sei emakumetik batek arrisku handia du haurdunaldian edo erditzean hiltzeko; herri aberatsetan, ordea, 4.000tik 1ek. Zehatzago esateko, Nigerian 18 emakumetik batek haurdunaldiarekin lotutako arrazoiengatik hiltzeko arriskua du. Kanadan, ordea, 8.700 emakumetik bati baino ez zaio gertatuko.

Eskualdeao	2000ko AHT*
Afrika	830
Asia	330
Europa	28
Latinoamerika eta Karibe	190
Ipar Amerika	0
Ozeania	240
Mundua	400

***AHT** Amen heriotza-tasa.

"Mikrobioa ez da ezer; erabakigarriena lurraldea da." (Louis Pasteur).

II. Osasunean eta pobrezian...

Oinarrizko osasun-arreta jasotzeko ezintasuna da pertsona pobreek pobreziatik ateratzeko duten oztopo handienetariko bat. Diru-sarrera eskasak dituzten herrialde gehienetan, osasun-zerbitzuetako gastua urteko 10 dolar baino gutxiagokoa da pertsonako.

Munduan urtean zehar osasunari buruzko ikerketetan berrogeita hamasei mila dolar baino gehiago gastatzen den arren, %10 baino gutxiago bideratzen da munduko biztanleen %90i baino gehiagori erasaten dioten osasun-arazoetara. Garatze-bidean dauden herrialdeetan arazo larria diren gaixotasunek osasun-ikerketako munduko aurrekontuaren %1 baino gutxiago jasotzen dute. Hau da, ordaintzeko gai direnei bideratuta dago osasunarekin lotutako ikerketako inbertsioa.

Afrikan, familiak beren baliabide eskasak erabiltzera behartzen ditu gaixotasunak ezartzen duen zamak. Gainera, pobreziatik ateratzea eragozten dieten ugaltze- eta heriotza-tasa altuetara lotuta daude.

Egunean, minutu bakoitzeko bi pertsona hiltzen dira paludismoak jota; batez ere, 5 urtetik beherako umeak eta haurdun dauden emakumeak.

Hego Afrikako hiri kaltetuenetan, seropositiboa da haurdun dauden emakumeen %40. Eskualde horretan bertan, 10 umetik batek baino gehiagok galtzen du ama HIESaren ondorioz. 2010ean, 40 milioi umezurtz egongo dira HIESa dela eta. Eskolara joateko eta txertoak hartzeko aukera gutxiago izango dituzte ume horiek, desnutrizio-arazo larriak pairatuko dituzte eta, jakina, hiltzeko arriskua izango dute.

III. Ezberdintasunaren aldeak biziaren eta heriotzaren arteko muga markatzen du

Ama izateagatik emakumeak bizia gal dezan arriskua ikaragarri handitzen du pobreziak. Munduan dauden muturreko ezberdintasunak zehazten dituen adierazlea da amen heriotza-tasa. Hona hemen horren adibide garbia: herrialde pobreetako amen heriotza-tasa herrialde aberatsena baino ehun aldiz handiagoa da. Osasun-arazorik handiena eta generoaren ez-ekitatearen adierazpen nagusia izan dira amen heriotza-tasa altuak.

Amen eta haurren heriotzak gertatzen diren arloa zehazten dute baliabideen eta boterearen banaketan dauden ezberdintasunek. desnutrizioa, urik eskuratu ezina, higienerik eza, botererik eza, baliabide ekonomikorik eza, lanik eza... Genero-ezberdintasunarekin eta emakumearen egoerarekin oso lotuta daude oztopo horiek.

Herrialde garatuetan nahiz garatze-bidean dauden herrialdeetan, osasun publikoa eta amen eta haurren osasuna hobetzen lortutako esperientziak amen osasuna hobetzeko irakaspenak eman ditu hamarkada askotan. Baliabide publikoak pertsona pobreenetara eta genero-, adin- eta arraza-arrazoiengatik sozialki baztertutako taldeetara gehiago bideratzeko premia da irakaspen garrantzitsuenetariko bat.

"Urteak daramatzat Nueva Palmirako (Uruguai) ospitale batean sendagilelanetan. Berak 16 urte zituen, eta gauez bularra ematen zion 6 hilabeteko ume

bat zuen. Ez zuen senargairik. Hilekoa atzeratu zitzaion. Berriro haurdun egoteko beldur handia zuen. Pilula bat zeukan, aspalditik. Flaviak ez zuen inoiz izan sexu- eta ugaltze-hezkuntza jasotzeko aukerarik.

Nueva Palmirako Ospitalean hartu nuen goiz goibel bateko hamaika eta erdietan, orain dela urtebete eta bi egun. Ordubete lehenago hartu zuen pilula. Sabeleko min handia zuen, beherako ugaria eta gonbito geldiezinak. Pozoia saldu zion eta plagizidaren izenaren berri eman ziezaiokeen albaitaria alde egina zen. Ginekologoak Flaviaren bagina garbitu zuen. Pilula egon zen tokian geratu zen ultzera egiaztatu eta erakutsi zidan. Pultsua galtzen ari zen, eta ezin zitzaion presioa neurtu. Gu bezain nahastua zegoen toxikologiako medikua. Hotz handia zuen Flaviak. "Mina dauka bularrean" - esan zidan amak. "Lasai, larritasunagatik izango da". Ohea gordeta zuen TIZ[2] hurbilenean, eta, paperak betetzen genituen bitartean, Montevideotik ohar bat heldu zitzaigun, substantzia hori Aluminio Fosfuroa –oso plagizida eraginkorra– zela esanez.

*Goizeko 6etan bihotz-gelditzea izan zuen Flaviak. 16 urte zituen, 6 hilabeteko ume bat eta beldur handia. Ez zuen laguntza legalik, sozialik, ekonomikorik, kulturalik, ezta medikurik ere. Bertako astekariak asteburu hartan esan zuen Flavia, autopsiaren arabera, pozoiaren eragin zuzenen ondorioz hil zela eta, gainera, garbi utzi zuen ez zegoela haurdun. (*Rosario Echagüe Dk., 2003ko abuztuaren 16a, Uruguai).

IV. Zergatik hiltzen dira emakumeak

Hauek dira munduko amen heriotza-tasaren arrazoi nagusiak:

- Odoljario gogorrak (%25).
- Infekzioak (%15).
- Abortu ez-segurua (%13).
- Eklanpsia[3] (%12).
- Erditze-buxadura (%8).
- Anestesiarekin, enboliarekin eta abarrekin lotutako bestelako arazoak (%8).

[2] Tratamendu Intentsiboko Zentroa.

[3] Haurdunaldian gertatzen den arteria-hipertentsioa, batez ere lehenerdietan edo haurdun dauden emakume nagusiengan. Kontrolatu ezean, konbultsioak eta istripu kardiobaskularrak ager daitezke.

Paludismoa da haurdun dauden emakumeek pairatzen duten beste arrisku bat. Bestalde, Hegoaldeko Afrikan eta antzeko herrialdeetan, amen heriotza-tasaren eragile nagusia da GIBa.

Amen heriotza-tasa murrizteko helburua oso lotuta dago arazo horiei modu seguruan ekitea ahalbidetzen duten jarduerekin, hau da, arazo hori duten emakumeei osasun-arreta eskuragarria, egokia eta kalitatezkoa ematearekin. Baina, horretarako, beharrezkoa da aztertzea emakumeak odoljario gogorrak eta infekzioak izatera eta arrisku-egoeretan abortatzera, paludismoa edo GIB-HIESa jasatera daramatzaten arrazoiak zein diren.

Beraz, arrazoiak aipatzean, arrisku-egoerak sortzen dituzten egiturazko arrazoietan sakondu behar dugu; azken batean, amei osasun-arretarik ez emateagatik, heriotza dakarte egoera horiek. Horretarako, berehalako, bitartezko eta azken buruko adierazle determinatzaileen arteko banaketa egin dezakegu.

Haurdunaldiko, erditzeko eta erditze ondoko arreta programa eta zerbitzuak dira **berehalako adierazle determinatzaileak**.

Osasun-zerbitzuak eskuratzeko baldintza orokorrekin lotuta daude **bitartezko adierazle determinatzaileak**, batez ere, ugaltze-osasuneko eta familia-plangintzako zerbitzuak. Sexu- eta ugaltze-osasuna sustatzeko eta aurre egiteko zerbitzuak modu egokian eskuratzea ezinbestekoa da nahigabeko haurdunaldiak saihesteko.

