

16 ти Интернационален ден  
за акција за здравје на жените  
28 мај 2003

## До владата:

**Превземете одговорност  
за здравјето на жените!**

**ПРИМАРНА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И  
ЖЕНСКИ РЕПРОДУКТИВНИ И  
СЕКСУАЛНИ ПРАВА:**

**каква е состојбата денес?**

Кампања за достапно здравје за жените

## **Здравје за сите – здравје за жените!**

Од 2003 до 2005 канцеларијата за координација ќе ја координира кампањата за достапно здравје за жените, во блиска соработка со Народното движење за здравје. Главна цел за 3 години е да се обезбеди примарна здравствена заштита на сите луѓе и народи насекаде, земајќи ги предвид, во теорија и пракса, репродуктивните и сексуалните здравствени потреби на жените.

Глобална мрежа за репродуктивни права

Повикот за акција е поддржан од

## **Националното движење за здравје**



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



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

Кампања за достапно здравје за жените

## **Здравје за сите – здравје за жените !**

Поаѓајќи од фактот дека здравствените услуги се мошне важни, но сами по себе недоволни да го обезбедат здравјето на жените и нивните репродуктивни и сексуални права, со вклучувањето во кампањата за достапно здравје за жените сакаме да ги истакнеме потребите од услуги, но и обезбедувањето на услови потребни за жените да уживаат во подобро здравје.

Здружение за еманципација, солидарност и еднаквост на жените во  
Р. Македонија - ECE

Овој повик за акција се фокусира на ветувањата со декларацијата од Алма Ата, која содржеше толку многу потенцијал за унапредување на здравјето кај луѓето ширум светот. Зошто ветувањата никогаш не се исполнија? Како се интегрирани репродуктивните и сексуалните права на жените во концептот примарна здравствена заштита? Се приклучуваме кон Националното движење за здравје во промовирање на сеопфатна примарна здравствена заштита како модел за постигнување здравје за сите, здравје за жените. Ги повикуваме владите насекаде да ја превземат нивната одговорност за здравјето на жените.

Влади: Превземете ја одговорноста за здравјето на жените!

Примарна здравствена заштита и репродуктивни  
и сексуални права на жените:

Каде сме денес?

Кампања за достапно здравје на жените 2003

# Декларацијата од Алма Ата за

## □ Здравје за сите □

Потписниците на декларацијата од Алма Ата (СССР), претставувајќи ги скоро сите влади од светот, во 1978 превземаа интернационална обврска да постигнат здравје за сите (ЗЗС) до 2000 год. (погледнете ја книшката со историјата на нашата кампања за целосен текст од декларацијата или побарајте ја на интернет [www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html](http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html)). Примарната здравствена заштита беше идентификувана како клуч за постигнување ЗЗС како дел на целокупниот развој. Декларацијата од Алма Ата потврдува дека здравјето е основно човеково право и дека големите нееднакости во здравствениот статус се неприфатливи. Истовремено повикот за ЗЗС беше социјален одговор кој го прифати единството во разноликоста и потребата од социјална солидарност. □ Прифатливо ниво на здравје на сите луѓе во светот до 2000 год. може да се постигне низ поцелосно и подобро искористување на светските ресурси, од кои голем дел денес се троши за оружје и воени конфликти. □ (декларација од Алма Ата).

***Во доцните 1970ти Мозамбија имплементираше пристап за ПЗЗ и доби пофлба од СЗО за постигнување позитивен здравствен резултат. Мозамбија трошеше 11% од буџетот за здравство, постигна скоро 100% имунизација и обучи скоро 8000 здравствени работници од средно ниво. Сепак програмата не го достигна врвот поради избивањето на граѓанската војна. Здравствените работници и здравствените пунктови беа мета на милициските сили, дестабилизирајќи го сиот напредок кој беше постигнат.***

Примарната здравствена заштита (ПЗЗ) со нејзината визија за здравје за сите, беше дефинирана и како пристап и како ниво на заштита. Како пристап ПЗЗ го користеше јазикот на социјалната правда. Пристапот ја поттикнуваше трансформацијата на системот, за да му служи на оној кому најмногу му треба, ги предизвика сите засегнати да го осознаат здравјето како право, бараше да се направи соодветна анализа на детерминантите на здравјето, корените за болеста да се третираат посебно од симптомите, ја потенцираше потребата за вклучува на заедницата и лобираше за интерсекторски пристап. ПЗЗ беше радикално отцепување од состојбата на статус кво, осознавајќи го фактот дека без социјална правда не може да се постигне **здравје за сите**. Таа нудеше социјална анализа на здравјето, објаснувајќи дека причините за лошото здравје не се болестите сами по себе, туку комбинацијата на присутните социо-економски услови, политички структури и идеологии; вклучувајќи ја и животната средина. Со други зборови, елиминирањето на социо-економските и политичките нееднакости меѓу народот во државата и меѓу државите, е апсолутно најважно за постигнување здравје за сите.

