

## Artikel

# Gezondheidszorg in mondiaal perspectief

Prof dr. Marleen Temmerman

### 1. Inleiding

In principe wordt de mens overal ter wereld 'gelijk' geboren, maar om het met Georges Orwell te zeggen, de één is van bij de geboorte al meer gelijk dan de andere. Als we het Wereldbevolkingsrapport van 1997 bekijken worden we meteen geconfronteerd met de trieste realiteit; elke minuut sterft ergens ter wereld een vrouw aan de gevolgen van zwangerschap, vooral in ontwikkelingslanden. Meer dan 120 miljoen koppels die het aantal zwangerschappen willen beperken hebben daartoe de middelen niet, ten minste 75 miljoen zwangerschappen per jaar zijn ongewenst, wat resulteert in 45 miljoen abortussen. Eén miljoen vrouwen per jaar sterft aan de gevolgen van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), zonder het HIV virus mee te rekenen. Per minuut worden 6 tot 8 mensen besmet met HIV, dit alles ook weer voornamelijk in arme landen. Ten minste 60 miljoen meisjes worden 'vermist' in verschillende populaties als gevolg van gendeselectieve abortussen of kindermoord. Twee miljoen jonge kinderen worden jaarlijks in de commerciële seks industrie te werk gesteld, en de rapporten over 'gender specific violence' zijn onthutsend. Ook genitale verminking komt nog frequent voor, met naar schatting 2 miljoen nieuwe slachtoffers per jaar.

Toch kunnen een aantal van deze problemen vermeden en bestreden worden door relatief goedkope verbeteringen van de reproductieve gezondheidszorg, door betere voorlichting en effectieve voorbehoedsmiddelen. De totale kost voor reproductieve gezondheidszorg wereldwijd wordt geschat op 17 miljard dollar wat minder is dan de wekelijkse uitgaven aan bewapening. Toch blijven armoede, economische ongelijkheid en analfabetisme de belangrijkste determinanten van ongelijkheid op het vlak van gezondheid.

De organisatie en kwaliteit van gezondheidsvoorzieningen rond seksualiteit en voortplanting in ontwikkelingslanden hebben tot op heden weinig aandacht gekregen, dit om diverse redenen. Gezondheid op zichzelf, en gezondheid van vrouwen in het bijzonder, heeft nooit hoog gestaan op de agenda van regeringen en internationale instellingen. Hierin is stilaan verandering aan het komen, maar één van de cruciale vragen is hoe een kwalitatief aanvaardbare gezondheidszorg binnen het bereik te brengen van de gebruiker in de derde wereld. Alvorens deze discussie aan te vatten is het goed zich te realiseren dat een gezonde seksualiteitsbeleving en voortplanting vooral worden bepaald door socio-economische, politieke en religieuze factoren, geslacht, levensstijl en omgeving en in mindere mate door de gezondheidszorg. Uiteraard wordt ook de kwaliteit van de gezondheidsvoorzieningen in belangrijke mate bepaald door deze hoger vernoemde factoren.

In de volgende paragrafen zal verder ingegaan worden op de omvang van het probleem, de – recente – inspanningen van de internationale wereld en bepaalde regeringen, en mogelijke strategieën voor de toekomst.

### 2. Definities

Sinds de Bevolkings- en Ontwikkelingsconferentie van Caïro (1994) is het begrip reproductieve gezondheid niet meer weg te denken van de agenda van internationale en nationale organisaties.

## Oikos, Politiek, milieu, cultuur, 16, 5/2000, Artikel

Wat betekent reproductieve gezondheid eigenlijk? Net zoals gezondheid in het algemeen, is reproductieve gezondheid een positieve toestand en niet enkel de afwezigheid van ziekte. Het recht op reproductieve gezondheid omvat:

- 1) de mogelijkheid om seksuele relaties te onderhouden zonder angst voor infecties of ongewenste zwangerschap en zonder dwang;
- 2) de mogelijkheid de vruchtbaarheid te regelen zonder onaangename of gevaarlijke bijwerkingen;
- 3) de mogelijkheid om zonder gevaar zwanger te worden en kinderen te baren en
- 4) de mogelijkheid om gezonde kinderen te baren en groot te brengen.

Belangrijk is hierbij het recht op een positieve seksualiteitsbeleving, zonder angst voor de schadelijke gevolgen, zijnde ongewenste zwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA). Reproductieve gezondheid kadert uiteraard in een bredere context van streven naar gelijkheid van seksen, waarbij de toegang tot onderwijs, gezondheidszorg, arbeid en maatschappelijke ontplooiing gelijkwaardig zijn voor mannen en vrouwen.