Alderdi sozio-ekonomikoekin lotuta daude **azken buruko adierazle determinatzaileak**, hala nola: diru-sarrera eta banaketa-ekitateko mailak, eskualdeko azpiegitura soziala (ura, estolderia, gizarte-egoera, osasun-zerbitzuen gertutasuna, etxeko eta laneko giroa), hezkuntza-mailak, elikatze eta nutrizio egokia eskuratu ahal izatea, jatorri etniko eta kulturala, genero-ekitatea eta sexu- eta ugaltze-osasunaren kondizioak sortzen diren ingurune soziala eratzen duten bestelako alderdiak.

Hortaz, amen osasuna hobetzeko helburua zuzenean lotuta dago sexu- eta ugaltze-osasuneko kondizioen berehalako, bitartezko eta azken buruko determinatzaileetan kondizio hobeak sustatzen dituzten jarduerekin.

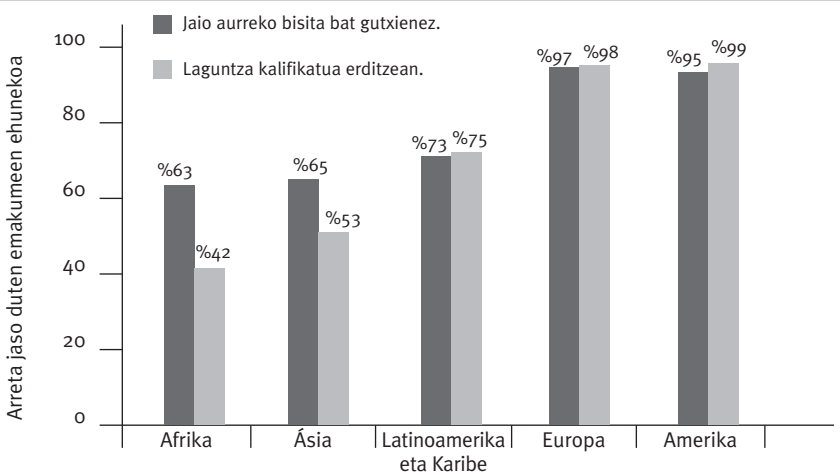
a. Berehalako determinatzaileak:

Emakumeen eta haien seme-alaben biziak salbatzeko ezinbestekoa da haurdunaldian, erditzean eta jaiotzearen ondorengo lehenengo hilabetean arreta berezia jasotzeko aukera izatea.

Alderantzizko korrelazioa dago amen heriotza-tasen handitasunaren eta langile espezializatuek erditzeari emandako estalduraren artean.

Heriotza eta minusbaliotasun gehienei aurre egin dakieke; izan ere, haurdunaldian eta erditzean izandako arreta eskasak eragindakoak izan ohi dira nagusiki.

Amen arreta, kontinenteka



Garatze-bidean dauden herrialdeetako emakumeen %35ek, gutxienez, ez du erditu aurretik arretarik jasotzen, eta %50 ondoan pertsona gaiturik ez duela erditzen da. Tasa hori %65era iristen da Hego Asian. Ondorengo sei asteetan %70ek ez du erditze-osteko arretarik jasotzen. Horren ondorioz, haurdunaldian hipertentsio-asalduak gertatzen dira, besteak beste, eta horrek gaixotasunak eta heriotza ekar ditzake, eta oharkabean pasatzen diren desnutrizio-kasuak. Haurdun dauden emakumeen burdina-faltagatiko anemiarekin lotura du urtero ehun eta hamaika mila emakume hiltzeak.

Mundu garatuan, nekez hiltzen dira edo nekez izaten dituzte haurdunaldiak eragindako minusbaliotasunak emakumeek. Tratamendu egokia eta atzerapenik gabekoa jasotzea da arrazoi nagusietako bat.

Emakumeen biziarentzat arriskutsuagoa da erditu aurreko garaian, erditzean eta erditu ondorengo egunetan arretarik ez jasotzea, epe horretan emakumearen bizia arriskuan jar dezaketen arazoak sortzeko aukera gehiago dagoelako.

Bestetik, haurdunaldien eta erditzeen %15ek larrialdiko arreta obstetrikoa behar dute, aurreikusi ezin diren arazoak direla eta.

Amen arretari buruz ari garenean, bi alderdi hartu behar dira kontuan: osasun-zerbitzuen eskuragarritasuna eta kalitatea.

Zergatik ez dituzte eskura emakumeek osasun-zerbitzuak?

Distantzia: Ospitale hurbilenetik oso urrun bizi dira emakume nekazari gehienak. Noski, horrek esan nahi du ez daudela behar beste eta daudenak hiriguneetan daudela. Ibilgailu gutxi egoteak (baten bat baldin badago), errepideen egoera kaskarrak, gasolina ordaintzeko dirurik ezak edo auzoko batek eramatea adosteak adierazten dute garraiobide nagusia oinez joatea dela.

Kostu altua: Tarifak baxuak edo zerbitzua doakoa izanda ere (eta hori ez da oso ohikoa gaur egun), milioika emakumek ezin dituzte osasun-zerbitzuak erabili. “Borondatezko kuota” deritzenekin mozorrotu ohi dira ordainketak, zerbitzua mantentzen laguntzeko. Kontua da kuota ordaindu ezean ez dagoela zerbitzurik. Hona hemen eragina duten bestelako gastuak, aurreikusi gabeak: garraioa, janaria edo senideentzako ostatua. Garrantzitsua da hitz egitea zerbitzu publikoak pribatizatzearen fenomenoaz, munduan hedatzen ari baita eta, kasu honi dagokionez, osasuna pribatizatzeaz, horren ondorioz enpresek irabazi handiak lortzen baitituzte eta herritarren onurak eta eskubideak murrizten baitira. Hau da, zerbitzuetan kostu handiagoak eta emakumeentzat heriotza gehiago.

Informaziorik eza: Komunitateko emakume eta kide askok ez dakite haurdunaldiaren arazoak hautematen, horiei aurrea hartzen edo tratatzen, edo ez dakite noiz edo nora joan laguntza eske. Ghanan, haurdunaldiko arazoen ondorioz hil ziren emakumeen %64 herriko petrikilo batenera joan ziren laguntza eske, osasun-zentro batera joan beharrean. Kostua eta emakumea hain gaixorik

zegoela uste ez izana ziren ospitalera ez joateko familiek eman zituzten arrazoietako batzuk.

Kultura-lehentasunak: Osasun-zerbitzuek askotan ez dituzte aintzat hartzen eskualdeko alderdi kulturalak. Ekuadorreko Saraguro indiarrak dira horren adibide: uko egiten diete ospitaleek eskaintzen dituzten amen osasun-zerbitzuei, erditzean emakumeen pribatutasuna apurtzea iruditzen zaielako eta arreta eskaintzen dieten gehienak gizonezkoak direlako.

Erabakitzeko ahalmenik eza: Emakumeen erabakitzeko ahalmena mugatua da munduko alde askotan, baita beren osasunaren inguruko kontuetan ere. Bangladeshen, oro har, amaginarrebak edo senarrak erabakitzen du laguntza eskatu behar den edo ez.

Osasun-zerbitzuak ez dira egokiak

Batetik, oso gutxi direlako eta, bestetik, ekipamenduak, botikak, oinarrizko hornidurak eta langileak falta direlako kaltetuak dira garatze-bidean dauden herrialdeetako osasun-unitateak. Erditzen ari diren emakumeen familiek erosi eta ospitalera eraman behar izaten dituzte batzuetan botikak edo bestelakoak. Horrek atzerapenak eragin ditzake (eta hori, kasurik onenean, hau da, erosteko aukera dutenean).

Bestalde, osasun-unitateetako langileak askotan ez daude ondo prestatuta. Maiz gertatzen da osasun-langileak adeigabeak eta oso ulerkorrak eta txeratsuak ez izatea; horregatik, emakume askok nahiago izaten dute ohiko emaginen eta petrikiloen zerbitzuak jasotzea, pertsona hurbilagotzat hartzen eta sentitzen dituztelako.

Pribatutasunik ezak, egoera txarrek, higienerik ezak, ordutegi desegokiak eta osasun-zerbitzuan emakumearekin egon daitezkeen pertsonei buruzko murrizketek ere eragin dezakete.

Komunitateetako osasun-unitateetatik ospitaleetarako lekualdaketetan gertatzen diren atzeratzeak dira amei premiazko arreta emateko beste oztopo nagusietako bat.

Hortaz, osasun-zerbitzuez baliatzeko aukerak eta kalitatea hobetzea da emakumeen bizia salbatzeko modurik azkarrena eta kostu gutxien duena.