Под ниво на заштита ПЗЗ се подразбираше систем на здравствена заштита заснован врз потребите на одредена популација, систем кој одржуваше рамнотежа меѓу куративната и општествената заштита, меѓу грижата водена од медицински професионалци и обидот да се создаде средина која го унапредува здравјето. Во последните 25 години ПЗЗ нудеше концептуализирана рамка за планирање поурамнотежен здравствен систем, правејќи здружен напор да се издигне над болничката здравствена нега. Тоа значеше преориентација на пристапот кон самото здравство – систем кој осознава дека работејќи за здравјето на заедницата мора да биде направена комбинација од куративна и превентивна здравствена грижа, со сериозно признавање на социјалната детерминанта на здравјето - сиромаштијата, образованието, статусот на вработеност, животната средина итн.

***Основни елементи на Примарната здравствена заштита (ПЗЗ) според декларацијата од Алма Ата:***

***\*универзално достапна здравствена заштита***

***\*учество на заедницата***

***\*праведност и социјална правда***

***\*финансиски достапни и соодветни услуги***

***\* потреба од социјален и економски развој***

***\*вклучување на превентивна, промотивна и куративна нега***

***\*интер и мултисекторска соработка***

## **Примарна здравствена заштита и репродуктивни и сексуални права: Која е врската?**

Нема сомнение дека повикот да се обезбеди примарна здравствена заштита на целокупната популација на светот до 2000 година беше за пофалба. Навраќајќи се на декларацијата го согледуваме пренасочувањето на перспективата од пристап на медиализирана здравствена заштита кон повеќе социо-политички пристап кон здравството како огромен чекор напред. Исто така сме свесни дека посебните здравствени потреби на жените беа далеку од вообичаената агенда, освен кога стануваше збор за способноста на жените за репродукција, па дури и тогаш само како мајчинство, нега на детето и планирање на семејството.

Движењето на жените од 1970тите и 1980тите одигра значајна улога во потенцирањето на женската реалност. Како резултат од таа борба посебните потреби на жените почнаа да се ставаат на агендата на различни нивоа, од локално до национално и интернационално. Она што стана јасно беше дека без оглед дали се работи за туберкулоза, маларија, или други паразитски инфекции, ментално здравје или лоша исхрана, или пак анемија - животите

на жените различно беа погодени од овие болести од мажите. И жените бараа да се обрати особено внимание на нивните потреби.

Пристапот на ПЗЗ истовремено им одеше во прилог и на мажите и на жените поради согледувањето на здравјето како право и осознавањето дека е вклучено во социо-политичкиот контекст на сите луѓе. Сепак дури по одржувањето на Интернационалната конференција за популацијата и развојот во Каиро 1994 год и Интернационалната конференција на жените при Обединетите нации во Пекинг 1995 год. репродуктивните права на жените и нивното здравје беа ставени праведно на интернационалната агенда.

Растечкиот притисок на организациите на жени од целиот свет, конечно дојде

***Дефиницијата за репродуктивни права според светската здравствена организација, е можноста да се има безбеден, одговорен и исполнувачки сексуален живот, слобода на одлука дали, кога и колку често ќе се имаат деца, и да се избегнуваат смртта или болеста поради репродукцијата.***

до израз во Каиро каде беше дадена строга препорака на сите влади да овозможат репродуктивно здравје достапно за сите пред 2015 год. низ системот на примарна здравствена заштита. Сепак, имплементацијата на овие препораки се покажа проблематична. 1990 година се соочи со намалување на здравствениот буџет во име на реформите од секторот за здравство, поврзани со позајмиците од ММФ (меѓународниот монетарен фонд) и Светската банка, со што скоро се оневозможи претварање на тие препораки во стварност.

Платформата за акција на Конференцијата на жените одржана во Пекинг 1995 ги повтори зборовите од Каиро каде автономијата, авторитетот и самоодлучноста на жените особено во сексуалноста и репродукцијата, беа основни темели на програмите за здравје и популација. Платформата за акција исто така нудеше нов пристап кон здравјето на жените (преку целиот животен век на жената од детството до завршувањето на животот), за прв пат истакнувајќи ги здравствените грижи на жените низ целиот нивни живот. Тука повторно најдоа потешкотии на пример, некои групи на жени сметаа дека пристапот преку животниот круг ги исклучува проблемите на класата, кастата или расата (работата, бракот, бременоста и сексуалноста не значат исто за сите девојки или жени на одредена возраст).

***Во Каиро беше дадена строга препорака на сите влади да овозможат репродуктивно здравје достапно за сите пред 2015 год. низ системот на примарна здравствена заштита. Сепак, имплементацијата на овие препораки се покажа проблематична заради разни причини, вклучувајќи: реформи во здравствениот сектор вклучувајќи ја и приватизацијата и недоволно планирање на тоа од каде би дошле финансиите за препорачаните промени.***

## Дваесет и пет години подоцна

Дваесет и пет години по декларацијата на Светското здружение за Здравје за сите до 2000 година, дојдовме не до еден крстопат, туку до енормно голем број преплетени автопати и патеки. Амбициозниот повик за □Здравје за сите□ се засноваше на две основи: фактот дека обезбедувањето на здравствена заштита е обврска на државата кон своите граѓани и дека примарна здравствена заштита преку општествените здравствени работници е стартешки возможна. Сепак, во реалноста, здравјето не се обезбедува само преку здравствени услуги. Здравјето е показател за квалитетот на живеење на човекот и луѓето. За да се обезбеди здравје за сите граѓани треба да се направат политички промени во прилог на маргинализираните групи во државата и светот. За жал, последните две декади се соочија со истовремен пораст на приватизацијата, структуралните прилагодувања, неправедни трговски договори, патентирање лекови од една страна и, религиозен фундаментализам, политичко десничарски санкции кон народите, тероризам и геноцид од друга страна. Освен тоа, селективни програми за примарна здравствена заштита брзо ги заменија првобитните концепти за сеопфатна ПЗЗ- промена од општ кон вертикален пристап .