Reproductieve gezondheidszorg bestaat uit een pakket van voorzieningen gericht op zowel vruchtbaarheid als onvruchtbaarheid, seksuele gezondheid, preventie en behandeling van infecties en genitale kankers, en veilig moederschap. Reproductieve gezondheidszorgvoorzieningen moeten derhalve gemakkelijk bereikbaar zijn, aanvaardbaar door de gemeenschap, van voldoende kwaliteit en zoveel mogelijk geïntegreerd in de eerste lijnsgezondheidszorg. Bij reproductieve gezondheidszorg horen dus niet alleen geboorteregeling en pre- en postnatale moeder- en kindzorg, maar ook preventie en controle van SOA/HIV, infecties en mutilaties van de voortplantingsorganen, en genitale kankers.

### 3. De omvang van het probleem

Uit recente gegevens blijkt dat het ziekte- en sterftcijfer verbonden met 'vrouw zijn' bijzonder hoog is, vooral onder vrouwen in ontwikkelingslanden. Volgens de Wereldbank houdt ongeveer twee derde van het totale ziektecijfer bij vrouwen tussen 15 en 44 jaar in ontwikkelingslanden verband met gezondheidsproblemen rond zwangerschap en bevalling, abortus, genitale mutilaties, SOA/HIV, genitale kanker en andere aandoeningen van het voortplantingssysteem.

Naar schatting zijn er op de wereld 120 miljoen koppels met een onvervulde behoefte aan voorbehoedsmiddelen, 60-80 miljoen koppels zijn ongewild kinderloos, 40 miljoen mensen zijn besmet met het HIV-virus en 85-114 miljoen vrouwen zijn slachtoffer van genitale verminking. Bovendien sterven elk jaar 500.000 vrouwen aan de gevolgen van zwangerschap, 20 miljoen ondergaan een abortus in medisch onverantwoorde omstandigheden, en 250 miljoen mensen lopen jaarlijks een SOA op. Naarmate vrouwen ouder worden, komen daarbij andere belangrijke gezondheidsproblemen die het gevolg zijn van seks; baarmoederhalskanker bijvoorbeeld, treft elk jaar meer dan 400.000 vrouwen, vooral in ontwikkelingslanden.

De negatieve gevolgen van voorplanting en seksualiteit zijn rampzalig voor vrouwen, omwille van de individuele, familiale en maatschappelijke gevolgen. Vrouwen, vooral in ontwikkelingslanden, zijn in vele opzichten slachtoffers, niet alleen omdat hun gezondheid er meer onder lijdt, maar ook omdat ze in hun voortplantingsfunctie getroffen worden en daardoor bovendien dikwijls verstoten worden door hun familie en hun gemeenschap. Hun opleidingsniveau is veelal laag en economisch zijn ze afhankelijk van de man, wat hun onderhandelingspositie op gebied van seksualiteit en voortplanting hypothekeert. Ook de natuur benadeelt de vrouw, gezien symptomen wijzend op een genitale infectie dikwijls ontbreken bij de vrouw, wat

## Oikos, Politiek, milieu, cultuur, 16, 5/2000, Artikel

de opsporing bemoeilijkt. Verder heeft ook de medische wetenschap totnogtoe onvoldoende aandacht besteed aan het ontwikkelen van preventieve middelen die door vrouwen zelf gecontroleerd worden, zodat ze, bv. wat het condoomgebruik betreft, nog steeds afhangen van de 'goodwill' van de mannelijke partner.

Indicatoren die de kwaliteit van de reproductieve gezondheidsvoorzieningen reflecteren zijn, onder andere, de moederlijke sterfte, de perinatale sterfte, de prevalentie van contraceptiegebruik, de prevalentie van SOA en genitale kankers, en het percentage ongewenst kinderloze vrouwen. De moederlijke sterfte is 200 maal hoger in ontwikkelingslanden dan in de geïndustrialiseerde wereld. Meer dan 500.000 vrouwen sterven jaarlijks ten gevolge van zwangerschap en bevalling. Op ongeveer 6000 na, komen deze maternale sterftes voor in ontwikkelingslanden, waar 86 procent van de zwangerschappen plaatsheeft. De belangrijkste doodsoorzaken zijn septische abortus, infecties, hoge bloeddruk en bloedarmoede. Meer dan de helft van deze sterftes zijn te voorkomen door een minimum aan verloskundige zorgen. Het selecteren en doorverwijzen van hoogrisicozwangeren naar verloskundige centra is ongetwijfeld een zinvolle interventie. Het verbeteren van de opleiding van 'traditional birth attendants' heeft vooral zin, als dit kadert in een integraal programma, waarbij de refereercentra technisch goed uitgerust zijn en over goed getraind personeel beschikken.