Langile espezializatuek erditzeetan eskainitako arretaren tasak, larrialdietako zerbitzu obstetrikoak eta jaio aurreko eta jaio ondorengo arreta eskuratzeko aukerak handitzea dira erronkarik handienak.

b. Bitartezko determinatzaileak:

Pobreenak diren eta ugalkortasun handia duten herrialdeek behar dituzte amen heriotza-tasa murrizteko programa integratuak; izan ere, korrelazio bat dago amen heriotza-tasaren eta ugalkortasun-tasen artean (alde pobreenetan gertatzen dira ugalkortasun-tasarik altuenak).

Heriotza-mailetan duten eginaz gainera, nerabeen portaera negatiboekin, besteak beste, **haurdunaldi-tasa altuak** lotuta daude ugalkortasun-tasa handiak. Nabarmendu behar da talde indigenenen tasak altuagoak direla, eta horiek, duten egoera sozio-ekonomiko larriaz gainera, aukera gutxiago dutela sexu eta ugaltze-osasun zerbitzuak eskuratzeko. Guatemala da horren adibide. Han, emakume indigenen ugalkortasun-tasa 6,8 semekoa da; emakume ez-indigenena, berriz, 4,3koa da.

Amen heriotza-tasetan eragin negatiboa du ***f*amilia-plangintzako eta kontrazepzio-metodoei buruzko informaziorik ezak.** Baztertze sozial, etniko eta kulturalaren mailan eragin handia dauka antisorgailuen erabilerak. Guatemalako herritar indigenen artean, %9,6k baino ez du erabiltzen antisorgailuren bat; herritar ez-indigenen artean, ordea, %43,3k.

Eskoletan sexu- eta ugaltze-hezkuntzari buruzko programarik ez dagoenez eta gazteek ez dutenez antisorgailuak lortzeko aukerarik, nerabeen arteko haurdunaldi-tasak asko hazten dira.

Amen heriotza-tasa murrizteko, berriz, eragin positiboa du, zalantzarik gabe, **haurdunaldiak bakantzeak. Sexuaren bidez transmititzen diren gaixotasunak** direla medio, kutsatze-tasa handiagoak dituzte ugalkortasun-tasa handiagoa duten eta antisorgailuak gutxiago erabiltzen dituzten herrialdeek. Eta, jakina, gaixotasun kutsagarriek nabarmen handitzen dute amen heriotza-tasa.

Ugalkortasuna erregulatzeko informazioa eta baliabideak dira amen heriotza-tasa murrizteko bitarteko determinatzaile nagusiak; izan ere, haurdunaldien bakantzea areagotzen dute, neskatilen hezkuntza ahalbidetzen dute, eskoletan sexu- eta ugaltze-hezkuntzako programak gehitzen ditu eta nerabeen haurdunaldiak gehitzea saihesten dute.

c. Azken buruko determinatzaileak:

Alderdi sozio-ekonomikoekin lotuta daude **azken buruko adierazle determinatzaileak**, hala nola diru-sarrera eta banaketa-ekitateko mailak, eskualdeko azpiegitura soziala (ura, estolderia, gizarte-egoera, osasun-zerbitzuen gertutasuna, etxeko eta laneko giroa), hezkuntza-mailak, elikatze eta nutrizio egokia eskuratzeko aukera, jatorri etniko eta kulturala, genero-ekitatea eta sexu- eta ugaltze-osasunaren kondizio egokiak dituen ingurune soziala eratzen duten bestelako alderdiak.

Lehenago aipatu bezala, herrien garapen ekonomikoa, familien diru-sarrerak eta oinarrizko zerbitzuak izateko gizarte-bazterkeria dira amen heriotza-tasa altuen oinarria. Pobrezia, urik eskuratu ezina, desnutrizioa, hezkuntza jasotzeko aukerarik eza, etxeko indarkeria, gatazka armatuak eta, oro har, bizitzeko kondizio txarrak dira heriotza horiek gertatzeko eragile nagusiak.

Arrisku-faktoreak murrizteko, eragin handia du **hezkuntzak.** Jaio aurreko eta jaio osteko arreta asko hobetzen du neskatoek sei urtez edo gehiagoz hezkuntza jasotzeak. Autoestimu hobea dute, GIBa kutsatzeko eta indarkeria eta esplotazioa jasateko aukera gutxiago dute eta osasun-ohitura onak izateko eta hedatzeko aukera gehiago dute.

Desnutrizioa da beste faktore garrantzitsu bat. Haurdun dauden emakumeen %60ok, gutxienez, anemia dute. Horrek, beren bizitzarako arrisku-faktore bat izateaz gainera, energia murrizten die eta, hortaz, diru-sarrerak eta bizi-kalitatea ere.

Genero-ezberdintasunek ere eragin handia dute heriotza horietan. Erabateko pobrezian bizi diren 1.300 milioi pertsonen %70 dira emakumeak. Baliabide ekonomiko eta sozialak eta oinarrizko zerbitzuak eskuratzeko aukera gutxiago dute emakumeek eta neskek. Biziri irauteko aukera gutxiago izatea dakar horrek.

Hona hemen datu beldurgarri bat: Indian, urtebete eta bost urte bitarteko neskek umeek baino hiltzeko aukera bikoitza daukate. Hori gertatzen da, besteak beste, gaixotasuna oso aurreratuta dagoenean eramaten dituztelako neskak osasun-zerbitzuetara.

Askotan, **emakumeen aurkako indarkeria** dela eta, neskato, gazte eta emakume asko haurdun geratzen dira bortxaketengatik edo lan- eta gizarte-jazarpenenga-

tik. Arrisku-faktore garrantzitsua dira neskatoen haurdunaldiak, haien gorputza ez dagoelako erditzeko prest eta arazo asko gerta daitezkeelako.

Emakumeen bizitzarako arrisku-faktore handia dira **nahi gabeko haurdunaldiak.** Lana galtzeko beldurra dela eta, haurdun dagoen emakumeak haurdunaldia ezkutatzen du. Erdialdeko Amerika da horren adibide: ehungintza-industrietan (lakak) lanpostu bat lortzeko, haurdun ez daudela egiaztatzen duen mediku-ziurtagiri bat aurkeztu behar dute emakumeek, eta langile-bizitzan zehar haurdun geratzen badira kaleratu egiten dituzte. Horrelako ohiturak legez kanpokoak diren arren, guztiz normalizatuta daude gobernuen kontrolik ezagatik. Harremanak berekin izan zituen presioak, gizarte-bazterketak, (bortxaketa-kasuan) haurdunaldia eragin zuen arrazoia ukatzeak eta abarrek ere eragiten dute emakumeak haurdunaldia ezkutatzea. Haurdunaldia ezkutatzearen ondorioz, zenbaitetan ez dira osasun-unitateetara joaten eta, horrez gainera, laguntzarik gabe erditu behar dira, bakardadean. Gainera, haurdunaldia eten nahi izan badu, arriskuan jartzen du bere burua, seguruak ez diren baldintzetan abortatzen baitu.

Amen heriotzen arrazoi nagusietako bat da **baldintza ez-seguruetan egindako abortua.** Amen heriotza eragiten duen lehenengo arrazoia da zenbait herrialdetan, adibidez, Uruguaien. Kasu gehienetan, abortatzea debekatuta dagoen herrialdeetan gertatzen da hori; kartzelara joatearen beldur direnez, emakumeak ez dira osasun-zerbitzuetara joaten, oso larri egonda ere. Jakina, baliabide ekonomikorik ez duten emakumeak dira arrisku gehien dituztenak, etsipenak jota, teknika arriskutsuen bidez eteten dutelako haurdunaldia, edo kostu baxua eta ospe eskasa duten legez kanpoko kliniketara joaten direlako. Herrialdeko klinika seguruetara edo, are gehiago, abortua legezkoa duen herrialde batera joaten dira baliabide ekonomikoak dituzten emakumeak.

Honela dago abortuaren arautzea munduan:

- Inolako murrizketarik gabe onartuta dago abortua munduko 49 herrialdetan.
- Beste 51 herrialdetan, emakumearen bizia salbatzeko baino ez dago onartuta.
- Emakumearen osasun fisikoa kaltetzen duten kasuetara ere hedatzen da baimen hori 23 herrialdetan.
- Beste 20 herrialdetan, aipatutako arrazoiez gainera, osasun mentala kaltetzen duten kasuetan ere baimenduta dago.

- Beste 6 herrialdetan, arrazoi ekonomikoengatik ere baimentzen da abortua.
- Eta, NBE osatzen duten 193 herrialdeetako 5etan, erabat galarazita dago.