Јавниот здравствен систем во светот во развој и онака се распаѓаше како резултат на економската рецесија, намалување на буџетот за здравство и реформите во здравствениот систем врзани за позајмиците од ММФ и Светската банка. До 1980тите години Програмите за структурално прилагодување го поткопаа здравјето на луѓето, а во одредени случаи и здравствената инфраструктура толку многу што во декадата на 1990тите години влошувањето многу се продлабочи и ден денес е причина за голема загриженост. Оживувањето на заразните болести во многу делови од светот е показател на надолниот пат на квалитетот на нашето живеење и на неуспехот на нашите здравствени услуги. Затоа не е изненадувачки дека немаме ниту здравје за сите, ниту здравствена нега за сите до 2003 год.

Човековите движења низ целиот свет протестираат на приватизацијата на основните природни ресурси, од Јужна Африка до Екватор и Микронезија. Во последно време групи граѓани се мобилизираа во Гана на протест против состојбата со заемите од ММФ и Светската банка на кои нивната влада се согласи, вклучувајќи ја и приватизацијата на водата. Особено жените се чувствителни на болести преносливи преку водата заради нивната поголема изложеност, при обврските кон домаќинството и земјоделството за производство на храна кое главно го вршат тие. Скорешните епидемии на колера во Јужна и Латинска Америка се поврзани со приватизацијата на водата. Залихата на чиста вода би имала голем удел во здравјето на сиромашните во светот. Годишните на живот прилагоден кон потешкотии се мерен инструмент на СЗО и СБ за мерење на ефективноста на здравствените интервенции, според кои се

прави економска калкулација за одредување на финансиската ефективност на здравствените интервенции. Така, хигиената и чистата вода не се идентификувани како можни интервенции затоа што се □прескапи□.

**Предизвик пред нас е да се преиспита политиката на ниво на домаќинството, заедницата, национално и интернационално ниво и да се поставуваат тешки прашања за тоа зошто владите се повлекуваат од здравството и образованието создавајќи инфлација на буџетот од година во година.** Повеќето земји не трошат ни приближно 5% од грото домашниот производ, според препораките на СЗО, на здравствени услуги. Кориснички такси се воведуваат во јавниот и невладиниот сектор поплучувајќи го патот кон приватизација на здравствените услуги. Исто така е важно да се напомене дека приватниот и јавен сектор во главно ја фаворизираат болничката (куративната) нега пред здравствената промоција и превенција.

## **Здравјето на жените и пристапот на примарна здравствена заштита**

Иницијативата на движењета на жените беше таа која помогна во создавањето на потребите на жените и воведувањето на измени во пристапот на Примарна здравствена заштита. Така на пример, беше откриено дека географските (раздалеченоста меѓу здравствените установи), културните (на пр. менструацијата е срамна појава и треба да се прикрива), социјалните и економските (дискриминација од страна на медицинскиот персонал по основ на класа или каста, полово преферирање и сиромаштија) бариери се меѓу главните фактори кои влијаат врз достапноста на здравствената заштита до жените. Истите фактори ги оневозможуваат жените да останат здрави. На пример, во некои земји жените од целото домаќинство последни јадат и добиват најмало количество храна; мора да имаат дозвола од сопругот/партнерот за употреба на контрацепција или абортус; тие се последните членови на семејството кои бараат здравствена нега и најчесто немаат никаков збор во тоа како здравствениот буџет се распределува на локално или национално ниво.

Дури и кога потребите на жените во рамките на примарната заштита биле признаени, како што е случај со контрацепцијата или мајчината нега, квалитетот на негата бил толку лош, што стана и е предмет на загриженост дури и денес. Во многу африкански земји, на пример во Уганда, жените кои одат во болница да се породуваат мораат да си носат сопствени гумени ракавици, вода, сапун, шприцови и пластичен чаршав. Болницата ги нема овие средства. Во земјите каде ПЗЗ еднаш беше бесплатна, а сега е воведена партиципација, се јавува драматично опаѓање на оние кои ја користат здравствената заштита и истовремен пораст на смртноста при породување. Здравствениот буџет во многу земји е драстично намален како резултат на програмите за структурално прилагодување. На пример, на Филипините меѓу 1991 и 2000 год. буџетот на здравството опаднал од 3.7% на 1.78%, од кои поголемиот дел сепак биле



насочени кон болниците, а не кон превентивната заштита. Кога ќе се земе во предвид дека репродуктивните здравствени услуги се први на удар кога станува збор за намалување на буџетот, јасно е дека многу жени во светот едноставно ги немаат репродуктивните и сексуалните права. На пример, контрацепцијата во Украина чини 40-60% од месечниот приход на едно семејство, со што не претставува никаква опција. Во Латинска Америка присутно е намалување на стандардот на јавните здравствени услуги и недостаток на медицински средства за предпородилна, породилна и постпородилна заштита. Ваквата комбинација има катастрофален ефект врз стапката на смртност на мајките и нивните заболувања.