Geboorteregeling beantwoordt zowel aan het verlangen van het individu om de voortplanting te controleren, als aan demografische noden. De bevolkingsexplosie is één van de meest opvallende gebeurtenissen sinds de industriële revolutie. Een numerieke voorstelling van de bevolkingsexplosie, is het feit dat er tussen 8000 voor- en 1750 na Christus gemiddeld 67000 mensen per jaar bijkwamen, terwijl dit heden ten dage gerealiseerd wordt in amper 7 uur tijd. De trage groei gedurende de eerste 99 procent van de geschiedenis van de mens was voornamelijk te wijten aan hoge sterftecijfers, vooral onder kinderen. Voor de industriële revolutie was de gemiddelde levensverwachting niet hoger dan 30 jaar, en moest men veel kinderen ter wereld brengen, om er een paar volwassen te zien worden. Sinds 1750 is het sterftcijfer drastisch afgenomen, vooral dankzij economische ontwikkelingen en een betere levensstandaard. Pas sinds het begin van deze eeuw draagt de vooruitgang in medische technologie, vooral dan vaccinaties en antibiotica, een steentje bij tot het verbeteren van de overlevingskansen.

Staatsinmenging in het voortplantingsgedrag is een gekend fenomeen, zoals bv. in China en India, maar wordt als inhumain beschouwd en mist dikwijls het beoogde doel, door een gebrek aan informatie naar en medewerking van de burger zelf, meer bepaald vrouwen en vrouwengroeperingen. Daartegenover staat dat economische ontwikkeling, gepaard gaande met een hogere scholingsgraad van vrouwen, betere voorlichting en een betere organisatie en toegankelijkheid tot de gezondheidssector, automatisch leidt tot de afname van het aantal kinderen per vrouw. De nood aan voorbehoedsmiddelen is echter nog steeds hoog en het aantal koppels met een onvervulde behoefte ('the unmet need') aan voorbehoedsmiddelen wordt tussen de 100 en 300 miljoen geschat, ongehuwden en tieners niet inbegrepen. Geboorteregeling moet een vrije persoonlijke keuze zijn, met een breed aanbod van voorbehoedsmiddelen en een belangrijke gezondheidsvoorlichtingcomponent. In veel ontwikkelingslanden zijn familyplanningprogramma's echter verticaal georganiseerd en niet altijd geïntegreerd in de eerstelijnsgezondheidszorg. Family planning clinics zijn ook niet voor iedereen toegankelijk en zowel economische als religieuze, sociale en culturele factoren spelen dikwijls een belemmerende rol. De nood aan ondersteuning van familyplanningprogramma's, geïntegreerd in de basisgezondheidszorg, is derhalve reëel

In verschillende Afrikaanse hoofdsteden worden momenteel HIV seroprevalenties genoteerd van 30% onder zwangere vrouwen, een groep die algemeen beschouwd wordt als een laagrisicopopulatie. Deze alarmerende cijfers zijn nu langzamerhand genoegzaam bekend, evenals het feit dat er geen vaccin noch medicijn bestaat en preventie het enige wapen is in de strijd tegen AIDS. Preventie komt voornamelijk neer op gezondheidsvoorlichting en seksuele opvoeding, gericht op het verminderen van het aantal partners, condoomgebruik en het vroegtijdig opsporen en behandelen van SOA. Voorlopig lijkt het effect

## Oikos, Politiek, milieu, cultuur, 16, 5/2000, Artikel

van voorlichtings- en preventiecampagnes echter miniem en de epidemie woedt verder, vooral in Zwart Afrika en in Zuid-Oost Azië

De gevolgen van HIV/AIDS en andere seksueel overdraagbare aandoeningen zijn des te meer rampzalig voor vrouwen, omwille van de individuele, familiale en maatschappelijke gevolgen. Vrouwen, vooral in ontwikkelingslanden, zijn in vele opzichten slachtoffers, niet alleen omdat hun gezondheid er meer onder lijdt, maar ook omdat ze in hun voortplantingsfunctie getroffen worden en daardoor bovendien dikwijls verstoten worden door hun familie en hun gemeenschap. Hun opleidingsniveau is veelal lager en economisch zijn ze afhankelijk van de man, wat hun onderhandelingspositie op gebied van seksualiteit en voortplanting hypothekeert. Ook de natuur benadeelt de vrouw gezien de symptomen van een genitale infectie dikwijls ontbreken bij de vrouw wat de opsporing bemoeilijkt. Verder heeft ook de medische wetenschap totnogtoe onvoldoende aandacht besteed aan het ontwikkelen van preventieve middelen die door vrouwen zelf gecontroleerd worden zodat ze bv. wat het condoomgebruik betreft nog steeds afhankelijk van de 'goodwill' van de mannelijke partner.