Arlo pribatuan zein publikoan, betidanik gizonen esku egon da eta dago emakumeen sexualitatearen gaia (planifikazioa, sexu segurua, abortua...). Emakume askoren heriotzaren errudunak izan dira eta dira politika publikoak eta elizetako zenbait sektore, beren printzipioak inposatuz, kontrolik gabeko ugalkortasuna eta sexu ez-segurua sustatu dutelako desinformazioaz, debekuaz eta/edo antisorgailu fidagarrien eskaintza urriaz baliatuta. Hauteskundeen aurreko kanpainetan, ohikoa da sexu- eta ugaltze-osasuna eta abortua izatea alde batetik edo bestetik aurre egin nahi dieten gai eztabaidagarrietariko bat. Nikaraguan gertatu berri da horren adibide bat: hauteskunde-kanpainaren erdian zigortu egin da abortu terapeutikoa, alderdi politikoek eta Eliza Katolikoak hartutako konpromiso baten ondorioz.

Hala ere, badira zenbait aurrerapauso: Biztanleriari eta Garapenari Buruzko Kairoko Konferentziako Ekintza Programaren arabera, baldintza desegokietan egindako abortua osasun publikoko arazo handia da, eta gobernuek abortu-tasa murriztu beharko luketela ezartzen du. Baina gobernu askok, berrestean, erreparoak izaten dituzte alde korapilatsuenetan, sexualitateari buruzkoetan, hain zuzen ere.

> *"Ezinbestekoa iruditzen zaigu munduko biztanle guztientzako indar positibo bihurtzea mundializazioa..." (*Milurtekoko Adierazpena).

V. Milurtekoko Garapen Helburuen errealitatea: helburu horien benetako asmoak

"Garapena eta pobrezia errotik kentzea" izeneko III. Atalean daude Milurtekoko Garapen Helburuak, eta hor, 19. zenbakian, zenbait neurri ezartzen dira pobrezia, amen eta haurren heriotza-tasak, eta GIBa/HIESa, paludismoa eta bestelako gaixotasun larriak zabaltzea murrizteko, ura eta lehen hezkuntza izateko eta abar; neurri horiek beteta egon behar dute 2015erako.

Garapeneko Helburu deritzen horiek dagokien testuinguruan kokatu behar dira. Milurtekoko Adierazpenak konpromiso hauek ezartzen ditu bere ataletan: bakea, segurtasuna eta desarmatzea zaintzea, ingurumena babestea, giza eskubideak, demokrazia eta gobernu ona sustatzea, pertsona ahulak

babestea, Afrikak dituen premia bereziez arduratzea eta, azkenik, Nazio Batuen erakundea bera indartzea.

Asmo onetako adierazpen honetan sakontzen badugu, hau esaten duten artikuluak aurkituko ditugu: “zabala, bidezkoa, arauetan oinarritutakoa, aurreikusteko modukoa eta ez-baztertzailea den merkataritza- eta finantza-sistema baten alde egiten dugu”.

Badirudi esaten duela globalizazioa hedatzea dela Milurtekoko Adierazpenaren helburu nagusia, garapen ekonomiko eta sozialaren adierazle nagusi gisa, aberastasuna banatzeko iturri gisa, lehiakortasunean oinarritutako merkataritza-sistema baten bidez, non indartsuenak ahulena jaten baitu. Ez da harritzekoa aberatsenen eta pobreenen arteko zuloa gero eta handiagoa izatea. Ez da egia baliabideak banatzen ari direla; aitzitik, zenbait esku (herrialde garatuetako enpresa multinazionalek) baliabideak eta herri horietako pertsonak esplotatzen ari dira beren onurarako, herritar guztientzako onurak sortzen dituztela sinetsaraziz.

Nazio Batuen barnean, erabakiak hartzeko gaitasuna eta pisua dute herri garatuek, hots, kapitala kontrolatzen dutenek eta, jakina, esplotatzeko baliabide gehiago nahi dituztenek. Non daude gaur egun baliabide horiek? Garatze-bidean dauden herrialdeetan. Non lortzen dituzte jabegoak eta eskulan merkea? Garatze-bidean dauden herrialdeetan. Garatze-bidean dauden herrialdeetako globalizazioaren kostu altuak (eta berentzako irabazi handiak) ezagutzen dituzte Nazio Batuetako goi-agintariek eta, horregatik, beren arauak (Merkataritza Libreko Tratatua) ezartzearen truke “gozokiak” eskaintzen dituzte, hala nola kanpozorraren zati bat barkatzea, herrien garapena lortzeko kooperazioaren finantzatze handiagoa, demokraziak ezartzeko aitzakiarekin zenbait politikariri laguntzea... Justizia- eta elkartasun-itxura erakusten dute eta Milurtekoko Garapen Helburuak eta gisa horretako konpromiso sozialak egiten dituzte. Konpromiso horietan “gogo” gutxiago jartzen dute “terrorismoaren” kontrako borrokan, merkatu eta teknologia berriak ezartzean edo, baliabide ugari dagoen herrialdeetan, itxuraz “demokratikoak” diren gobernuak ezartzen laguntzen baino. Garapenerako eta ikerketa pribaturako kooperazioa baino handiagoa da jatorrizko herrialdeetara bidaltzen diren etorkinen kopurua.

Milurtekoko Adierazpenean agertzen da Afrikak dituen premiez arduratzeko erabakia ere, eta konpromisoa ezartzen da “Afrikako demokrazia berrien egitura politiko eta instituzionalak erabat laguntzeko” eta “merkatuetara heltzeko auke-

ra hobetzeko, atzerriko inbertsio zuzenen eta teknologia-transferentzien korronteak gehitzeko". Agerikoa den bezala, ez da arazo larriak dituen eskualde bakarra. Hegoaldeko Asia ere pobreziak, goseak eta egoera penagarriek jota dagoen eskualde bat da. Hauek dira erabaki horretan eragina izan dezaketen arrazoietariko batzuk: Afrika eta Europaren arteko hurbiltasuna (GIB/HIES bidez gerta litezkeen kutsatzeen arazoarekin lotuta dago), Europara heldutako etorkin-kopuru handia, herrialdeen arteko lurraldeen banaketa eta baliabide natural izugarriak.

VI. Helbururako aurrerapausoak

7 urte pasatu dira 2000. urtean New Yorken Milurtekoko Gailurra egin zenetik. Helburuak lortzeko hasieran zehaztutako denboraren erdia pasatu da. Azken 16 urteetan (1990. urtea izan zen helburu honetarako eta beste batzuetarako erreferentzia-urtea) ez dira hobetu amen heriotza-tasen adierazleak eta, are gehiago, esan daiteke herri batzuetan okerrera egin duela egoerak.

Munduko Bankuak eta Nazioarteko Moneta Funtsak munduko jarraipen-txosten bat egin zuten elkarrekin, 2004. urtean egindako"Global Monitoring Report", hain zuzen ere. Txosten horretan hautematen da aukera asko dagoela 2015ean Milurtekoko helburuetako bat baino ez lortzeko, hau da, dolar 1 baino gutxiagorekin bizi den pertsona-kopurua erdira murriztea. Lehen begiratu batean ez du oso lorpen handia ematen, izan ere, ez dago herrialde bat ere non egunean dolar batekin duintasunez bizi daitekeen. Txosten horretan aipatzen da amen heriotza-tasa murrizteko helburua dela atzeratuen daudenetariko bat. Esaten du aurrerapausoak ez direla nahikoak izan eta etorkizuna ez dela oso itxaropentsua.

Bitxia da Nazio Batuetako aurrerapen-txosten gehienetan gutxitan aipatzen dela helburu hori eta, gehienetan, haurren heriotzarekin lotuta agertzen da. Helburu horren aipamen urri horiengatik uler daiteke emakumeen heriotzak garrantzi gutxiago duela beste helburu batzuek baino (haurren heriotza-tasa murrizteari buruz, adibidez, orriak eta orriak idazten dira).

Gainera, aipatzekoa da helburukako joerak berrikusteak arazoak dakartzala; izan ere, eremu bateko aurrerapena beste bateko edo batzuetako aurrerapenak baldintzatzen du, eta helburu baten eta beste baten artean biderkatze-efektu gogorrek eragiten dute.

Lehenik, Milurtekoko Adierazpenaren Aplikazioari buruzko Idazkari Nagusiaren 2004ko txostenean ezartzen du amen heriotza-tasen zenbatespenaren inguruko

zalantzak ez duela ahalbidetzen ebaluazio zehatzik egitea. Amen heriotza-tasaren joerari modu zehatz batean jarraitzea oztopatzen du datuen urritasunak; izan ere, garatze-bidean dauden herrialdeen informazioa ez da zuzena edo ez da oso osatua. Eredurik hedatuenaren arabera, mundua bidetik atera da eta aurrerapenak uzkurtzen ari dira. Helburua lortzeko, murrizte-tasak %3 baino handiagoa izan behar du. Hau da, zenbait aurrerapen egon hala, joera horren arabera, oso zaila da 2015ean helburu hori betetzea.