## **П**римарната здравствена заштита и абортусот

Малку прашања од областа на здравјето на жените кренале толку врева како абортусот и тоа заради голем број комплексни причини. Се случуваа многу промени насекаде во врска со правата на жените на абортус. Од една страна на жените им е забранет абортусот од религиозни фундаменталистички причини, а од друга страна пак абортусот и стерилизацијата се задолжителни за некои жени според некои сфаќања на заканувачката или еугена популација во одредени држави. На пример, во периодот на комунистичка Романија и Полска, државните ставови кон абортусот беа дијаметрално спротивни. Абортусот беше легален во Полска и сексуалното воспитание беше обезбедено во училиштата. Солидарната влада која ја замени комунистичката строго го забрани абортусот на жените и сексуалното образование во училиштата. Од друга страна пак, во Романија, заради владината про-натална политика, абортусот беше сметан за криминал за време на комунизмот, но легализиран три дена по смената на владата.

**Правото на жените за контрола на сопственото тело била и останува вечна тема кај високите религиозни и владини претставници- од кои повеќето се мажи.** Дури и при легализиран абортус постојат многу пречки кои ги оневозможуваат жените да ги користат безбедните услуги. Недостатокот од отворен пристап кон правото на абортус резултирал и продолжува да резултира во илјадници смртни случаи на жени кои се подлегнале на небезбеден абортус. Стотици илјади други жени патат од компликации како последица од лошо изведен абортус. На пример, во Нигерија се евидентирани 610 000 небезбедни абортуси годишно, што е највисока стапка во светот. Кенија се наоѓа на второ место со една третина смртност на мајките како резултат на небезбеден абортус. Во Источна Европа 25% од смртноста на мајки се припишува на компликации поврзани со абортус.

***Постои очајничка потреба да се интерпретираат Конвенцијата а елиминација на дискриминацијата на жените како и оние конвенции што се однесуваат на социо-економските и културните права за претварање на репродуктивната и сексуалната правда во вистински права на жените, така што црквата или државата никаде нема да можат да им ги одземат.***

Гаговото правило во САД, реактивирано од Џорџ В. Буш на неговиот прв работен ден, ги ограничува меѓународните организации за планирање на семејството кои добиваат средства од САД од давање било какви информации или услуги (воедно и референтни ) за абортус. Скорешните извештаи од Перу, каде многу водечки владини функционери се членови на Opus Dei, сведочат за одбивање било каква меѓународна помош за промовирање на репродуктивните здравствени услуги.

Освен тоа, секоја земја има свој закон за легализацијата на абортусот. Легалното не секогаш значи и понудено и достапно. Процедуралноста може да го оневозможи пристапот до абортус. Во Зимбабве, на пример, долгиот судски процес честопати го прави абортусот невозможен. Слично, во Етиопија, иако законот се изјаснил за исклучок во случај на силување и инцест, тешко е да се докаже овој злостор, или пак тоа трае толку долго што абортусот веќе не евозможен.

## **Ж**ените и заразните болести

Во структурата на Примарната здравствена заштита направен е напор да се постави програма за контролирање на заразните болести како маларија и туберкулоза. Овие болести денес се во подем во многу посиромашни региони на светот особено во Африка каде е објавено дека туберкулозата е најголемиот убиец на жените. Сепак, она што не беше и сеуште не е замена предвид е дека овие болести претставуваат поголем товар и немоќ кај жените и во комбинација со други болести како ХИБ-СИДА, тие тешко го поткопуваат здравјето на жените и нивните репродуктивни способности. Структурата на ПЗЗ сеуште треба да развива програми за ориентирање кон потребите на жените кои нема само да помогнат во намалувањето на товарот на болеста туку ќе осигураат достапност на подобра превентивна заштита.

Слично, негата на жените со полово преносливите болести е поле кое изискува внимателно лекување и може да се третира само во комбинација со третирање и на машкиот партнер на таа жена. Половите болести (не вклучувајќи ја ХИВ-СИДА), како хламидија, сифилис, гонореа и други, завземаат 1,4% од целокупниот товар на болести. Меѓу урбаната популација во земјите во развој уделот е зголемен на 15%. Жените се непропорционално погодени од тие болести. Сексуалните табуа и предрасуди негативно влијаат врз пристапот на жените кон здравствената заштита. Предрасудите на здравствените служби во однос на жените со полово преносливи болести може да резултираат со негирање на лекувањето на такви жени. Стигматизацијата и социјалното одбивање на тие жени сеуште е голем проблем. Структурите на ПЗЗ се далеку од опремени да се справат со жените кои доаѓаат-ако и кога ќе соберат храброст да дојдат на лечење.