Ook bepaalde genitale kankers worden in verband gebracht met seksueel gedrag en gedragen zich ook als een SOA. Baarmoederhalskanker wordt veroorzaakt door een virus, het humane papiloma virus (HPV), dat kan overgedragen worden door seksueel contact. Baarmoederhalskanker kan eenvoudig opgespoord en behandeld worden in een vroegtijdig stadium. De incidentie van baarmoederhalskanker is het hoogst in Oost-Afrika en Zuid-Amerika, waar het de meest voorkomende kanker bij vrouwen is. Jammer genoeg zijn de vroegtijdige opsporingsprogramma's in ontwikkelingslanden zo goed als onbestaande in de openbare gezondheidssector, en wordt baarmoederhalskanker meestal slechts gediagnosticeerd als het te laat is.

In het geheel van de gezondheidsproblematiek, maken zowel geboorteregeling, moeder- en kindzorg als preventie en controle van SOA, HIV/AIDS en genitale kankers een essentieel onderdeel uit van de gezondheidsvoorzieningen. Integratie van deze programma's in de basisgezondheidszorg is een belangrijke strategie ter verbetering van de reproductieve gezondheidszorg.

Eén van de belangrijkste uitdagingen is, zowel regeringen als niet-gouvernementele organisaties, instituten en personen te overtuigen van het belang van een adequaat uitgebouwde reproductieve gezondheidszorg. Gezondheid in het algemeen, en reproductieve gezondheid in het bijzonder, is meestal geen prioriteit op de politieke agenda. Niettegenstaande talrijke mooie beloften op internationale politieke of wetenschappelijke conferenties, is er weinig vooruitgang te merken. Dit is deels te wijten aan het feit dat leidinggevende personen zelf te weinig beseffen dat goed georganiseerde programma's rond reproductieve gezondheidszorg een belangrijke sociale en economische impact hebben. Ook religieuze en culturele factoren kunnen een belemmerende rol spelen. Het feit dat er weinig vrouwen leidinggevende posities in gezondheidsprogramma's hebben is evenmin bevorderlijk voor het beklemtonen van prioriteiten rond reproductieve gezondheidszorg.

Het laag opleidingsniveau van vrouwen in vele landen, haar inferieure maatschappelijke positie en haar economische afhankelijkheid zijn stuk voor stuk belangrijke hinderpalen op de weg naar het verbeteren van de reproductieve gezondheid van beide seksen.

### 4. En de wereld kijkt toe... de Vrouwenconferenties.

Het allereerste internationaal rechtsinstrument over de gezondheid van de vrouw (ILO conventie nr. 3, 1919), later opgenomen in het corpus van de UNO rechtsinstrumenten, betreft de bescherming van de zwangere werkende vrouw. Men zou kunnen verwachten dat, binnen het systeem van de Verenigde Naties, de in 1946 opgerichte Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) het voortouw zou nemen inzake de zorg om de gezondheid van de vrouw. Aanvankelijk echter hebben zowel de internationale

## Oikos, Politiek, milieu, cultuur, 16, 5/2000, Artikel

arbeidsorganisatie (ILO) als de landbouw- en voedselorganisatie (FAO) en het fonds voor kinderbescherming (UNICEF) eveneens een belangrijke rol gespeeld. ILO-conventies en aanbevelingen over bescherming van het moederschap (1919, 1952), over nachtarbeid (1919, 1934, 1948), ondergronds werk (1935), sociale zekerheid (1952), discriminatie bij de tewerkstelling (1958) en tewerkstelling van vrouwen met gezinsverantwoordelijkheid (1965), vormden een stevig en door de vakbonden hanteerbaar kader, voor de bescherming van de gezondheid van de werkende vrouw.