Aurrerapen esanguratsu bat lortzeko beharrezkoa da hogeita zortzi mila milioi euro inbertitzea urtero 2015. urtera arte, Nazio Batuen Milurtekoko proiektuaren "Aukera publikoak, aukera pribatuak: sexu- eta ugaltze-osasuna eta Milurtekoko Garapen Helburuak" txostenaren arabera. Kopuru horren barruan daude familia-plangintzako zerbitzuen hornidurarako aurreikusitako kostuak, baita amen osasunerako eta ugaltze-osasunerako bestelako oinarrizko zerbitzuak eta GIB/HIESaren kontra borrokatzeko programak ere.

ESKIALDEAK	Amen heriotza-tasa			1990-2000 aldaketak (%)	2015erako helburua
	1990	1995	2000		
Afrika	870	1000	830	-4,6	217,5
Asia	390	280	330	-15,4	97,5
Europa	36	28	28	-22,2	9,0
Latinoamerika eta Karibe	190	190	190		47,5
Ipar Amerika	11	11			2,8
Ozeania	680	260	240	-64,7	170,0
Mundua	430	400	400	-7,0	107,5

Iturria: AbouZahr eta Wardlaw, 2003.

Garrantzitsua da esatea koadro horretan ageri diren emaitzak eskualdeko batez-bestekoak direla. Hortaz, eskualde bat osatzen duten herrialdeen artean dauden ezberdintasun handiak ez dira ikusten. Gauza bera gertatzen da herrialde bakoitzaren barruan. Tasak izugarri igo daitezke herrialde bateko eremu edo eskualde batzuetan, beste eremu batzuekin alderatuta. Horren adibide dira Saharaz hegoaldeko Afrika eta hegoaldeko Asia. Izan ere, 2000. urtean mundu osoan kalkulatutako 529.000 heriotzetatik 445.000 han gertatu ziren. Saharaz hegoaldeko

Afrikakoa da tasarik handiena, bizirik jaiotako ehun mila pertsonako 920 heriotza gertatu baitziren. Hegoaldeko Asian, berriz, 520 izan ziren. Munduko heriotzen %75 osatzen dituzte bi eskualdeen artean.

Beraz, herrialdeen %17 baino ez daude ondo bideratuta beren helburuak betetzeko. Garatzen ari diren herrialde guztiak kontuan hartuz gero, laurden bat baino gehiago hazi da trebatutako langileen parte-hartzea: %42tik 53ra. Asian, berriz, %35 egin du gora. Hala ere, %5 baino ez dira hobetu maila horiek Saharaz hegoaldeko Afrikan.

Laguntza egokia jaso gabe haurrak izaten dituzten 60 milioi emakume baino gehiago ditugu oraindik urtero.

> *"Eta zenbat dira demokraziaren jabeak? Herriek botoa ematen dute, baina bankariek betoa jartzen dute. Hiru koroako monarkia bat da munduko nagusi. Bost herrialdek hartzen dituzte erabakiak Nazioarteko Moneta Funtsean. Munduko Bankuan zazpik agintzen dute. Munduko Merkataritza Antolakuntzan, herrialde guztiek dute botoa emateko eskubidea, baina ez da inoiz bozkatzen. Mundua gobernatzen duten erakunde horiek gure esker ona merezi dute: haiek itotzen dituzte gure herrialdeak, baina gero berunezko flotagailuak saltzen dizkigute." (*Eduardo Galeano, Porto Alegreko Munduko III. Gizarte Foroa, 2003).

VII. Ondorioak

Adostasun handia dago eragileen artean amen heriotza-tasa ekidin daitekeela esatean eta, gainera, horren kostua nahiko txikia da. Hauek dira funtsean eta berehala behar diren osagaiak:

- Erditu baino lehen, erditzerakoan eta erditu ondoren oinarrizko arreta integral unibertsala eta doakoa eskaintzea emakume guztiei; erraz lortu beharko da, herritik hurbil egongo da eta trebatutako langileak izan beharko ditu.
- Familia-plangintzako zerbitzuetara joateko aukera izatea emakume guztiek.
- Nutrizio-premiak kontuan hartzea, bereziki haurdun dauden eta bularra ematen duten emakumeenak.
- Nerabeen lehen haurdunaldia atzeratzea. Horretarako, sexu-hezkuntza ona eman beharko zaie, eta antisorgailuak eskuratzeko aukera izan beharko dute.

Hala ere, ez da ahaztu behar amaren osasunaren arazoa ez dagoela osasunari soilik lotuta. Gizarteko bidegabekeria larri baten sintoma tragikoa da amen heriotza-tasa. Herrialdeen, herrien eta pertsonen arteko desberdintasunaren ondorioa da, genero-, etnia-, klase- eta kultura-desberdintasunen ondorioa. Hori dela eta, munduko biztanle askok eta askok ez dute aukerarik baliabideak eskuratzeko, ezta premiak eta oinarrizko zerbitzuak betetzeko ere, hala nola elikadura, ura, etxea, osasuna, hezkuntza eta lana. Faktore horiek batzeak heriotza ekartzen du askotan.

Hortaz, Milurtekoko gainerako Garapen Helburuekin gertatzen den bezala, arazoaren ikuspegi oso batetik baino ezin zaio aurre egin amen heriotza-tasari, estatuan nahiz nazioartean, mundu globalizatu baten barruan. Horrez gainera, pertsona ahulenen kontrako diskriminazioaren azterketa xehatua egin beharko da (emakumeak, haurrak, pobreak, indigenak...).

Beraz, ezberdintasunaren eta pobreziaren egiturazko arrazoiak hartu behar dira kontuan, hau da:

- Baliabide publikoak pertsona pobreenetan eta genero, adin edo etniagatik gizartetik baztertuta dauden taldeetan ardaztea, hau da, aberastasunaren eta boterearen munduko banaketan eragitea. Horretarako, aberatsen eta pobreen, gizonen eta emakumeen, herrialde bateko eskualde aberatsenen eta ez hain aberatsen artean dauden ezberdintasunetan eragingo duten politika publikoak aplikatu beharko dira.
- Modu kritikoagoan aztertu beharko dira globalizazioaren ustezko onurak, eta garatzen ari diren herrialdeetan duten eragina ikusten saiatu. Halaber, helburu horri dagokionez, generoaren eta klasearen ikuspegitik ere aztertu behar da arazoa.
- Aldaketak sortu behar dira genero, etnia, klase, eta abar batekoa izateagatik sortzen den diskriminazioan eragiten duten egitura sozial ekonomiko eta kulturaletan.
- Benetako konpromiso politikoa eskuratu behar da herrialdeen artean, bereziki, garatutako herrialdeen artean, justizia eta solidaritatea bilatzeko.

Beharbada, hori lortzeko ez da nahikoa izango beste pertsona batzuen esku uztea. Duela ez asko Jainkoaren eskuetan uzten genituen gure arazoak. Gaur egun, politikarien esku uzten ditugu. Egia esan, gure eskuetan, guztion eskuetan dago lortzea.

Bibliografia

Aborto en el Uruguay, www.chasque.net/frontpage/aborto/01noti003.htm

Brioso, Leonel (2003): *"Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis. Estrategias para su reducción",* Revista Médica Uruguay, 19. alea, 3. zk, 2003.

Campaña del Milenio, http:/spanish.millenniumcampaign.org/site/pp.asp

Campaña por la defensa de la Salud Reproductiva, www.chasque.net

Desacatos, http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/139/13902008.pdf

Díaz Pasten, S. (2004): *La problemática del aborto diez años después de El Cairo.* Asociación de Mujeres en Salud, Costa Rica.

El largo camino para alcanzar los objetivos de desarrollo, www.bancomundial.org/temas/omd

El parto de mujeres indígenas ante la falta de médicos, www.cimacnoticias.com

Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. (2006).

Indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio, http:/millenniumindicators.un.org/unsd/mispa/mi

2005eko Giza Garapenari buruzko Txostena.

López, A. eta Abrancinskas, L. (2004): *Mortalidad Materna, Aborto y Salud en Uruguay: un escenario cambiante*. MYSU, Uruguay.

López Gómez, A. (2004): *La experiencia por la defensa de la salud reproductiva en Uruguay*. MYSU, Uruguay.