Додека квалитетните интервенции за породување во домашни услови сеуште не се реалност за многу рурални жени во сиромашните земји, предизвикот

без преседан за домашна нега на луѓето кои умираат од ХИВ-СИДА стана нужност. **Жените било како пациенти или како негувателки на сопрузите и децата, подлежат на огромен ризик од повторени инфекции, вклучувајќи ја и неизлечивата туберкулоза отпорна на лекарсва.** Повеќето заболени од СИДА во сиромашните земји сеуште умираат од истите инфекции како и најсиромашните: туберкулоза, пневмонија и диареа. Во многу суб-сахарини африкански земји, особено во Централна и Источна Африка случаите на туберкулоза се зголемија со зголемување на позитивните случаи на ХИВ-СИДА. Во многу од горенаведените земји една од три жени умира од туберкулоза заради негрижа, бидејќи срамот за жените погодени од оваа болест е толку голем што тие се изолираат или разведуваат.

Се предвидува дека бројот на случаите на ХИВ-СИДА ќе се зголемува ширум светот. Уште сега жените во некои земји се позагрозени од мажите. Бројките се очекува драматично да се зголемуваат до 2020 год. Со порастот на ХИВ случаи нема да можеме да го одвоиме лечењето на туберкулозата, пневмонијата или диареата од оваа инфекција. Фактот дека здравствените работници се изложени на ризик од болеста ќе ги комплицира работите и понатаму. Различните облици на дискриминација со кои се соочени сиромашните и малцинските жени кога ќе се обратат на пунктовете за примарна здравствена заштита е долгоприсутна жалба на сиромашните жени и од руралните и од урбаните области во разни делови од светот. Социо-културните бариери се многу и треба да се скршат ако сакаме сите жени да ја добијат заслужената нега.

## **Н**асилството против жените

Проблемот на насилството против жените е уште еден комплексен проблем кој не го добива вниманието кое го заслужува во различните нивоа на здравствената заштита. Сепак, ситуацијата почнува да се менува како резултат на мобилизацијата од страна на движењата на здруженијата на жените. Врската меѓу насилството и здравствениот статус на жената е добро поставена (модринки, напад, депресија, самоубиство итн.), но сепак малку ставови или програми се определени за нивно третирање или за грижа на жените жртви. Сеуште постои социјалната воздржаност на жените, било во домот или надвор од него, да зборуваат за сексуалниот напад. Освен тоа многу здравствени работници не се обучени да препознаат или да се занимаваат со проблеми поврзани со насилството врз жените. Бременоста го зголемува ризикот на домашно насилство, како и дијагностицирањето на болест.

Како додаток кон домашното насилство постои и државно насилство врз жените. Бројот на убиства во име на чест  во Пакистан, Јемен и Јордан на пример, се ужасен пример за општествено прифатливо насилство каде е ставена во прашање сексуалната невиност на жената. Во Нигерија државата го има прифатено Шарија законот како државен закон кој дозволува жените сурово

да се казнуваат во случај на □нечисто□ однесување. Постои уште и насилството против жените од малцинските заедници во општествените конфликти. Еден пример за тоа е скорешниот напад од страна на Хиндусите во Индија кога бремените муслимански жени беа брутално нападнати и убиени.

Порастот на сиромаштијата ширум светот и растот на воени и конфликтни ситуации резултираше во зголемено насилство насочено кон жените. Не постои голема јавна свест за ова, и многу малку програми, освен оние поттикнати од жените, се направени да се занимаваат со трауматизираните жени во времиња на конфликт. **Малку структури на здравствена грижа во било кој дел од светот имаат вградени системи за справување со физичките и менталните ефекти врз жените како резултат на такво насилство.**

## **Гледајќи нанапред, гледајќи наназад – Каде сме денес и каде одиме?**

Препорачувајќи ја ПЗЗ, декларацијата од Алма Ата потврди дека здравјето е воглавно одредено од фактори кои се надвор од медицинските и јавни здравствени услуги. Со тек на време стана јасно дека државите и регионите кои имаа најголеми и најдолготрајни подобрувања во **здравството се всушност оние кои се имаат обврзано на праведен развој на широка основа и мултисекторност – на пример земјите како Шри Ланка, Кина, Коста Рика.** Овие земји покажаа дека инвестициите во социјалниот сектор, а особено во едукацијата на жената, здравството и мирот имаат мошне позитивен ефект на здравствените и социјалните индикатори на целокупната популација.

Центарот за репродуктивни права, група адвокати за правата на жените од Њу Јорк, известува дека многу земји ги унапредиле своите здравствени приоритети под закрила на двете главни меѓународни конференции, ИЦПД од 1994 и Конференцијата на жени на ОН во Пекинг. Многу влади од англофона Африка мораа да ги преиспитаат тековните програми и за во иднина да ги прифатат репродуктивното здравје и права како главна стратегија при преконцептуализирање на националната политика и програма. Тие мошне експлицитно го инкорпорираа јазикот на меѓународните документи во домашните инструменти. Извештајот продолжува изјавувајќи дека □без исклучок секоја општествена здравствена политика потенцира нов мултисекторски пристап на примарната здравствена заштита кон обезбедувањето на услуги и се обврзува за подобрување на квалитетот, пристапот и достапноста на цените. Тие, исто така, планираат да го интегрираат репродуктивното здравје во примарната здравствена заштита, потпирајќи се на постоечката инфраструктура и општествените услуги. □ Овие важни промени во државните закони и ставови треба да отпочнат и дефинитивно да покажат напредок во однос на волјата на различните влади да се земат потребите на жените в предвид.