De in 1946 opgerichte Commissie voor de Status van de Vrouw van de Verenigde Naties had geen expliciete opdracht of bevoegdheid inzake gezondheid. Als men echter de verslagen over de werkzaamheden van deze Commissie, de eerste resolutie van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties van 1962 over Vrouwen in de Derde Wereld en de Verklaring over de Uitbanning van Discriminatie jegens vrouwen van 1966 aandachtig leest, dan merkt men op de achtergrond een voortdurende bezorgdheid om de gezondheid van de vrouw. De vele bepalingen inzake de minimumleeftijd van meisjes bij het huwelijk, inzake de noodzaak van de uitdrukkelijke toestemming van de bruid (Conventie en aanbeveling van 1962 en 1965), de nadruk op het recht van meisjes op onderwijs en op toegang tot secundair onderwijs (1960) vertalen een bezorgdheid om de reproductieve gezondheid van jonge vrouwen en een bescherming tegen zeer jeugdige zwangerschappen, gekleed in de omslachtige diplomatieke taal van het tijdperk voor de tweede emancipatiegolf.

In 1972, tijdens een zitting van de Commissie van de Status van de Vrouw stelden enkele niet-gouvernementele organisaties voor een Internationaal Jaar van de Vrouw uit te roepen en rond het thema 'Gelijkheid en Ontwikkeling' een Wereldconferentie te houden. De Algemene Vergadering stemde daar uiteindelijk in toe voor 1975, maar niet zonder de eerste UNO-Wereldconferentie voor de Vrouw (Mexico 1975) te belasten met twee bepalende hypothesen. Het uiterst politiek geladen thema 'Vrede' werd toegevoegd aan de vrouwen thema's, en de Wereldbevolkingsconferentie van Boedapest (1974) kreeg voorrang waardoor, alweer, de vrouw vooral als moeder benaderd werd. Het basisverslag, opgesteld door het secretariaat-generaal van de Verenigde Naties voor de eerste Wereldvrouwenconferentie van Mexico, vermeldt de thema's gezondheid niet, tenzij onder bedekte bewoordingen, zoals 'het verspreiden van informatie met het oog op het verbeteren van de situatie van de vrouw'.

Net zoals de slotverklaring van Beijing formuleringen van de Wereldbevolkingsconferentie van Caïro herhaalt en daardoor versterkt, zo bevatte de slotverklaring van Mexico in de beginselartikelen 11 en 12 een bevestiging van de Wereldbevolkingsconferentie van Boekarest en de eerste omzichtige vermelding van geboorteplanning. De artikelen 108 tot 123 van het actieplan van Mexico beklemtonen, onder de hoofding 'Gezondheid en Voeding', eerder de bijdrage van de vrouw aan de gezondheid en de voeding van kinderen en van de bevolking in het algemeen, dan haar eigen behoefte aan gezondheidszorgen, tenzij dan in haar rol als moeder. Een aparte resolutie nr. 5 over 'Vrouw en Gezondheid', ingegeven door de Wereldgezondheidsorganisatie, vraagt aandacht voor de gezondheid van de vrouw in het wetenschappelijk onderzoek en een betere opleiding van gezondheidswerkers, inzake de gezondheidsproblematiek van vrouwen. Opvallend is dat, noch in de bijdrage van de ILO, noch in de bijdrage van niet-westerse regio's, enige vermelding gemaakt wordt van arbeidsgeneeskundige bescherming voor vrouwen die handenarbeid verrichten in de industrie of in plantages.

Uiteindelijk blijkt de vermelding van contraceptie en het recht op lichamelijke integriteit de grootste vooruitgang op het gebied van gezondheid voor vrouwen. Ondertussen werden lessen getrokken uit de grote politisering van de Conferentie van Mexico, waar thema's uit de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties zoals vrede, zionisme, apartheid, kolonialisme, Palestina, Vietnam en Chili, het voorwerp van tijdrovende debatten en betwiste resoluties werden, met als gevolg dat de aandacht afgeleid werd van vrouwenaangelegenheden.

Daarom krijgt de Tweede Wereldvrouwenconferentie (Kopenhagen 1980), door een politieke overwinning van het 'westers blok' in de Algemene Vergadering (resolutie 33/185, 1979), de