Medici, A. *Los objetivos de Desarrollo del Milenio en América Latina y El Caribe: Progresos, reveses y desafíos*.

Nazio Batuak (1995): *Población y Desarrollo, Populazioari eta Garapenari buruzko Nazioarteko konferentzian adostutako Ekintza Programa.* Kairo, 1994. 1. alea.

Nazio Batuak (2000): *Batzar Nagusiko 54/2000 Ebazpena: Idazkari Nagusiaren Txostena "Geu, herriak: Nazio Batuen zeregina XXI. mendean".*

Nazio Batuak (2000): *Batzar Nagusiko 55/2 Ebazpena, Milurtekoko Adierazpena.*

Nazio Batuak (2000): *Batzar Nagusiko 55/192 Ebazpena, Milurtekoko Gailurraren emaitzen jarraipena.*

Nazio Batuak (2001): *56/326 Ebazpena: Milurtekoko Adierazpena aplikatzeko Gida Orokorra.*

Nazio Batuak (2002): *Batzar Nagusiko 56/95 Ebazpena: Milurtekoko Gailurraren emaitzen jarraipena.*

Nazio Batuak (2003): *Batzar Nagusiko 57/144 Ebazpena: Milurtekoko Gailurraren emaitzen jarraipena.*

Pizarro, A. M. (2004): *Aborto: Estrategias de acción política*. SI MUJER, Nikaragua.

Pizarro, A. M. (2004): *América Latina: Mortalidad materna, situación legal, cultos religiosos y aborto permitido por diversas causales*. SI MUJER, Nikaragua.

Servicios de salud materna de buena calidad, www.safemotherhood.org

Velado, M. (2004): *El aborto y las recomendaciones del Comité de la CEDAW*. "Construcción de alianzas en torno al aborto" Erdialdeko Amerikako Emakumeen IV. Topaketarako, El Salvador.

Zalacain, B. (2004): *Mortalidad materna: más que un problema de salud, una cuestión de derechos humanos*. Las Dignas, El Salvador.

galderak

Eztabaidarako eta ekintzarako galderak

- Zure ustez, zer elementu dira berritzaileak testuan?
- Zerk harritu zaitu?
- Zer gehituko zenuke?
- Egin ezazu mapa kontzeptual bat ama-haurren osasunerako aukerarik eza eragiten duten arrazoiak eta gabezia horren ondorioak identifikatzeko. Zer ikusten duzu? Alderatu eta osatu zure erantzuna taldekideekin.
- Zein dira talde ahulenak? Zer egin daiteke horien egoera hobetzeko?
- Zer uste duzu egin dezakezula zuk egoera hori hobetzen laguntzeko?
- Ezagutzen duzu Zero Pobrezia mobilizazioa? Eta Emakumeen Mundu Martxa? Informa zaitez eta zabal ezazu informazioa horri buruz
- Egin ezazu iritzi-eskutitz bat, Cecilia Ocosingoko emakume indigena tzeltalaren testigantzak iradokitzen dizunarekin.
- Idatz iezaiezu eskutitz bat Rosario Echagüe Doktoreari eta hark bezala munduan lan egiten duten pertsonei.
- Egin ezazu testuaren hasierako olerkiaren antzeko bat, baina testua irakurri eta gero dituzun iritziekin.
- Zabaldu zure iritziak eskura dituzun komunikabideen bitartez: prentsa, irratia, Internet...

Joan den astelehenean Sonia hil zen

*Anne-Marie Cuq**

Joan den astelehenean Sonia hil zen, SAIPEko motorista Maurizioren arreba gazteena. Sonia goizean heldu zen Atsakustik; han bizi zen senarrarekin eta lau seme-alabekin. Nievako osasun-zentroan hileroko kontrola egiteko etorri zen. Doaneko arreta zeukan, SISen aseguratuta egoteagatik; osasun-sistema integrala da, ministerioak emakume haurdunentzat eta jaioberrientzat duen aseguru medikua. Haurdunaldiaren 8. hilabetean zegoen; pixka bat kezkatuta zegoen, azkeneko kontrolean medikuak esan baitzion umea zeharka zegoela.

Astelehenean senarrak lagundu zion. Peque-pequez[1] etorri ziren, bi ume txikiekin; bi ume nagusiak, 9 eta 8 urtekoak, ikasten geratu ziren komunitateko lehen mailako eskolan. 9ak inguruan heldu ziren Nievara. Lehenik, Hezkuntza Lokalaren Kudeaketako Unitatera (HLKU) igo zen Sonia. Irakaslea zen, baina ez zeukan titulurik. Udan Jaenera joaten zen ikastera. Otsailean Pedagogiako hirugarren ikasturtea amaitu zuen, lehen hezkuntzako espezialitatean. HLKUko zuzendaria bigarren seihilekorako kontratu bat egiteko aukeraz mintzatu zitzaion, eta horren berri jakin nahi zuen.

HLKUtik jaitsi zen, eta senarrarekin joan zen osasun-zentrora hileko kontrola egitera. Pozik zihoan. Aihotz bat erosteko gelditu ziren, senarrak ortua lantzeko, eta Yuliana, Soniaren ahizpa, agurtzera ere joan ziren. Yulianak Nekazaritza Agentzian egiten du lan, osasun-zentroaren parean. Sonia oso alaia zen, eta txantxetan aritzen zen beti ahizparekin. Orduan, biek jo zioten adarra Soniaren

* Anne-Marie Cuq, Ikerketa eta Sustapen Ekonomikorako Nekazaritza eta Abeltzaintza Zerbitzuko (SAIPE) gerente teknikaria da. Elkarte honek, Peruko Iparraldean dagoen Alto Marañongo Amazonia oihanean lan egiten du Aguaruna-Huambisa herriarekin.

[1] Motordun kanoa.

senarrari, eta Nekazaritza Agentzian lan egiten geratzeko proposatu zioten, aihotza estreinatzeko.

Osasun-zentroan esan zioten emagina ez zegoela; trebakuntza-ikastaro batean zegoen Baguan. Medikuen burua partaidetza-aurrekontuei buruzko bilera batean zegoen, azpieskualdeko gerentziaren lokalean, Nieva ibaiaren bestaldean. Erizain batek artatuko zuen. Aztertu zuen, ondo zegoela esan zion, baina, itxuraz, umea zeharka zegoen artean. Amaren etxera lehenbailehen aldatzea gomendatu zion; Nievan bizi da ama, eta, han egonez gero, arreta hobea eskaintzeko aukera izango zuten erditzeko unean. Soniak erantzun zion pentsatuta zuela lekualdaketa aste horretan egitea, Atsakusen zituen gauzak hartzera jaitsiko zela eta Nievara etorriko zela erditzearen zain egoteko.

Osasun-zentrorako bisitaren ostean, Sonia eta haren familia Soniaren amaren etxera joan ziren; bazkaldu zuten, eta berriro komunitatera itzultzeko prestatu ziren. Gasolina-hornigailura joan ziren pequearekin, eta, Atsakusera jaisteko eta biharamunean igotzeko beste gasolina erosten ari ziren bitartean, Mauriziorekin eta haren emazte Florrekin topo egin zuten. Semea eskolatik hartzetik zetozen. Hitz egiten aritu ziren apur bat, eta hurrengo egunera arte agurtu zuten elkar. Soniaren ama ere haiekin zegoen. Alaba agurtu zuen, eta senide baten etxera joan zen.

Joateko prest zeudenean, bizkarrean eta aldakan mina sentitzen hasi zen Sonia. Ezin zen eseri. Ez zuen ulertzen zer zen. Uste zuen ezin zuela erditzea izan, hilabete falta baitzen datarako eta inoiz ez baitzuen halako minik sentitu aurreko erditzeetan. Osasun-zentrora itzultzea erabaki zuen, zer zeukan jakiteko. Lehenago, amaren etxetik pasatu zen, Florri esateko osasun-zentrora itzuliko zela. Florrek esan zion amaren bila joango zela.

Arratsaldeko ordu bi eta erdiak inguruan sartu zen Sonia osasun-zentroan, senarrak lagunduta. Handik bi ordura irten zen, odolusten. Baguako ospitale nagusirantz presaka eraman zuten. 8 orduko bidea zegoen hara, eta errepide suntsitu batetik joan behar zuten, errepidea eraisteko eta mozteko arriskuan etengabe. Ordubete baino pixka bat gehiago iraun zuen hil aurretik. Soniaren gorpua ekarri zion anbulantziak familiari arratsaldeko 6.30 aldean.