**□ Владата е одговорна за здравјето на нејзиниот народ кое може да се постигне само со обезбедување на соодветни здравствени и социјални мерки □**  
(Декларација од Алма Ата, член 5)

Сепак, реалноста е депресивна. Ние само ги начнавме проблемите и дискриминациите со кои жените се соочуваат во разни делови од светот по однос на нивното здравје. Она што би сакале да истакнеме е дека пристапот на ПЗЗ е мошне прилагоден да одговори на здравствените потреби на жените. Треба да се погледне одблизу во проблемите со кои се соочуваат жените и да се изнајдат начини за да се оговори на тие потреби на начин кој е воедно и ефтин и пријателски кон жените.

Му се приклучуваме на Националното движење за здравје за наредните три години во барање за примарна здравствена заштита за сите народи насекаде. Со ова барање би сакале да потенцираме за годината 2003 дека **владите треба да ја превземат одговорноста за здравјето на жените.**

Многу влади тврдат дека нивните раце се врзани поради меѓународните договори и институции. Сепак, не смее да се заборава дека како владини претставници, (наводно) претставувајќи го народот, треба да ги стават интересите на граѓаните во прв план. Здравјето на луѓето, а особено на жените е одличен показател дека владата успешно ги претставува интересите на својата популација. Обезбедувањето на здравје за сите е морална владина обврска и е исто така експлицитно спомената во неколку општествени уставни и меѓународни договори.

*Оваа година нашиот повик е до владите:*

**Влади: Превземете ја одговорноста за здравјето на жените!**

Бараме елементите подвлечени со декларацијата од Алма Ата да бидат вклучени во сите политики и програми кои треба да се имплементираат во здравствениот и социјален систем, фокусирајќи се на родовите права:

***Бараме да се примени декларацијата од Алма Ата за создавање еден пријателски пристап кон жените во рамките на Примарната здравствена заштита***

*Понатаму бараме:*

- 1. Владите да ја превземат одговорноста за здравјето на нивната популација** тие имат обврска да го гарантираат здравјето како право на сите луѓе во рамките државата. Тие мора да создадат или овозможат социјални тела кои ќе се грижат за здравјето на жените како нивно човеково право и да

развијат начини за имплементација на соодветна политика која ќе даде позитивен резултат;

- 2. Владите да создадат механизми со кои ќе се осигура учеството на жените во сите донесувања на одлуки** за да им се обезбеди на жените да живеат здраво, т.е. обезбедување на чиста вода, санитаретски установи, основно образование итн. Исто така жените треба да имаат удел и во видот и квалитетот на обезбедена здравствена грижа во нивното место;
- 3. Владите да осигураат дека во сите планови направени за здравјето на луѓето ќе се води сметка за социјалните и економските услови, класите, кастите, религијата и сексуалната преференција.** Со ова ќе се спречи обезбедувањето на здравствените услуги да стане работа на одлучувачите која нема да обрне големо внимание на вистинските потреби на маргинализираните жени;
- 4. Владите да обезбедат сеопфатната примарна заштита која ќе ја опфати превентивната, промотивната и куративната нега од родово сензитивна гледна точка.** Владата има обврска да го стави ширењето на инфективните и паразитските заболувања под контрола и во случај на епидемија на СИДА да обезбеди превентивен и промотивен материјал и програми кои се пријателски кон жените;
- 5. Владите да го осознаат здравството како интеракција од социо-економските и политичките фактори и да се занимаваат со целокупните потреби на жените.** На пример, насилството против жените не може да се намали ако заедно и мажите и жените не се вклучат во процесот на превенција и третман. Мултисекторскиот пристап е круцијален за унапредување на сфаќањата и подобрување на здравјето на жените;
- 6. Владите да ја направат здравствената заштита универзално достапна и бесплатна** за жените кои не можат да ја платат.

#### **Што можете да направите:**

- популаризирајте ја декларацијата од Алма Ата и повикот за Здравје за сите внесувајќи ја и перспективата на жените во тоа
- користете го Националниот указ за здравство (достапен на [www.phmovement.org](http://www.phmovement.org)) за мобилизација и образование на членовите на заедницата, создавачите на политиката, владините претставници за човековите права на здравје, и како средство за застапување на локално, национално и меѓународно ниво;
- посетете ги владините претставници од вашето село, област или на национално ниво и барајте да ја подобрат примарната здравствена заштита во рамките на декларацијата од Алма Ата давајќи приоритет на здравствените потреби на жените;
- барајте вашата влада да ја ратификува и да се придржува кон конвенцијата на CEDAW;
- приклучете се на другите групи кои работат на проблемите во здравството и заедно со нив поставете ги горенаведените барања;
- учествувајте во напорите на заедницата за поставување на темелите на сеопфатната здравствена заштита за жените;