## Oikos, Politiek, milieu, cultuur, 16, 5/2000, Artikel

welomschreven subthema's 'tewerkstelling, gezondheid en onderwijs' mee. Kopenhagen betekent de grote doorbraak voor de bewustwording van gezondheidsproblemen eigen aan vrouwen. Alle gespecialiseerde organisaties van het stelsel van de Verenigde Naties brachten thans een op de subthema's gerichte bijdrage, en het actieplan sprak eindelijk concrete en klare taal. De doelstellingen inzake gezondheid (artikel 141) zijn niet meer uitsluitend moederschapgericht, doch bestrijken 'alle stadia van het leven van de vrouw'. Geweld tegenover vrouwen (artikel 65), ongewenste intimiteiten (artikel 124) en geweld in het gezin (artikel 141f) worden aangeklaagd. Voor het eerst ook is er de aandacht voor de geestelijke gezondheid van de vrouw en wordt drugs- en alcoholverslaving vermeld. Zoals Mexico te politiek gericht was, bleek Kopenhagen echter te Westers georiënteerd. De inbreng van de meeste lidstaten en van de regionale conferenties was eerder gericht op de gelijke behandeling en de integratie in de maatschappij, dan op de bescherming van de vrouw. De ILO slaagde er niet in enige belangstelling te mobiliseren rond nieuwe arbeidsgeneeskundige problemen voor de vrouw (het gebruik van chemicaliën, onaangepaste werktuigen, enz.). Ook de ontwikkelingslanden vonden geen gehoor voor de specifieke problemen van hun vrouwelijke bevolking.

De Derde Wereldconferentie (Nairobi 1985) zou daaraan verhelpen. De hoofdthema's van Mexico en de subthema's van Kopenhagen werden aangehouden, maar het internationale debat over de ontwikkelingsproblematiek beïnvloedde ten zeerste de teksten. Opvallend in de slotverklaring van Nairobi en in het daar aangenomen actieprogramma, is het inkaderen van de vrouweneisen in nationale, regionale en specifieke programma's, 'main-streaming' met duidelijke aanduidingen voor donors en gespecialiseerde agentschappen. Allicht doordat de Conferentie ver van de hoofdzetels van de gespecialiseerde organisaties van de Verenigde Naties doorging was hun inbreng ontgoochelend. De ILO concentreerde zich op dat ogenblik reeds volledig op het vraagstuk van de werkloosheid in de geïndustrialiseerde landen, de FAO en UNICEF worden geconfronteerd met catastrofes zoals grote droogte, voortschrijdende desertificatie, honger en bevolkingsmigratie in het zuiden, de WHO kampt met de eerste aanduidingen van een nieuwe wereldepidemie. De geestdrift, de energie en het zelfvertrouwen van voornamelijk de Afrikaanse vrouwen, redt de Conferentie, die in de geschiedenis zal ingaan als de meest realistische en meest actiegerichte, ook inzake gezondheid.

Nieuw is dat nu preventieve gezondheidszorg, groepsgezondheidszorg en de beïnvloedende factoren van milieu en voeding op gezondheid in het licht worden gezet.

De Vierde Wereldvrouwenconferentie (Beijing 1995) wordt, zoals deze van Mexico, gekenmerkt door de politisering van het debat enerzijds, en door de invloed van de voorafgaande Wereldbevolkingsconferentie (Caïro 1994), anderzijds. Ditmaal spelen echter beide factoren een positieve rol. Het politieke debat over de opportuniteit van een internationale vrouwenconferentie in een land, waar discriminatie en verwaarlozing van de vrouw traditie zijn, zet andere lidstaten aan zich te bezinnen over de status en de rechten van de vrouw als individu, in hun eigen land. Het belangrijkste deel van de discussie over de reproductieve gezondheidsrechten werd reeds gevoerd en beslecht in Caïro. In Beijing bouwde men verder op de verworvenheden van Caïro, en voegde men verduidelijkingen toe. Vooral opvallend is dat de vrouw, ook wat gezondheid betreft, behandeld wordt als een persoon met zelfbeschikkingsrecht over haar eigen lichaam.

### 5. Vrouwen, gezondheid en onderzoek

Op het einde van de zestiger jaren, minder dan 10 jaar nadat de eerste anticonceptiepil op de markt gebracht was, verscheen er in de Verenigde Staten een boek 'Doctor's Case against the Pill' geschreven door een journaliste die de aandacht trok op een aantal bijwerkingen en nefaste invloeden van de pil op de gezondheid van de vrouw. Daarop volgden een aantal 'hearings', waar vooral mannen het woord namen, en vrouwenrechtenactivisten eisten om gehoord te worden. Het gevolg van deze discussies was, dat vrouwen zich her en der verenigden en in 1975 waren er een 2000 vrouwengroeperingen, meestal

gedragen door vrijwilligsters, actief in de USA. Deze groepen kwamen op voor betere gezondheidsvoorzieningen, reageerden tegen overmatig gebruik van medische technologie en onvoldoende zorgvuldig testen van geneesmiddelen, de paternalistische houding van een voornamelijk mannelijk medisch corps voor overwegend vrouwelijke patiënten. Een kwart eeuw later is het beeld grondig veranderd en heeft zo ongeveer elk land een afdeling vrouwenzaken binnen het ministerie van volksgezondheid. Alleen al in 1994 en 1995, is het onderwerp gezondheid van vrouwen het onderwerp geweest van 3 belangrijke internationale conferenties (Caïro, Kopenhagen en Beijing).