Zer gertatu zen osasun-zentroan? Emagina ez zegoen; orotariko medikua, bi hilabete lehenagotik osasun-zentroko burua zena, itzulia zen partaidetza-aurrekontuei buruzko mintegitik; baina ginekologoak ordurako ez zuen han lan egiten. Ginekologo hark egin zituen, aurreko urtean, osasun-zentro hartako lehenengo,

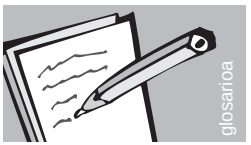
eta oraingoz azkeneko, 3 zesareak, eta 3 ume eta 3 amaren biziak salbatu zituen. Osasun-ministerioak aurrekontuak egokitu zituen, eta espezialistaren soldata deuseztatu zuen.

Zeharka zuen umea Soniak. Soniaren ustez erditzeko unea ez izan arren eta minak erditzearen ondorio ez izan arren, medikuak erditzearen lehenengo minak diagnostikatu zituen. Arriskuan zeuden umea eta ama. Erditzeari ekitea eta umea lehenbailehen ateratzea erabaki zuen medikuak. Umea jaiotzean hil zen; sortzetiko zenbait malformazio zituen. Soniaren umetokia urratu zen erditzean; gelditu ezin zen odoljario bat hasi zen, eta horrek hil zuen. Zentroko buruak presaka eraman nahi zuen ospitalera, baina nola eutsiko zion Soniak odoljario batekin bidaiak iraungo zuen 8 ordu ikaragarri eta luzeetan?

Familiak ez du ulertzen zer gertatu zen. Amak irrifartxu utzi zuen Sonia, eta, bi ordu geroago, hilzorian aurkitu zuen. "Zergatik ez zuten lehenago eraman?" galdetzen dute senideek. Zergatik ez zieten antzeman erditzearen sintomei goizeko bisitan? Zergatik galdu zuen hainbeste odol? Medikuaren zabarkeria izan delakoan daude senideak. Medikuak bere burua errudun aitor dezala eta Soniaren 4 seme-alaben hezkuntza bere gain har dezala nahi dute. Salaketa jarri dute, eta aseguru sozialeko osasun-ataleko beste mediku batek, unibertsitatetik atera berria den serumistak, nekropsia bat egin du.

Kontroletara joaten zen, aseguratuta zegoen eta doaneko arreta zeukan Soniak, baina, askotan, erizain baten edo teknikari baten arreta baino ez zuen jasotzen; emaginak eta medikuak bestelako zereginak zituzten. Askok esaten dute hobe izango zuela emagin batengana joatea, hobe osasun-zentrora ez joatea, ez baita izan osasun-zentroan edo Baguarako bidean hil den lehenengo pertsona. Eskualdeko hiriburua da Nieva, eta hango osasun-zentroaren ardurapean daude Nieva, Río Santiago eta El Cenepa barrutien osasuneko mikrosareak, baina ez dago ekografiarik, ebakuntza-gelarik, ezta zesarea bat edo presazko beste edozein ebakuntza egiteko langile gaiturik ere, eta hurbilen dagoen ospitalea 8 ordura baino gehiagora dago, eta errepide kaxkar batetik joan behar da.

Sonia Belisario Timias zuen izena, 29 urte zituen, alaia zen, langilea, eta 4 semealabei loturik bizi zen. Bere haurtxoarekin hil zen, 2006ko maiatzaren 22an, Santa María de Nievan (Condorcanqui, Amazonas, Peru).



Glosarioa

Amaren eta haurraren osasuna: haurdunaldian eta erditzean emakumeari eman beharreko osasun-arretaren hobekuntzari dagokio, baita jaioberriarenari eta haurrarenari ere. Hainbat gai jorratzen ditu: bizirik irautea, erikortasuna (infekzio larriak) eta haurraren hazkuntza eta garapena, baita amaren portaera arriskutsuak, higiene- eta osasun-prebentzioa (immunizazioa barne) eta osasun-zerbitzuak erabiltzeko aukera edukitzea ere.

[www.paho.org

Amen hiltze-tasa: garapen-bidean dauden herrialde askotan, haurdunaldiko eta erditze uneko arazoak dira ugaltzeko adinean dauden emakumeen heriotza-eragile nagusiak. Emakume bat baino gehiago hiltzen da minutuko faktore horiengatik, eta guztira 585.000 emakume hiltzen dira urtean (Osasunaren Mundu Erakundea, 1996). Heriotza horien %1 baino gutxiago gertatzen dira herrialde garatuetan. Beraz, egoera saihestu ahal izango litzateke, horretarako baliabideak eta zerbitzuak edukiz gero. Kalkuluen arabera, hauxe da haurdunaldian eta erditzean emakumeek duten hiltzeko arriskua: 1/1.400, herrialde garatuetan; 1/48, garapen-bidean dauden herrialdeetan; 1/16, Afrikan.

[http://www.matres-mundi.org

Antisorgailuak: ernalketa eragozten duten baliabideak dira, espermatozoidea obulura iristea galarazten dutelako edo obulua heltzea eragozten dutelako obulutegitik askatu baino lehen. Ezaugarrien arabera, hainbat mota daude: a) hormonalak, hala nola pilulak, injekzioak, txaplatak edo inplanteak; b) oztopoak, esaterako, kondoia edo diafragma; c) umetoki barneko gailuak, hala nola kobrezko T-a; d) naturalak, esaterako, abstinentzia edo tenperatura basala; e) behin betikoak, hala nola tronpen lotura edo basektomia.

Biztanleriari eta garapenari buruzko Kairoko biltzarra (1994): Nazio Batuek sustatua. Biztanleak eta garapena modu bereiztezinean lotuta daudela onartu zuten berariaz 180 herrialde baino gehiagotako gobernu-ordezkariek, agentziek, NBEko erakunde espezializatuek, gobernu-erakundeek eta gobernuz kanpokoek, eta garapen osoa eta jasangarria ahalbidetzen dela emakumeari botere gehiago ematen bazaio eta hezkuntza nahiz osasunaren arloko premiak kontuan hartzen badira, ugalketa-osasuna barne. Horretarako, genero-berdintasuna areagotu egin behar da, emakumeen aurkako indarkeria ezabatu eta emakumeak gaitu beren ugalkortasuna kontrolatzeko. Neurri zehatzak ezarri ziren guztientzako hezkuntza eta ugalketa-osasuna zaintzea sustatzeko, hau da, familia-planifikazioa eta amen eta haurren heriotza-tasa gutxitzeko. Hogei urterako Ekintza Programa egin zen. Osasunari, emakumearen egoera hobetzeari eta gizarte-garapenari buruzko xede zehatz ugari dago programa horretan, eta herrialde guztiek hartu zuten helburu horien alde egiteko konpromisoa.

[www.cinu.org.mx]

Ekitatea: Ekitateak justizia-printzipio bat sartzen du berdintasunean. Ekitatearen eta berdintasunaren printzipioak elkarri oso lotuta daude, baina ezberdinak dira: berdintasuna modu absolutuan aplikatzen duen gizartea bidegabea da, pertsonen eta taldeen arteko desberdintasunak ez dituelako kontuan hartzen. Baina, era berean, pertsonak berdintzat onartzen ez dituen gizartea ere ez da bidezkoa. Gero eta desberdintasun handiagoak daude lurrean, herrialdeek eta pertsonek baliabideak erabiltzeko duten aukerari dagokionez. Horregatik, garapenaren funtsezko alderditzat jo behar dira ekitatea lortzeko helburuak.

[www.bantaba.ehu.es/obs/ocont]

Genero-desberdintasuna: kulturalki sexu jakin bati esleitu zaizkion ezaugarrien arabera pertsonek jasotzen duten tratu- eta aukera-desberdintasuna da, baita gizonezkoak emakumezkoari buruz egiten duen balioespenaren araberakoa ere. Gure gizarteetan, genero-diskriminazioak muga ezberdinak ezartzen dizkie gizonei eta emakumeei bizitza publikoan eta familia-esparruan garatu eta integratzeko. Emakumeak azken eremu horretara mugatzen ditu batez ere. Gnero-desberdintasuna dela eta, emakumeek arlo publikoan gutxiago parte hartzen dute, eta ez dute gizonen maila bera ekoizpen-baliabi-

deetan. Hori dela eta, erabakiak hartzeko eta boterea erabiltzeko aukera gutxiago dute emakumeek.