- осигурајте го правото на жените и девојките на соодветна и квалитетна здравствена заштита на сите нивоа
- барајте владата да го зголеми буџетот за здравствената заштита кај жените;
- барајте владата да ги регулира цените на лековите правејќи ги достапни на жените;
- барајте владата да институционализира механизми за активни учество на жените во планирањето, надгледувањето и проценката на здравствените програми;
- барајте го правото на жените на работни бенефиции, како правото на доење, породилно боледување итн.;
- барајте владата да имплементира построги мерки во заштитата на храната и водата, особено за сиромашните;
- барајте владата да го намали воениот буџет и да ги насочи парите повеќе кон здравствените и едукативните програми за девојките и жените;
- барајте владата да создаде здравствени услуги кои се ефтини, достапни, сензитивни кон жените и хумани;
- барајте владата да ја сопре промоцијата на небезбедните контрацептивни и стерилизацки методи и да се погрижи да се следат прописите поставени за заштита на интересите на жените;
- активно борете се против насилството врз жената во сите сфери- од воени и конфликтни ситуации до домашни. Девојките и жените мораат да бидат слободни да ги живеат своите животи без насилство или закани за насилство;
- документирајте ја имплементацијата на примарната здравствена заштита во вашата заедница, регион, држава, и како репродуктивните и сексуалните права се (или не се) интегрирани.

## Кампања за достапно здравје за жените: историја

Глобалната мрежа за репродуктивни права на жените, интернационална мрежа на околу 800 ограноци на организации на жени, лансира трогодишна кампања за достапно здравје на жените . Се приклучуваме кон движењето за човековото здравје да ја проследиме 2003 година како 25 годишнина на Алма Ата. Би сакале да ги потсетиме народите и владите во светот на дамнешното ветување дадено во Алма Ата кое ветуваше да донесе здравје за сите до 2000 година! За жал, ветувањето од Алма Ата за здравје за сите не е остварено, а уште помалку за жените. На состанокот на министрите за здравство од светската здравствена организација во Мај 1999, повикот за □ здравје за сите во 2000 година □ договорен во 1978 год. беше реформулиран во □ здравје за сите во 21 век □ и целите беа поместени за 2020 год. Што се случи со визијата од Алма Ата?

Фокусот на кампања за достапно здравје за жените за 2003 год. е да се направи нов поглед кон здравствените потреби на жените во рамките на примарната здравствена заштита. Здравјето е основно човеково право вклучено во многу интернационални договори и конвенции. Секоја влада е должна на обезбеди на својата популација пристап кон праведна, финансиски достапна и пристапна

здравствена нега. Потенцијалот на жените да бидат здрави и да добијат праведни, достапни, пристапни и квалитетни услуги продолжува да биде невозможност за повеќето во 2003 год. Трогодишното суштинско барање е да се обезбеди примарна здравствена заштита за сите луѓе и народи насекаде, земајќи ги в предвид, во теорија и пракса, и репродуктивните и сексуалните здравствени потреби на жените.

Според Алма Ата некои од основните карактеристики на примарна здравствена заштита се:

- универзално достапна здравствена заштита
- учество на заедницата
- финансиски достапни и соодветни услуги
- потреба од социјален и економски развој
- превентивна, промотивна и лекувачка нега
- интер и мулти-секторска соработка

Горенаведените карактеристики истакнуваат дека потписниците на Алма Ата го признаваат здравството како политичка категорија поврзана со прашања од социо-економската правда. Наведената потреба од партиципирање на заедницата и интерсексиска соработка го покажува согледувањето дека ако сакаме да ги сознаеме не само симптомите на лошото здравје, туку и корените, тогаш потребна е радикална промена во медиализираниот пристап кон здравјето. Декларацијата исто така се повикува и на владите да ја превземат нивната одговорност кон овозможување □здравје за сите□ да стане реалност, барање кое мора да биде подвлечено во ова време на приватизација и оддалечување на одговорноста од владата.

Намерно одбравме да се фокусираме на кампања за достапно здравје на жените, т.е. не на здравствените услуги. Иако сметаме дека здравствените услуги се мошне важни, тие сами по себе не можат да го обезбедат здравјето на жените и нивните репродуктивни и сексуални права. И покрај тоа што сакаме да ги истакнеме потребите на жените за основни услуги, исто така сакаме и да го истакнеме □обезбедувањето услови□ потребни за жените да уживаат во добро здравје. Интернационалните и националните збиднувања кои резултираат со поголема сиромаштија на народот и уште подлабоко- растечки јаз меѓу богатите и сиромашните, како што е актуелно, имаат директен удар кон можностите жените да останат здрави и да ги уживаат нивните репродуктивни и сексуални права. Визијата на Алма Ата за сеопфатна примарна здравствена заштита нуди модел не само за здравствена заштита, туку и за социјална правда и праведност, кои имаат потенцијал да овозможат подобро здравје, и поправедна здравствена заштита. Сеопфатната примарна здравствена заштита предвидена со декларацијата Алма Ата и поддржана скоро од сите влади на светот во 1978, сепак не беше целосно имплементирана. Концептот на сеопфатни услуги брзо беше заменет со □селективно□ и вертикално програмирање.