De prioriteiten, zowel op gebied van onderzoek als implementatie, liggen uiteraard anders voor westerse vrouwen dan voor vrouwen in de Derde wereld. In het Westen wordt er sinds geruime tijd gedebatteerd over het 'gender' aspect in het onderzoek. Volgens sommigen worden vrouwen uitgesloten van een groot aantal belangrijke klinische en epidemiologische studies en wordt er onvoldoende geld vrijgemaakt voor onderzoek naar vrouwenproblemen. Een grondige kijk op de zaak toont echter dat er de laatste 20 jaar minstens evenveel onderzoeksfondsen besteed worden aan specifieke vrouwenziekten, zoals bijvoorbeeld borstkanker en baarmoederhalskanker, en dat onderzoek naar de rol van hormonen op het ouder worden hoog scoort op de hitlijst. In ontwikkelingslanden eist de sociale functie van vrouwen, te zorgen voor de voorzetting van onze species, een belangrijke tol. Meer dan 99% van de moederlijke sterfte heeft plaats in de Derde wereld, waar basisgezondheidszorg niet binnen ieders bereik ligt. Op vele plaatsen is er een absoluut gebrek aan voorzieningen; maar ook sociale, culturele en economische factoren beletten vrouwen gebruik te maken van bestaande voorzieningen. Vrouwen moeten dikwijls de toelating of het geld vragen aan hun man om naar de dokter of hulpverlener te mogen gaan, en de beslismacht rond gezinsplanning en seksualiteit ligt veelal bij de man. Opvallend is echter dat ook vrouwen in de armere bevolkingsklassen in het Westen kampen met gelijkaardige problemen op gebied van reproductieve gezondheidszorg, zoals ongewenste zwangerschappen, criminele abortus, teenage zwangerschappen, prostitutie en seksueel overdraagbare aandoeningen. Niet zozeer de evenaar, maar wel de factor armoede, is de belangrijkste determinant van gezondheid en, gezien vrouwen wereldwijd de eerste slachtoffers zijn van armoede, is en blijft de gezondheid van de vrouw een reden tot bezorgdheid.

Meer aandacht, tijd en geld zijn absoluut noodzakelijk voor verder onderzoek naar de rol van specifiek vrouwelijke factoren, zoals bijvoorbeeld de hormonen, op ziekte en gezondheid. Ook kanker, vooral dan borstkanker, blijft zijn tol eisen; vooral in het Westen en verder onderzoek is absoluut noodzakelijk. Operationeel onderzoek naar optimale gezondheidszorgstrategieën overal ter wereld verdient meer bezinning en denkwerk. Uiterst belangrijk in dit denkproces is de betrokkenheid van vrouwen als individu, wetenschapper, gezondheidsplanner, gebruiker en voorziener van gezondheid.

## **6. Prioriteiten in een toekomstig gezondheidsbeleid**

Gezondheid is geen op zichzelf staand, individueel gebeuren, maar wordt bepaald door een geheel van maatschappelijke, religieuze, sociale, milieu, en economische factoren. Na meer dan drie decaden voorbereiding en sensibilisering, is de gezondheid van de vrouw een prioriteit geworden op de agenda van nationale en internationale organisaties. De tekst van het actieplatform van de Beijing-conferentie behield gezondheid van vrouwen als één van de 12 prioriteiten naast, onder andere, armoede, geweld, economische ongelijkheden, toegang tot onderwijs, milieu enz. Tijdens de voorbereidingen van de Beijing-conferentie werd onderzocht wat er in de verschillende lidstaten veranderd was sinds de Nairobi-conferentie van 1985. Niet geheel onverwacht bleek er, met uitzondering van een paar successen hier en daar, weinig fundamenteels veranderd te zijn. Het concept, dat gezondheid van vrouwen niet alleen een essentiële voorwaarde voor economische ontwikkeling, maar ook een menselijk recht was, werd door de meeste regeringen niet ernstig genomen. Gezondheidsstatistieken zijn vaak onbestaande of onvoldoende bijgehouden en houden vaak geen rekening met 'gender'. Specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen worden vaak niet of nauwelijks bestudeerd en weinig geld wordt ter beschikking gesteld voor onderzoek naar vrouwenproblemen, met uitzondering van de commercieel rendabele sectoren, zoals de anticonceptiepl en de hormonale substitutie in de menopauze.