[www.oit.org.pe/ipec]

[www.unifem.org.mx]

GIB-HIES / SEROPOSITIBOA: GIB birusak eragiten du HIESa. Sistema immunitarioa infekzioei eta bestelako prozesu patologikoei aurre egiteko gai ez izatean datza gaitz hori. Honelaxe sortu ohi da prozesua: egoera normalean, giza gorputzean sartzen den edozein organismo arrotz eraso eta suntsitzen dute globulu zuriek eta antigorputzek. CD4 linfozitoak izeneko zelula-motek koordinatzen dute erantzun hori. GIB birusak CD4 linfozitoei egiten die eraso, berariaz; beren material genetikoa txertatzen die eta erreplikatzeko erabiltzen ditu. Birusaren kopia berriak zeluletatik odolera irteten dira, eta beste zelula batzuk bilatzen dituzte, haiei ere eraso egiteko. Atzean utzi dituzten zelulak hil egiten dira. Ziklo hori behin eta berriro errepikatzen da, eta CD4 zelulen kopurua gutxitu egiten da. Nabarmentzekoa da GIB birusaz infektatuta egotearen (pertsona seropositiboa) eta IHESa izatearen arteko aldea. Pertsona HIESa izaten hasten da bere T CD4 linfozito-maila odol mililitroko 200 zelulatik behera jaisten denean.

MERKATARITZA ASKEKO ITUNA: bi herrialde edo gehiagoren arteko kontratua da, edo herrialde baten eta herrialde-multzo baten artekoa. Loteslea da, eta merkataritza-trukerako oztopoak ezabatzea eta ondasun nahiz zerbitzuak eskuratzeko aukera sendotzea da haren helburua, baita inbertsio pribatua errazago lortzea ere. Ekonomien integrazioa areagotzeko xedearekin, Merkataritza Askeko Itunak ez ditu soilik merkataritza gaiak jorratzen. Gai ekonomikoak, instituzionalak, jabetza intelektualekoak, lanekoak eta ingurumenekoak ere jorratzen ditu, besteak beste. Teorian, ekonomiako sektorerik ahulenak babesteko, negoziatzen duten herrialdeen gaitasun instituzionalak sendotzea aldezten du Merkataritza Askeko Itunak, eta foroak zein mekanismoak ezartzen ditu merkataritzaren arloko eztabaidak ebazteko; errealitatean, botere gehien duen alderdiaren interes ekonomikoek ebazten dute eztabaida.

[www.tlcperu-eeuu.gob.pe]

Milurtekoko Gailurra / Milurtekoko Adierazpena: 2000n, Milurtekoko Goi-bilera esan zitzaiona egin zen Nazio Batuen New Yorkeko egoitzan. Goi-bilera hartan, konpromiso batzuk adostu zituzten 189 estatuburuk, pobreziari, goseari, gaixotasunei, analfabetismoari, ingurumenaren degradazioari eta emakumeen aurkako diskriminazioari aurre egiteko. Konpromiso horiek neurgarriak ziren, eta epe zehatzak zituzten. 2001ean, sistematizatu egin ziren, eta "Milurtekoko garapen-helburuak" izena eman zitzaien.

Mensajero aldizkaria, "Levántate contra la pobreza", 2006ko abendua

[www.millenniumcampaign.org]

Munduko Bankua (MB): 1944an sortua da nazioarteko erakunde hori, Bigarren Mundu Gerrak suntsitutako Europa berreraikitzen laguntzeko. Arrakasta izan zuen bankuak zeregin horretan, eta, zenbait urteren ondoren, garabidean zeuden herrialdeez arduratzen hasi zen. Egun, 184 estaturen esku dago MB, eta munduko pobrezia murriztea eta pertsonen bizi-maila hobetzea ditu helburu. Interes baxuko maileguen, interesik gabeko kredituen eta hezkuntza-, osasun-, azpiegitura- eta komunikazio-proiektuetarako eta abarretarako dohaintzen bidez gauzatzen da helburu hori. Hauek osatzen dute Munduko Bankua Taldea: a) Berreraikuntza eta Sustapeneko Munduko Bankua (kreditu-gaitasuna duten herrialde pobreetara eta diru-sarrera ertainak dituzten herrialdeetara bideratzen ditu bere jarduerak) b) Nazioarteko Garapen Elkartea (NGE) (herrialde txiroenei laguntzen die) c) hiru erakunde kide hauek: Nazioarteko Finantza Korporazioa, Inbertsioak Bermatzeko Alde Anitzeko Erakundea eta Inbertsioei buruzko Desadostasunak Konpontzeko Nazioarteko Zentroa.

[www.bancomundial.org]

Nazio Batuen Erakundea (NBE): 1945ean sortu zen. Gobernu arteko erakundea da, eta helburu hauek ditu: nazioarteko bakeari eta segurtasunari eustea eta munduko herri guztietan giza eskubideak eta garapen jasangarria sustatzea, nazioarteko lankidetzarako eta alde anitzeko lankidetzarako mekanismoen bidez. 192 estatu kide ditu.

Hegoa (2006) "Emakumeak munduko biltzarretan. Tokian tokikotik globalera"

[www.un.org]

Nazioarteko Moneta Funtsa (NMF): 1945ean sortu zen alde anitzeko erakunde hori, nazioarteko moneta- eta finantza-sistemaren egonkortasuna zaintzeko (nazio-moneten arteko nazioarteko ordainketen eta truke-neurrien sistema da, herrialdeen arteko merkataritza egingarri bihurtzen duena). Orotara, 184 herrialdek hartzen dute parte erakundean. Hauek dira NMFren jardueren helburuak: nazioarteko moneta-lankidetza sustatzea; nazioarteko merkataritzaren hedadura eta hazkunde orekatuari bide ematea; truke-egonkortasuna sustatzea; alde anitzeko ordainketen sistema ezartzen laguntzea; erakundearen baliabideak ordainketa-balantzetan zailtasunak dituzten estatuen esku jartzea –berme egokiekin–. Helburu horiek lortzeko, hiru mekanismo nagusi erabiltzen ditu NMFk: ikuskapena, laguntza teknikoa eta finantza-laguntza.

[www.imf.org]

Paludismoa edo malaria: protozoo batek eragindako gaixotasun sukartsua. Anofeleen ziztadaren bidez transmititzen zaio gizakiari. Eremu tropikal eta azpitropikal osoa dago gaixotasun horren arriskupean, gehienak herrialde pobreak eta oso pobreak. Ez bada tratamendu egokia aplikatzen, gaixotasuna larri bihur daiteke, garuneko odol-zirkulazioari eta bestelako bizi-organoei eragin diezaieke eta bizitzarako mehatxu bihurtu. Urtean, 350-500 milioi lagunek hartzen dute gaitza, eta gutxienez milioi bat hildako eragiten ditu. Afrikako haur bat hiltzen du 30 segundoz behin.

[www.paho.org]

Sexu eta ugalketa heziketa: pertsona libreak, kontzienteak eta bere buruaren ardura dutenak trebatzeko prozesua da, hain zuzen ere, sexualitateari buruzko erabakiak hartzeko gai eta seme-alaben kopurua eta baten eta bestearen arteko tartea libre eta arduraz erabakitzeko gai diren pertsonak. Horrez gain, sexu eta ugalketa-osasunaren mailarik handiena lortzea du xede.

[http://dicc.hegoa.efaber.net]

[www.who.int/topics/reproductive_health]

Sexu eta ugalketa osasuna: 1994an Kairon egindako Biztanleriari eta Garapenari buruzko Nazioarteko Biltzarrean zehaztu zen, nazioartearen onespenarekin. Pertsonen sexu- eta ugalketa-jardueran erabaki osasungarriak,

borondatezkoak eta seguruak hartzea sustatzen du, eta berdintasuna nahiz ekitatea gizonen eta emakumeen arteko botere-harremanetan, alderdi horiek guztiak funtsezkoak baitira giza garapenerako. 2015. urterako guztiek ugalketa-osasuna izan dezaten bermatzeko xedea hartu zuen Biltzarrak.

[www.unmillenniumproject.org/documents/MP_SRH_Exec_sum_SP.pdf]

[www.who.int/reproductive-health]

Ugalkortasun-tasa: denbora-tarte bateko gertaera demografikoen arteko harremanak adierazten dituzte tasek (jaiotzak, ezkontzak, heriotzak, etab.), baita aldi horretako batezbesteko biztanleria ere. Ugalkortasuna neurtzen du ugalkortasun-tasak. Denbora-tarte batean izan diren jaiotzen eta tarte berean ugaltzeko adinean dagoen emakume-kopuruaren arteko harremana adierazten du. Tartea urtebetekoa izaten da ia beti, eta ugaltzeko adinean dauden mila emakumeko jaiotza-kopurua adierazten du (urtebetean). 19 eta 49 urte bitarteko tartea jotzen da ugaltzeko adintzat.