Политичката и економската јавност во 1980тите и 1990тите го согледа, со претставувањето на здравствените реформи, растурањето на здравствената инфраструктура, воведувањето на кориснички такси и намалувањето на здравствените буџети. Руралната сиромаштија страдаше најмногу од ваквите случувања. Реалноста со која жените во светот се соочуваат во поглед на нивното здравје и опстанок е обесхрабрувачка.

- Жените сочинуваат над 70% од 1,3 милијарди сиромашни во светот кои живеат со помалку од \$1 дневно.
- Стапката на смртност при породување расте во многу земји и покрај ветувањата и иницијативите да се намали воглавно превентабилната смртност
- Заразните болести како туберкулоза, маларија и ХИВ-СИДА се во пораст особено во земјите во развој. Во суб-сахарска Африка, 58% од обновените од СИДА се жени. Ударот врз жените е двојно тежок: во однос на нивната улога како негувателки на болните и во однос на тежината на болеста кај обновените жени.
- Нискиот социјален статус на жените ги прави поподложни кон лошо здравје (во многу делови од светот жените јадат последни во семејството). Неухранетоста кај жените е еден од највисоките ризик фактори за смртност при породување и за ниска телесна тежина на плодот, што само по себе е ризик фактор за високата стапка на смртност на новороденчиња.
- Нискиот социјален статус на жените често ги оневозможува жените да добијат здравствени услуги (жените се често последните членови од семејството кои би добиле медицинска грижа).
- Многу здравствени услуги кои порано беа бесплатни сега партиципации, како резултат на ММФ, светските банковни структурални програми за прилагодување и здравствените реформи. Воведувањето на овие такси се покажа дека резултира во намалено користење на услугите и зголемена смртност при породување.
- Политичкиот и религиозниот фундаментализам се во пораст и влијаат врз здравствените и социјалните сфаќања во светот, ограничувајќи го пристапот на жените кон сексуални и репродуктивни информации и услуги, што во некои случаи води кон зголемено оболување и смртност. (На пример правилото Гаг поддржано од Џорџ В. Буш забранува финансирање на секаква програма за планирање на семејството во која се спомнува зборот абортус).
- Абортирањето во небезбедни услови придонесува кон 78 000 смртни случаи годишно и стотици илјади жени кои патат од кратко или долготрајни последици. Во латинска Америка 21% од сите смртности на мајки се од небезбедни абортуси.

Кампањата за достапно здравје на жените ќе биде лансирана од организации на жени, здравствени и организации за социјална правда ширум светот на 28 Мај 2003- интернационалниот ден на акцијата за здравје на жените.

**Бараме владите да превземат одговорност за здравјето на жените!**

## Меѓународниот ден на акцијата за здравјето на жените

На состанокот на членовите на Глобалната мрежа за репродуктивни права на жените (ГМРПЖ) во Коста Рика на 28 Мај 1987, следејќи ја 5тата меѓународна здравствена конференција на жените, беше донесена одлука да се прогласи 28 Мај за Меѓународен ден на акцијата за здравјето на жените.

Во 1988 и 1989 год. две специјални изданија беа објавени од страна на ГМРПЖ и Карипската мрежа за здравјето на жените за 28 Мај на тема смртноста и болестите кај мајките. Од тогашкоординативната канцеларија на ГМРПЖ годишно го објавува Повикот за акција за 28 Мај. До 1996 овие повици се фокусираа на разни аспекти на превенцијата на смртноста и болестите кај мајките. По проценката од страна на истакнати групи во различни региони, фокусот се пренасочи кон критичко испитување на глобалната неолиберална политика – особено на ММФ и Светската банка – за здравјето на жените и нивниот пристап до квалитетна здравствена заштита, и кон барање за развој на родово сензитивна здравствена и развојна политика, која го подобрува животниот стандард на сиромашните жени и мажи и ги подобрува достапноста и квалитетот на здравствените услуги. Од 1997 год., Латиноамериканската и Карипската мрежа за здравјето на жените исто така отпочна со издавање на Повикот за акција ориентиран кон нивната мрежа.

Од почетокот, Меѓународниот ден на акцијата за здравјето на жените 28 Мај стана ширум познат и прославуван. Во 1999 тој беше официјално признаен од владата на Јужна Африка. 28 Мај стана ден на кој многу групи и организации на жени од целиот свет изведуваат најразлични активности – од уличен театар и демонстрации до дискусии со парламентарците – свртувајќи го вниманието кон незадоволителната состојба на здравствената заштита на жените и барајќи подобрувања.

По тој повод, Здружението за еманиципација, солидарност и еднаквост на жените се приклучи кон кампањата на ГМРПЖ со превод на брошурата „Повик за акција“ и печатење на постер со слоганот на кампањата: „Здравје за сите, Здравје за жените“. Целта е да се привлече вниманието на јавноста и одговорните структури и да се отвори широка дебата околу прашањето, колку примарната здравствена заштита е достапна и пристапна за СИТЕ ЖЕНИ во Р. Македонија, како и за степенот на оставарување на репродуктивните и сексуални права на жените во Македонија.



ESH

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



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