## Oikos, Politiek, milieu, cultuur, 16, 5/2000, Artikel

In Beijing is aandacht gevraagd voor duidelijke prioriteiten in het toekomstig gezondheidsbeleid, vanuit het standpunt dat gezondheid belangrijk is in alle stadia van de levenscyclus. Het moet duidelijk zijn dat gezondheidsproblemen in een bepaalde fase van het leven, niet alleen hun weerslag hebben op het verder levensverloop, maar ook op toekomstige generaties. Het holistisch beschouwen van gezondheid van vrouwen, legt de vinger op de wonde van sociale, politieke en economische ongelijkheden die tot uiting komt in geweld en discriminatie van vrouwen, ongeplande en ongewenste zwangerschappen en ongelijke toegang tot de gezondheidssector. Geweld tegenover vrouwen, verkrachting, zowel binnen een relatie als daarbuiten, wordt nog steeds amper gerapporteerd en verdient meer aandacht en actie.

Met als doel de gezondheid van de vrouw in haar globaliteit te verbeteren, heeft het FWCW (Fourth World Conference on Women) een actieplatform voorgesteld, dat onderschreven werd door regeringen, NGO's en internationale instellingen, werkzaam op dit terrein. Het opnieuw bevestigen van het recht van de vrouw op de hoogst mogelijke standaarden van fysisch en psychisch welzijn, vormt de basis waarop nationale regeringen hun wetgeving kunnen aanpassen en strategieën zullen ontwikkelen, die moeten leiden tot het verbeteren van de toegang en kwaliteit van de gezondheidszorg.

Ook dient er rekening gehouden worden met geslachtsspecifieke elementen in de gezondheidszorg en moeten vrouwen de kans krijgen door vrouwelijke hulpverleners geholpen te worden. Vrouwen moeten zeggenschap krijgen in onderzoek, ontwikkeling en implementatie.

Het zal de taak zijn van drukkingsgroepen en vrouwenbewegingen in de verschillende landen, ervoor te zorgen dat de overeenkomsten en beslissingen van Caïro en Beijing geen holle slogans en woorden in de wind blijven, maar dat, éénmaal de basis gelegd, de uitvoering ervan ook werkelijkheid wordt.

Talrijke externe factoren beïnvloeden de seksuele en voortplantingsgezondheid en, zoals we al in het begin gezegd hebben, wordt ze niet alleen geconditioneerd door tussenkomsten van de gezondheidssector. Economische factoren, opvoeding, werkgelegenheid, leefomstandigheden van families en gemeenschappen, sociale relaties en relaties met het andere geslacht, traditionele en legale structuren spelen een belangrijke rol

Meestal is de dood bij de zwangerschap enkel het laatste hoofdstuk van een verhaal, dat veel eerder in het leven van een vrouw begint. Over heel de wereld worden meisjes gediscrimineerd, wat de toewijzing van familiemiddelen en de toegang tot de gezondheidszorg betreft. Bovendien houden het gezondheids- en opvoedingssysteem geen rekening met de behoeften van vrouwen. Omdat ze geen macht bezitten, niet economisch onafhankelijk zijn en geen rechten hebben die hen tegen discriminatie beschermen, is het voor vrouwen dikwijls moeilijk, of zelfs gevaarlijk, om zichzelf te beschermen of voor zichzelf op te komen.

De ongelijke gezondheidsverdeling weerspiegelt de ongelijkheden in kansen, welvaart, macht, rechten op internationaal, nationaal, plaatselijk en individueel niveau. De ongelijkheid in de voorziening van aangepaste gezondheidsvoorzieningen is slechts één factor hiervan.

Het is duidelijk dat de verbetering van de gezondheidssector hand in hand moet gaan met veranderingen in de socio-economische politieke omgeving, die in grote mate bepalend is voor het welzijn en de gezondheid.

## Bio

Marleen Temmerman (1953) is hoogleraar gynaecologie-verloskunde RUG, afdelingshoofd verloskunde UZ Gent, directeur van het International Centre for Reproductive Health, een onderzoekscentrum op gebied van reproductieve gezondheid, gezinsplanning, moeder-kindzorg en HIV/AIDS. Zij is gastdocent aan het Instituut Tropische Geneeskunde te Antwerpen en als onderzoeker verbonden aan de Universiteit van Nairobi, Kenia.